

**RESUMEN EJECUTIVO
EVALUACIÓN PROGRAMAS GUBERNAMENTALES
(EPG)**

**PLAN DE INGRESO, FORMACIÓN Y RETENCIÓN DE
ESPECIALISTAS EN EL SECTOR PÚBLICO DE SALUD**

MINISTERIO DE SALUD

SUBSECRETARÍA DE REDES ASISTENCIALES

PANELISTAS:

SUSANA PEPPER BERGHOLZ (COORDINADORA)

JAIME CAMPOS GUTIÉRREZ

ENRIQUE SAINT PIERRE CORTÉS

ENERO - AGOSTO 2018

NOMBRE PROGRAMA: Plan de Ingreso, Formación y Retención de Especialistas en el Sector Público de Salud

AÑO DE INICIO: 2008

MINISTERIO RESPONSABLE: de Salud

SERVICIO RESPONSABLE: Subsecretaría de Redes Asistenciales

RESUMEN EJECUTIVO

PERÍODO DE EVALUACIÓN: 2014 - 2017

PRESUPUESTO PROGRAMA AÑO 2018: \$143.807 millones

1. Descripción general del Programa

El Programa tiene como ámbito de acción todo el territorio nacional. Se inicia el año 2008 y continúa hasta la fecha, y corresponde a una serie de estrategias orientadas a formar especialistas y a atraer a profesionales médicos y odontólogos a trabajar en la red pública de salud. Sus inicios se remontan a la década de los 60 con los denominados “Generales de Zona”, la cual se mantiene a la fecha a través del Ciclo de “Etapa de Destinación y Formación (EDF)”.

Su ejecución es liderada por la Subsecretaría de Redes Asistenciales (SRA) del Ministerio de Salud (MINSAL) y depende de la División de Gestión y Desarrollo de las Personas (DIGEDEP), siendo el Dpto. de Formación, Perfeccionamiento y Educación Continua el encargado de su gestión operativa. Se relaciona con instituciones externas, especialmente universidades, sociedades científicas, asociaciones gremiales y con los Servicios de Salud (SS) y con la Atención Primaria de Salud (APS), que constituyen la red pública de establecimientos donde el programa se desarrolla.

El Programa financia a) las remuneraciones de los profesionales EDF que realizan funciones en la APS, b) la formación de los especialistas a través del pago de aranceles a los centros formadores y del estipendio para el caso de los becados y c) la remuneración de los especialistas que cursan su Período Asistencial Obligatorio (PAO). Actualmente, el ingreso de los beneficiados a cada una de las etapas se lleva a cabo a través de concursos públicos, transparentes y con información disponible en la web. Existen comisiones para evaluar los casos y los resultados, los que son públicos y apelables por los interesados.

El Programa tiene como fin el “Contribuir a mejorar el acceso y la equidad de la atención recibida por la población beneficiaria del Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS), mediante el incremento de la oferta de prestaciones médicas y odontológicas”. Su objetivo a nivel de propósito es “Aumentar la disponibilidad y permanencia de médicos y odontólogos generales y especialistas en la red pública de salud, a objeto de contribuir a la disminución de las brechas existentes de estos profesionales”.

El Panel ha definidos los siguientes componentes:

A. Componente N°1: Ingreso de médicos y odontólogos recién egresados al Sistema Público de Salud a través del Ciclo de Destinación del Concurso “Etapa de Destinación y Formación” (EDF): se trata de proveer a la APS de estos profesionales, especialmente en zonas apartadas, teniendo como estímulo para cubrir estas plazas, la posibilidad de concursar al cabo de 3 a 9 años de desempeño, a becas de especialización financiadas por el Programa. En este componente se incorporan las actividades de capacitación que se entregan a estos profesionales para un mejor desempeño de sus

funciones. El beneficiado por la beca se traslada eventualmente al lugar donde se ubica el centro de formación y se desvincula de su anterior cargo. Los criterios para seleccionar las destinaciones tienen relación con la brecha de profesionales existentes, la población asignada al establecimiento y la cantidad de profesionales previamente disponibles.

B. Componente N°2: Gestión del financiamiento y Programas de formación y certificación de médicos y odontólogos especialistas mediante becas obtenidas por concurso público: a través de diferentes tipos de becas, el Programa financia la formación de especialistas por medio del pago de los aranceles universitarios y de un estipendio a los becados que no tienen la calidad de funcionarios. La beca en general está asociada al cumplimiento, una vez completada la formación, de un PAO en la red pública de salud, para lo cual en el convenio se establece expresamente esta obligación, la cual está asociada a una caución. La excepción la constituyen los profesionales que provienen del Componente N°1, los que están liberados de PAO. El Programa coordina con los SS la asignación de cargos para garantizar dicha disponibilidad al momento de realizar el PAO y para quienes eventualmente deseen permanecer en su cargo una vez completado el PAO¹.

Las becas que constituyen subcomponentes se describen a continuación:

B.1. Concurso Nacional de Formación de Especialistas Etapa de Destinación y Formación (EDF): a la cual acceden los profesionales que han cumplido un determinado período como generalistas en la APS, en zonas apartadas. Como ya se señaló, están exentos de PAO.

B.2. Concurso de Ingreso al SNSS “Beca Primaria de Especialización” a través del Concurso Nacional de Ingreso a los Servicios de Salud (CONISS), donde el médico es formado como especialista en calidad de funcionario Ley 19.664 (es decir, contratado) o en calidad de becario primario. En ambas condiciones vinculares con el SS, se compromete a la devolución a través de un PAO en un SS. Aquí el postulante es un recién egresado y el PAO lo realiza inmediatamente después de completada su formación.

B.3. Concurso Nacional de Especialistas (CONE) con desempeño en APS: debe tener al menos 3 años de desempeño en la APS para postular y luego de su especialización debe reintegrarse a la APS por el doble del período de formación.

B.4. Concurso Nacional de Especialistas (CONE) con desempeño un SS: ídem al anterior, pero con desempeño y devolución en los SS.

B.5. Becas obtenidas a través de Concurso Local – SS: esta modalidad responde a las atribuciones que tiene el Director de SS de enviar funcionarios a especializarse con compromiso de retorno en los propios establecimientos. Está orientada a profesionales con desempeño previo en dicho SS y requiere firma de garantía para el PAO. En su mayoría, se otorgan cuando quedan cupos disponible de los otros concursos.

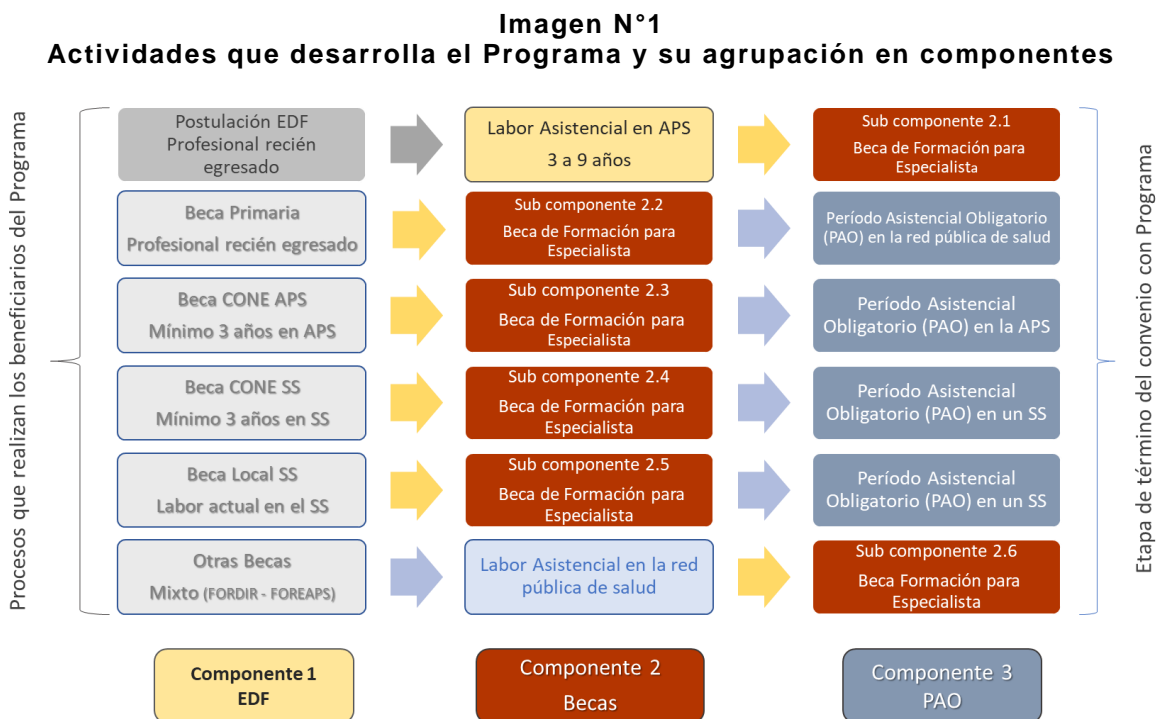
B.6. Otras becas: este subcomponente corresponde a los compromisos establecidos con profesionales en modalidades de beca que ya no están vigentes; este subcomponente desaparece cuando ya no haya más compromisos asumidos en el período previo al 2014.

C. Componente N°3: Estrategias de permanencia de médicos y odontólogos especialistas en el SNSS: los médicos que han sido beneficiados con becas (Componente N°2) deben cumplir su PAO en la red pública, que es por un período de

¹ El cargo de un médico en PAO es parte de la dotación del Servicio de Salud, por lo que este puede continuar en él después de terminado el PAO.

años igual al doble de lo que duró la especialización, es decir entre 4 y 6 años; este componente aglutina toda la gestión y financiamiento de esta etapa.

Para mejor comprensión de las actividades que tiene este Programa y la forma en que estas se relacionan, se presenta la siguiente ilustración que señala cómo se han organizado los tres componentes previamente descritos.



Fuente: Elaboración propia

Como se observa, hay dos formas en las cuales se inicia el proceso que llevan a cabo los beneficiarios del Programa:

i) en el caso de los recién egresados, estos pueden postular a trabajar en la APS para luego acceder a un concurso que les permite su especialización a través de una beca, o pueden concursar a la Beca Primaria, donde primero se especializan y luego deben laborar en la red pública a través del PAO;

ii) para los profesionales que llevan un tiempo mínimo de 3 años trabajando en la red pública, se les ofrece distintas alternativas de postulación a becas de especialización, las cuales se diferencian principalmente por el tipo de establecimiento donde posteriormente harán su PAO.

El Programa también destina recursos financieros a dos tipos de actividades, los que a juicio del panel no constituyen componentes, dadas las características que tienen:

- **Programas de Educación Médica Continua:** se trata de una serie de actividades de capacitación (congresos, pasantías, etc.) a médicos especialistas que laboran en el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS), hayan o no pasado por el Programa.
- **Recursos para habilitación docente-asistencial:** aquí se incluyen recursos que se destinan a diferentes ítem, no bien definidos ni acotados. Por ejemplo, se financia la

habilitación de espacios físicos para la docencia en los campos clínicos dentro de la red pública; se adquiere equipamiento para el mejor desempeño de especialistas en establecimientos públicos donde desempeñan su PAO; se paga a profesionales que laboran en los campos clínicos para ejercer como tutores.

El Programa tiene identificados los montos que se asocian a estas actividades, sin embargo, no se puede establecer la población beneficiaria para el segundo tipo de actividades.

▪ *Población objetivo, beneficiarios efectivos y cobertura*

Esta definición ha sido elaborada por el Panel y las estimaciones han sido realizadas por el Programa, para efectos de esta evaluación, ya que el Programa no tiene cuantificada su población potencial y objetivo. A juicio del Panel, las poblaciones potencial y objetivo son diferentes según componente y subcomponente, tal como se especifica a continuación:

- Para el componente 1, la población potencial y objetivo es la del total de médicos y de odontólogos que egresan cada año de la universidad y, por tanto, que pudieran optar a esta modalidad de ingreso a la red pública de salud.
- Para el caso del componente 2, la población potencial está constituida por el total de médicos y odontólogos y la objetivo por todos los médicos y odontólogos que cumplen con los criterios para poder concursar a estas becas.
- En el caso del componente 3, la población potencial y objetivo está representada por el total de médicos que han sido beneficiados con becas que incluyen en el convenio el PAO y que han completado su período de especialización.

Tabla N°1
Población Objetivo, Beneficiarios y Cobertura de
cada componente del Programa

	Año	Población Objetivo	Beneficiarios efectivos	Cobertura de población objetivo
Comp. 1	2014	3.044	355	12%
	2015	2.948	596	20%
	2016	3.237	624	19%
	2017	Sin inf.	682	
Comp. 2	2014	21.583	903	4%
	2015	22.004	1.197	5%
	2016	23.396	1.139	5%
	2017	31.989	1.154	4%
Comp. 3	2014	886	382	43%
	2015	1113	541	49%
	2016	1099	813	74%
	2017	1110	747	67%

Fuente: Cifras entregadas por el Programa.

Estas cifras entregadas por el Programa no son consistentes con los demás antecedentes de que se disponen en cuanto a la cantidad de profesionales que ingresarían en cada año en los diferentes componentes y subcomponente, por lo cual tampoco son correctas las estimaciones de cobertura de los componentes. La población objetivo y potencial, en especial para el caso de PAO, es muy alta en relación a lo que debiera ser según la definición que se ha dado para las poblaciones; esto ha sido corroborado además por el número de profesionales en formación en los años anteriores al 2014.

2. Resultados de la Evaluación

▪ *Justificación del Programa*

El programa busca resolver tres problemas que están implícitos en el propósito y que son abordados por cada componente, a saber: la necesidad de incrementar el número de médicos en la APS, la de formar un mayor contingente de especialistas y la de implementar estrategias que propendan a que los especialistas se mantengan dentro de la red pública de salud. Esta evaluación ha podido concluir que el Programa se justifica en los tres aspectos que abarca, sin embargo, no hay antecedentes que permitan justificar la existencia del Programa para el caso de los odontólogos que son incorporados en el Componente 1 EDF.

En el caso de los médicos de APS (primer problema), los estudios que fueron revisados² entregan cifras que sitúan el déficit de médicos entre los 1.600 y los 2.800 cargos de 44 horas aproximadamente, sin existir un estudio para evaluar la carencia de odontólogos, la cual, a juicio de expertos del MINSAL, no existiría, ya que los cargos ofertados en APS se cubren sin problemas.

En el caso de los especialistas, se evidencia un déficit principalmente de médicos a nivel país (segundo problema). Las estimaciones que realizó la SRA³ en marzo del 2016 situó el déficit de médicos especialistas en la red pública en 3.594 profesionales. El tema de la insuficiencia se potencia por la mala distribución de este recurso en las diversas regiones del país, ya que se concentran en las grandes ciudades.

En el análisis de los déficits hay que considerar el impacto que tienen en este fenómeno los proyectos de inversión en infraestructura, cuando éstos se suman como establecimientos nuevos a una red asistencial, ya que estos requerirán llenar toda su dotación.

Desde una perspectiva más global, Chile es un país con déficit de médicos si se mide la cantidad de médicos por habitantes (densidad) y ésta se compara con otros países del continente y de la OCDE. En cambio, para el caso de los odontólogos, Chile se ubica comparativamente en una muy buena posición.

² En el año 2012 la Escuela de Salud Pública de la U. de Chile por encargo de la Asociación de Municipalidades de Chile realizó un estudio que arroja un déficit de 1.634 médicos generales jornada completa (44 horas semanales).

³ Estas estimaciones se hacen principalmente a partir de las deficiencias que se declaran desde los SS; no ha sido posible identificar una metodología que haya sido utilizada en forma constante en los diversos documentos que ha entregado el Programa, para los años que incorpora esta evaluación. Para el caso de las estimaciones de brecha que se analizan a propósito de la cartera de inversiones del sector, se ha tomado como requerimiento de médicos y odontólogos, las proyecciones que se realizan en la metodología vigente y utilizada para los estudios de pre-inversión hospitalaria elaborados por MINSAL-MIDESO

En relación a la implementación de estrategias que propendan a que los especialistas se mantengan dentro de la red pública de salud (tercer problema), las estimaciones de MINSAL, a partir de los registros que entrega la Superintendencia de Salud (SIS), sitúan al 55% de los médicos trabajando en el sector privado⁴. A juicio del Panel este diagnóstico es insuficiente ya que no considera médicos que están contratados en jornadas parciales en ambos sectores, ni el contingente creciente de médicos contratados a honorarios o aquellos que laboran en la red pública a través de Sociedades Profesionales. Esto, sin embargo, no invalida la existencia de este problema.

Los médicos especialistas se desempeñan mayoritariamente en el nivel secundario, y su carencia se asocia a la generación de listas de espera, tanto para consulta como para intervenciones quirúrgicas. En el año 2016 se estimó que había 1.552.205 personas en listas de espera para consulta con médico y odontólogo especialistas, y 240.536 para intervenciones quirúrgicas. Todos ellos corresponden a pacientes no GES (Garantías Explícitas en Salud que otorga garantía de oportunidad en la atención), mientras que los casos que sí son GES y que tienen garantías retrasadas, son 10.689 a enero del 2016⁵. En la misma fuente de información, para el año 2017 se contabilizan 11.622 pacientes con garantías retrasadas.

Se concluye que los tres problemas asociados a los tres componentes están justificados, con la excepción de la inclusión de odontólogos en el componente 1, ya que el Panel no pudo encontrar evidencia para sustentar su inclusión. En cuanto a los odontólogos especialistas, se considera que no hay información suficiente y que los análisis que se realicen al respecto debieran incorporar el modelo de atención vigente y la forma en que se están utilizando los recursos disponibles.

Por último, es importante señalar que el Panel considera que las estrategias que se expresan a través de los tres componentes son adecuadas, sin embargo, por sí solas aparecen insuficientes para resolver esta temática. Habría un diagnóstico que es aún insuficiente e incompleto para permitir que se definan las estrategias requeridas; esto particularmente referido a la modalidad de contratos y relación que existe entre el empleador Estado y estos profesionales

▪ *Eficacia y Calidad*

Debido a la magnitud que hace referencia el propósito (abarca diferentes aspectos de la problemática del recurso humano en salud), a la falta de antecedentes sobre el contexto en el que se enmarca el programa, y a la inexistencia de datos administrativos suficientes, se ha considerado pertinente realizar el análisis de eficacia por cada área que abarca este objetivo, el cual se refleja adecuadamente en los tres componentes que lo constituyen.

A continuación se presentan las principales mediciones que se realizaron para determinar la eficacia del Programa.

Primer componente: Los médicos contratados en APS por cuenta del Programa aumentan en un 108%, de 308 en 2014 a 640 en 2017, totalizando 2.084 médicos que

⁴ Informe sobre Brechas de Personal de Salud por Servicios de Salud Glosa 01, letra i. Ley de Presupuesto 2017 MINSAL 2017 Subsecretaría de Redes Asistenciales.

⁵ Glosa 06 Ministerio de Salud Enero del 2016.

han sido contratados en la APS en el período evaluado; en el caso de los odontólogos, las cifras muestran una disminución de -11% totalizando 173 profesionales en el período.

Tabla N°2
Cantidad de nuevos médicos y odontólogos generales que se contratan en la APS
a través del Programa - Período 2014 – 2017

	2014	2015	2016	2017	Total 2014-2017	Variación 2014-2017
N.º de médicos que ingresa a la fase de especialización	781	1.077	1.049	1.098	4.005	41%
N.º de odontólogos que ingresa a la fase de especialización	122	120	90	56	388	-54%

Fuente: Base de datos entregada por el Programa.

Se verifica que la distribución de estos médicos se realiza priorizando regiones con mayor densidad de población vulnerable, aun cuando este es un tema que a juicio del Panel no está formalizado en cuanto a la metodología y criterios a utilizar.

Considerando los antecedentes, es posible señalar que se cumple con el componente en el sentido de proveer médicos a la APS. En el mismo sentido, la única meta asociada a este ámbito es el compromiso presidencial de incorporar 1.000 médicos a la APS, logro cumplido ante las cifras de la Tabla N°2.

Segundo componente: El programa da cuenta, según señala el Programa, de aproximadamente el 80% de las becas de especialización en el área de la medicina y de la odontología que entrega el país; sin embargo, esta cifra no ha podido ser corroborada por el Panel por no existir información respecto del total de becas que ofrecen anualmente los establecimientos públicos y privados del país. A partir de las bases de datos que maneja el Programa, el panel presenta los siguientes resultados:

Tabla N°3
N.º de médicos y odontólogos que ingresan a la formación como especialistas
Período 2014 – 2017

	2014	2015	2016	2017	Total 2014- 2017	Variación 2014-2017
N.º de médicos que ingresa a la fase de especialización	781	1.077	1.049	1.098	4.005	41%
N.º de odontólogos que ingresa a la fase de especialización	122	120	90	56	388	-54%

Fuente: Bases de datos entregadas por el Programa.

En el período evaluado, se observa un 41% de incremento para el caso de los médicos, esto es de 781 médicos en 2014, a 1.098 médicos en 2017; para el caso de los odontólogos, la cifra se reduce de 122 a 56 en el período, con un -54% de variación. El total de médicos que ingresan a formación como especialistas totalizan 4.005 en el período, sólo 193 se retiran para el caso de los médicos (4,8%), y 9 de un total de 388 odontólogos (2,3%⁶).

⁶ Datos a abril del 2018.

El análisis de las bases de datos que dispone el Programa han sido utilizadas para intentar estimar la cantidad de especialistas que han completado su formación con fecha de corte abril del 2018, y así poder tener una medida de la eficacia de este componente.

Los resultados se presentan en la tabla siguiente:

Tabla N°4
N.º de médicos y odontólogos que ingresan a la formación como especialistas durante el período de evaluación 2014 – 2017 y que a abril del 2018 han completado su período de formación

Año / Tipo de profesional	2014		2015		2016		2017	
	Md.	Odont.	Md.	Odont.	Md.	Odont.	Md.	Odont.
Profesionales que ingresan	781	122	1.077	120	1.049	90	1.098	56
Aun en formación	55	7	491	21	972	76	1.070	56
Profesionales retirados	46	2	82	4	43	3	22	0
Formación terminada	606	94	462	79	30	11	6	0
S/inf	74	19	42	16	4	0	0	0
% formación terminada	78%	77%	43%	66%	3%	12%	1%	0%

Fuente: Bases de datos entregadas por el Programa.

En términos globales, se puede señalar que en el período en evaluación habrían ingresado 4.393 profesionales a especializarse por cuenta del Programa, de los cuales 1.288 habrían completado su formación a abril del 2018.

El análisis por cohorte muestra que el 78% de los médicos y odontólogos ingresados en 2014 completaron su formación, mientras que para los ingresados en 2015 el porcentaje correspondiente es 45%. Llama la atención que para el año 2016 haya profesionales con la formación terminada, situación que incluso se repite para algunos que han ingresado el 2017 a su formación. Estos últimos casos son muy llamativos, ya que según lo declarado por el Programa, la formación de un profesional como especialista toma al menos dos años.

Si se analizan los resultados de la cohorte del año 2014, se observa que hay un 22% de profesionales que no han terminado su formación, a pesar de haber transcurrido más de tres años, tiempo en el cual el período de formación estaría completado. Esto puede obedecer a abandono (es el caso de 6% de los médicos y 2% de los odontólogos) o a otras razones de tipo familiar, de salud etc. que lleven a prolongar esta etapa. Con todo, se considera que la cifra de profesionales que no completan su formación en el período establecido para ello es elevada, lo que habla de un grado relevante de ineficacia de este componente.

Se observa además que hay un número importante de profesionales respecto de los cuales no hay información: 9% de los médicos y 16% de los odontólogos. Este hecho, sumado a lo señalado previamente, evidencian problemas serios en la información de que dispone el Programa, lo cual hace poner en dudas su consistencia y por tanto, su utilidad para efectos de evaluar este aspecto del componente 2.

Tercer componente: Como se explicaba anteriormente, el programa establece un convenio con los beneficiarios de becas denominado PAO, el cual corresponde a un período asistencial obligatorio que deben cumplir los especialistas en establecimientos de

la red pública una vez completada su formación, la cual también se realiza en establecimientos de la red pública. Dicho período corresponde al doble de tiempo del que duró la formación.

Lamentablemente, la data disponible no permite evaluar este componente, ya que no es posible identificar, considerando una fecha de corte, la cantidad de tiempo de PAO que posee o está realizando cada becado, y tampoco señalar cuántos becados cumplieron con el PAO establecido en el convenio en el período de evaluación del Programa. El único antecedente que se pudo recopilar fue el siguiente:

**Tabla N°5
Número de Profesionales que ingresan y que se retiran de PAO
Período 2014-2017**

	2014	2015	2016	2017
Médico Cirujano				
Profesionales que ingresan	369	514	698	665
Profesionales retirados	24	33	23	8
Tasa de retiro	6,5%	6,4%	3,3%	1,2%
Cirujano Dentista				
Profesionales que ingresan	13	27	115	82
Profesionales retirados		1	1	
Tasa de retiro	0,0%	3,7%	0,9%	0,0%

Fuente: Bases de datos entregadas por el Programa.

De acuerdo a la Tabla N°5, hay un incremento del 80% en la cantidad de PAO durante el período evaluado, de 369 a 665 médicos, y de 13 a 82 odontólogos con un 531% de incremento. Esto totaliza 2.246 médicos y 237 odontólogos ingresados en el período evaluado. En términos del cumplimiento del PAO, en el período evaluado se han retirado a la fecha 88 médicos (3,9%) y para el caso de los odontólogos, lo hacen 2 (0,8%).

El sistema de información FORCAP⁷, implementado en 2016, permite llevar un mejor control de los beneficiarios, por lo que es esperable que cuando a los becados que ingresaron a formación a partir 2016 les corresponda iniciar su PAO, no se presenten los problemas de información mencionados. No obstante, es necesario que la información del sistema sea auditada periódicamente.

Independiente de la imposibilidad de cuantificar el cumplimiento de este componente, se considera necesario definir lo que se entenderá por “retención” o “permanencia” en el contexto de este Programa. Esto ya que la estrategia para lograr una mayor permanencia de los especialistas en la red pública se traduce en el PAO, respecto del cual se puede señalar que:

- Este no es obligatorio para todos los beneficiados del Programa, en particular no lo es para los EDF (Componente 1), ya que estos postulan a la especialización una vez cumplido un determinado período en la APS, sin tener compromiso de desempeñarse en la red pública una vez completada la especialización. Esta situación podría ser susceptible de cambiar aplicando estrategias que signifiquen incentivos para su permanencia, por ejemplo, asegurándoles un contrato una vez completada su formación.
- El PAO es por un lado la “devolución” al Estado por parte del especialista de los recursos invertidos en su especialización y a su vez una medida de permanencia de

⁷ FORCAP se denomina la base de datos con que trabaja el Programa: Formación y Capacitación

especialistas en el sector público, ya que a juicio del Panel constituye una estrategia definida y exigida por el Programa. Sin embargo, el PAO es considerado insuficiente como política de retención, debiendo implementarse otras medidas a partir de un diagnóstico que profundice en las razones de la migración observada, más allá del tema remuneraciones.

En cuanto a la evaluación de calidad, no se ha conocido de estrategias que el Programa haya implementado para evaluar la calidad de los procesos que se llevan a cabo.

▪ *Economía*

El financiamiento total del programa proviene exclusivamente de fuentes presupuestarias: una asignación específica al programa en el presupuesto de los SS, incorporado mayoritariamente en Subtítulo 21 y en menor medida a Subtítulo 22, la cual corresponde a 98,8% del presupuesto promedio del programa en el período 2014-2018. El resto del presupuesto, 1,2% es asignado por las instituciones responsables del programa, SRA y SS, que financia la gestión del programa en los niveles respectivos.

TablaNº6
Fuentes de Financiamiento del Programa 2014-2018
(Miles de \$ 2018)

Fuentes de Financiamiento	2014		2015		2016		2017		2018		Variación 2014-2018 (%)
	Monto	%	Monto	%	Monto	%	Monto	%	Monto	%	
1. Presupuestarias	65.555.934	100	86.106.179	100	107.969.913	100	126.766.305	100	143.807.423	100	119
1.1. Asignación específica al programa	64.493.000	98,4	85.036.611	98,8	106.877.486	99,0	125.233.222	98,8	142.181.914	98,9	12
1.2. Asignación institución responsable (ítem 21, 22 y 29, entre otros)	1.062.934	1,6	1.069.568	1,2	1.092.427	1,0	1.533.083	1,2	1.625.509	1,1	53
1.3. Aportes en presupuesto de otras instituciones públicas	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-
2. Extrapresupuestarias	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	-
Total	65.555.934	100	86.106.179	100	107.969.913	100	126.766.305	100	143.807.423	100	119

Fuente: Anexo 5 entregado por Programa. Ley de presupuesto de cada año.

La evolución del presupuesto del programa en el período evaluado se presenta en el cuadro anterior. Se observa un importante incremento de 120% en la asignación específica al programa y de 53% en la asignación de las instituciones responsables del mismo, entre 2014 y 2017. Asimismo, la importancia relativa del presupuesto del programa en relación al de los SS aumenta en forma relevante, desde 1,6% en 2014 a 2,5% en 2017. Esta evolución es consistente con la importancia estratégica que tiene el programa para la SRA, así como lo tuvo para el Gobierno de la Presidenta Bachelet manifestado en la meta del gobierno de formar 4.000 especialistas e incorporar 1.000 médicos a APS y, por tanto, es evaluado positivamente por el panel.

El gasto total del programa aumentó 164% entre 2014 y 2017, alcanzando \$126.675 millones en 2017. Este incremento va acompañado de un aumento relevante en el nivel de producción de los tres componentes del programa y es coherente con el crecimiento en el presupuesto inicial del mismo. El componente 2, becas de especialización, es el que más aumenta (139%), tal como se espera, y además es el componente más relevante

dentro del gasto total del programa, representando 66%, en promedio, del gasto total en componentes.

Tabla N°7
Gasto Total del Programa 2014-2018
(Miles de \$ 2018)

Año	Gasto Devengado del Presupuesto	Gasto Total del Programa
2014	47.970.218	47.970.218
2015	84.610.240	84.610.240
2016	100.314.537	100.314.537
2017	126.675.296	126.675.296
Variación % 2014-2018	164%	164%

Fuente: Elaboración propia a partir de cifras proporcionadas por el Programa y Ley de Presupuestos del Sector Público.

Se observa una cierta irregularidad en la ejecución presupuestaria del programa, aunque hay una trayectoria positiva en este ámbito, llegando la ejecución a 99,7% en 2017.

Tabla N°8
Ejecución Presupuestaria del Programa 2014-2018 (%)

	Respecto del Presupuesto vigente	Respecto del Presupuesto inicial
2014	72,2	73,2
2015	96,1	98,3
2016	92,7	92,9
2017	99,7	99,7
Total	100	100

Fuente: Elaboración propia a partir de cifras proporcionadas por el Programa.

El programa no recibe aportes de terceros, pero cuenta con un mecanismo de recuperación de gastos que se activa en caso que un beneficiario no cumpla con su PAO.

▪ *Eficiencia*

En cuanto a la medición de la eficiencia del propósito del Programa, aplica la misma razón que para el caso de eficacia; en cuanto a resultados intermedios, el propósito del Programa se manifiesta a través de tres ejes que dan origen a cada uno de los componentes del mismo, por lo que el análisis de eficiencia de desarrollará a partir de estos componentes.

Componente 1: Provisión de médicos y odontólogos a la APS

El gasto de este componente está formado por las remuneraciones de los profesionales en etapa de destinación más el gasto en formación continua dirigido a estos profesionales. El indicador de eficiencia es, en consecuencia, el costo medio por profesional (médico u odontólogo).⁸ Este valor tuvo un promedio entre 2015 y 2016 de \$32,2 millones anuales. Sin embargo, el valor del año 2015 se encuentra incrementado por el pago de una Asignación de Estímulo que nivelaba el salario de los profesionales ingresados en años anteriores. Descontando dicha asignación el gasto por cargo de 2015 sería \$26,4 millones, lo que implicaría un alza de 8% en 2016 y un promedio de \$28,2 millones en todo el periodo. Es importante señalar que este cálculo posee la limitación de

⁸ No es posible con la información existente actualmente separar el gasto entre los dos tipos de profesionales.

señalar el costo anual sin distinguir entre médicos y odontólogos, situación que se debe a la inexistencia de dichos antecedentes. Por lo mismo, no se pueden dar mayores juicios evaluativos.

Tabla N°9
Costo anual por cargo EDF
(Miles de \$ de 2018)

	2014 *	2015	2016	2017
Gasto total componente	s/inf	14.192.957	11.115.371	13.036.118
Total cargos EDF	s/inf	370	390	438
Gasto anual por cargo		38.359	28.501	29.763
Variación anual			-26%	4%

Fuente: Elaboración propia a partir de cifras proporcionadas por el Programa.

* Hasta el año 2014 las remuneraciones de los profesionales EDF eran todas parte del presupuesto de los respectivos Servicios de Salud, por lo que no existe información en el Programa.

Componente 2: Formación de especialistas

Los principales componentes del gasto de este componente son el estipendio a profesionales becarios y el pago a los centros formadores. Adicionalmente se incluyen los tutores y el costo de administrar los concursos respectivos y la Relación Asistencial Docente. Al igual que en el componente 1, no es posible separar el gasto entre médicos y odontólogos, ni por especialidades por lo que el indicador presentado representa el promedio del gasto por becario de ambas profesiones.

Tabla N°10
Costo anual por becario
(Miles de \$ de 2018)

	2014	2015	2016	2017
Gasto total componente	51.434.757	57.075.656	66.949.966	76.355.983
Total becarios		2.641	2.769	3.127
Gasto anual por becario		21.611	24.178	24.418
Variación anual			12%	1%

Fuente: Elaboración propia a partir de cifras proporcionadas por el Programa.

El indicador calculado no incluye el costo de la remuneración de los profesionales funcionarios (EDF) ya que estos no reciben estipendio, sino que su salario es mantenido y financiado por el SS al que pertenecen. Por ese motivo en el siguiente cuadro se muestra el indicador de costo por becario sin estipendio y el costo en arancel universitario por becario. Se observa que entre 2015 y 2017 los aranceles universitarios aumentaron un 8% real, lo que es compensado parcialmente por un menor gasto en tutores.

Tabla N°11
Costo anual por becario sin estipendio y aranceles universitarios
(Miles de \$ de 2018)

	2014	2015	2016	2017
Costo por becado s/ estipendio		7.487	8.009	7.585
Variación anual			7%	-5%
Costo en aranceles por becado		5.800	6.180	6.269
Variación anual			7%	1%

Fuente: Elaboración propia a partir de cifras proporcionadas por el Programa.
Para el año 2014 no se contó con información desagregada para el cálculo de estos indicadores.

La información financiera del programa se encuentra agregada por componentes y no es posible identificar el costo de un beneficiario o grupo de beneficiarios en particular (por ejemplo, comparar EDF vs becarios). Esta situación no permite análisis en mayor detalle de la eficiencia con la cual se utilizan los recursos. Tampoco es posible establecer parámetros comparativos con el sector privado.

Componente 3: Retención de especialistas

La principal herramienta para lograr la permanencia de especialistas por parte del programa es el PAO. En consecuencia, el indicador de eficiencia que se propone es el gasto del componente dividido en el número de profesionales que se encuentran cumpliendo su PAO en el año respectivo.

Tabla N°12
Costo anual por profesional en PAO
(Miles de \$ de 2018)

	2014	2015	2016	2017
<i>Gasto total componente</i>	13.947.660	10.319.126	18.910.612	31.656.379
<i>Total cargos PAO</i>		221	439	622
<i>Gasto anual por cargo</i>		46.640	43.077	50.894
<i>Variación anual</i>			-8%	18%

Fuente: Elaboración propia a partir de cifras proporcionadas por el Programa.

El costo anual de un profesional en PAO ha fluctuado en torno a los \$47 millones en el periodo 2015 – 2017. Este valor es un 70% mayor que el de un médico EDF, lo cual se explica justamente por corresponder a profesionales ya formados y certificados en su especialidad. Desafortunadamente, el Programa no cuenta con datos para comparar este valor con la contratación de un médico especialista “no PAO”, para establecer la eficiencia de esta estrategia.

En resumen, el costo unitario de todos los componentes del programa ha subido por sobre la inflación. Sin embargo, dada la composición del gasto del Programa esto se explica por la dinámica de reajustes salariales del Sector Público y por las alzas del costo de la educación superior y no implican una disminución en su eficiencia.

Gastos de Administración

Los gastos administrativos del Programa comprenden principalmente el gasto en remuneraciones y bienes y servicios del Departamento de Formación, Perfeccionamiento y Educación Continua, además de las remuneraciones de los encargados de formación de los distintos SS. En el caso de la SRA, los gastos incurridos corresponden a gasto devengado efectivo, mientras que para los SS los gastos son una estimación que supone que un profesional y un administrativo se dedican jornada completa a labores administrativas del Programa en cada uno de los SS.

En el periodo en estudio se observa un aumento de un 44%, en términos reales, del gasto de administración. Sin embargo, como porcentaje del gasto total del programa estos disminuyen constantemente, pasando de 2,2% en 2014 a 1,2% en 2017. Esto se debe a

que los montos administrados por el Programa crecen en mayor proporción que los gastos administrativos.

Tabla N°13
Gastos de Administración del programa 2010-2013
(Miles de \$ 2018)

Año	Gastos de Administración	Total Gasto del Programa	%
2014	1.062.933	47.970.217	2,2
2015	1.492.039	84.610.240	1,8
2016	1.784.112	100.314.537	1,8
2017	1.533.079	126.675.287	1,2

Fuente: Elaboración propia a partir de cifras proporcionadas por el Programa.

En opinión del panel, estos costos, como porcentaje del total, son notoriamente bajos con relación a lo observado en otros programas públicos (5% a 15%). Si bien esto es un buen indicador respecto de la eficiencia del programa y de la capacidad del equipo que lo gestiona, al mismo tiempo indica que hay margen para invertir en mejorar las capacidades administrativas del mismo y superar las debilidades que se detectaron (ver Anexo 3 del Informe Final).

3. Desempeño Global

El Panel concluye que hay suficientes elementos de juicio para justificar la existencia del Programa y sus tres componentes, con excepción del componente 1 para el área de los odontólogos, ya que no se logra demostrar falencia de estos profesionales en la APS; sin embargo, no se puede identificar la real magnitud del problema debido a la inexistencia de estimaciones periódicas sobre el déficit de especialistas por tipo de especialidad, así como también de médicos para la APS.

En cuanto al diseño, hay dos actividades, la de “Formación Médica Continua” y “Habilitación Docente” que deben ser revisadas ya que sólo parte de estas actividades se relacionan con la población que es objetivo del Programa.

Siguiendo con el diseño, el Programa no ha definido ni operacionalizado el concepto de “retención”, el cual, actualmente, corresponde al doble de tiempo que toma terminar la especialización, temporalidad y extensión que no posee estudios de respaldos. Junto a ello, la retención no se considera válida para otros tipos de modalidades, como por ejemplo, a los especialistas formados a través de EDF. No hay una justificación clara para esta exclusión.

De los tres componentes, solamente es posible cuantificar con un grado adecuado de confianza el logro del primer componente; en el caso del segundo, si la data fuera confiable⁹ y por tanto los resultados observados correctos, los logros se calificarían de insuficientes, ya que en el caso de la cohorte del 2014, habría un 22% de profesionales que al cabo de más de 3 años no habrían completado su especialización, siendo que se podría esperar que cerca del total de ellos sí la hubiera terminado. Para el caso del 3º componente, definitivamente no hay cómo cuantificar el logro alcanzado.

Es importante destacar que en la evaluación realizada en el año 2014 al “Programa de Formación de Especialistas y Sub especialistas”, los problemas de data ya existían, y si

⁹ El Panel ha podido verificar en esta evaluación, que las bases de datos con las que trabaja el Programa son insuficientes, incompletas y que contienen inconsistencias que hacen dudar de la exactitud de los mismos.

bien el nuevo sistema de información implementado en el 2016 corrige algunos problemas existentes, estas mejoras no son suficientes como para permitir una adecuada evaluación, especialmente de la formación de especialistas y del cumplimiento del PAO, esto es, componentes 2 y 3, tal como se señala previamente.

No hay evaluación de la calidad del Programa, ni estudios respecto a la pertinencia de aplicar criterios de focalización.

El programa cuenta con recursos financieros coherentes con las metas de gobierno en cuanto a formación de médicos especialistas e incorporación de médicos a APS. Se observa una cierta variabilidad en la capacidad de ejecución del presupuesto del programa, pero con una trayectoria positiva, alcanzando el año 2017 una ejecución de 99,7%. La distribución del presupuesto entre componentes y entre Subtítulos presupuestarios y su evolución es adecuada y consistente con los objetivos y metas establecidas para el programa.

En materia de eficiencia, no es posible conocer el costo anual de los componentes sin distinguir entre médicos y odontólogos debido a la inexistencia de información, situación que impacta en la precisión de los cálculos que se pudieron llevar a cabo. Tampoco es posible identificar el costo de los distintos subcomponentes del Componente 2. En este sentido, un aspecto relevante es que el Programa, si bien ha experimentado un aumento del costo de los componentes más allá de la inflación, esto no implica una disminución de la eficiencia del mismo. Los gastos de administración, como porcentaje del gasto total, son muy bajos en relación a lo observado en otros programas públicos. Esto impacta en la falta de actividades necesarias para el control del Programa, como, por ejemplo, auditorías a la base de datos de beneficiarios

Hay problemas en la gestión del Programa, los cuales desembocan en la imposibilidad de cuantificar completamente aspectos tales como la Población objetivo y potencial, indicadores de producción, productividad, eficacia y eficiencia. En este sentido, se muestra la ausencia de una metodología factible de aplicar por parte del Programa, que permita hacer un seguimiento del déficit de médicos y odontólogos generales y especialistas, así como evaluar el impacto que este Programa tiene y conocer los resultados de gestión de una manera oportuna y clara. Los estudios revisados utilizan diferentes metodologías lo cual los hace incomparables entre un año y otro, lo cual sumado a las deficiencias en el control de gestión impide que el Programa pueda determinar la adecuada selección del tipo de especialistas que se deben formar y de la mejor destinación tanto de los EDF como de los PAO.

4. Principales Recomendaciones

1. Evaluar la posibilidad de excluir del Componente 1 del Programa a los odontólogos, hasta que no se disponga de un estudio que verifique la existencia de una brecha que lo justifique.
2. Definir una metodología que permita estimar en forma periódica el déficit de especialistas por tipo de especialidad, así como de médicos para la APS y con ello establecer los criterios para definir la destinación de los EDF y establecer el tipo de especialistas que el Programa debe formar, así como el lugar de destinación del PAO.

3. El programa debería considerar la posibilidad de generar incentivos a los médicos especializados a través de la modalidad EDF (Componente 1), ya que ellos no poseen ninguna obligación de permanecer en el sector público después de terminar su especialización y, de hecho, terminan su relación contractual con el MINSAL. Cambiar esto facilitaría potencialmente un aumento en la cantidad de especialistas en la red de Salud Pública y aumentaría tanto la eficacia como la eficiencia del Programa.
4. Medir la calidad percibida por los diferentes actores y utilizar indicadores de calidad para los diferentes procesos que se llevan a cabo.
5. Rediseñar el sistema de registro, particularmente la generación de datos, para un adecuado monitoreo y seguimiento del Programa, que permita evaluar especialmente la eficacia y eficiencia del mismo; de esta forma se podrían generar indicadores para la gestión del Programa. Además, se debería registrar otras variables de interés tales como registros anuales sobre la situación contractual de todos los beneficiarios del programa después de finalizar su especialización en el caso de los médicos EDF y PAO en el caso de los otros becarios.
6. Sin perjuicio de lo señalado en el punto anterior, se deben contemplar auditorías periódicas a la información que maneja el sistema.
7. Avanzar hacia poder calcular el gasto diferenciado entre médicos y odontólogos
8. Rediseñar las actividades de educación médica continua y reconsiderar la asignación de recursos para actividades de habilitación docente asistencial.
9. Por último, y en concordancia con lo expuesto en el acápite de eficacia, junto con considerar aplicar la retención a todos los componentes del Programa, como panel consideramos necesario que el programa defina de una manera más consistente lo que se va a entender por retención, ya que actualmente corresponde a un período equivalente al doble del tiempo que emplearon los profesionales en especializarse. En este sentido, una alternativa podría ser definir la cuantía de dicho período en función del tiempo en que el profesional ya especializado “devuelve” con su nuevo rol (y nuevo valor de su salario, estimación a determinar por el MINSAL) los recursos invertidos en su especialización. Con esto, es probable que cada especialización y sub especialización tenga un “tiempo de devolución” distinto, diferencias explicadas por i) los diversos valores que tendrían los aranceles cobrados por las Universidades (según la especialidad), y ii) por los dispares valores de mercado que poseen las distintas especialidades. Una vez definido esto, quedará más claro qué se va a entender por “retención”, y con ello, se podrá evaluar la efectividad de cada una de las iniciativas que se han implementado para incentivar la permanencia de los especialistas en el sector público. Es probable que este sinceramiento entre el “tiempo de devolución” y la “permanencia” genere efectos en la cantidad de médicos que quieran participar en el programa para especializarse. Podrían aumentar esta modalidad en el evento que el “tiempo de devolución” sea menor al establecido actualmente; también podría generar una preferencia por el Componente 1 en el evento de que el “tiempo de devolución” sea mayor al establecido actualmente.

**COMENTARIOS Y OBSERVACIONES
AL INFORME FINAL DE EVALUACIÓN
POR PARTE DE LA INSTITUCIÓN RESPONSABLE**

AGOSTO 2018



Gobierno de Chile
 GABINETE DE MINISTRO
 DEPARTAMENTO DE CONTROL DE GESTIÓN MINISTERIAL

ALIC / PPG / NDC / CSB / CRC / OCF / RES / MJC



1834180-
1836423

no 16

ORDINARIO C36 N° _____ /

ANT.: Ordinario 1590 del 20 de agosto de 2018

MAT.: Respuesta Institucional a las recomendaciones contenidas en el Informe Final de Evaluación del Programa Plan de Ingreso, Formación y Retención de Profesionales Especialistas en el Sector Público de Salud.

SANTIAGO,

DE : DR. EMILIO SANTELICES CUEVAS
 MINISTRO DE SALUD

A : RODRIGO CERDA NORAMBUENA
 DIRECTOR DE PRESUPUESTOS

En relación al oficio de referencia, se adjunta respuesta institucional del Informe de la Evaluación del Programa Gubernamental (EPG) "Plan de Ingreso, Formación y Retención de Profesionales Especialistas en el Sector Público de Salud." de la Subsecretaría de Redes Asistenciales.

Sin otro particular, saluda atentamente a Ud.



San Telices
 DR. EMILIO SANTELICES CUEVAS
 MINISTRO DE SALUD

DISTRIBUCIÓN:

- Dirección de Presupuestos.
- Gabinete Sr. Ministro de Salud.
- Gabinete Subsecretaría de Redes Asistenciales.
- División de Gestión y Desarrollo de las Personas (DIGEDEP)
- Departamento de Control de Gestión Ministerial.
- Oficina de Partes MINSAL.
- Archivo.



Respuesta a Informe de
Evaluación del Programa Plan de
Ingreso, Formación de
Especialistas en el Sector Público
de Salud.

2018

Subsecretaría de Redes Asistenciales

Agosto

I. Respuesta Institucional

En respuesta a la entrega del Informe Final del estudio de Evaluación Programa Plan de Ingreso, Formación y Retención de Especialistas en el Sector Público de Salud -, la opinión Institucional, comentarios y reflexiones al proceso de evaluación, es necesario indicar lo siguiente:

1. El proceso de evaluación del programa, ha sido una instancia importante para analizar la pertinencia del diseño del programa y su proceso de implementación.
2. Se constatan diferencias conceptuales con el Panel, por ejemplo Becario v/s Comisionado de Estudios, considerara a los Médicos en Destinación como profesionales en Formación.
3. Este Informe llega en un momento de transición y cambio con el arribo de nuevas autoridades, que han pedido revisar y modificar el Pan de acuerdo a los objetivos y fines del nuevo Gobierno.

II. Complemento a Respuesta Institucional a Recomendaciones del Informe Final.

Recomendación dada Informe Final	Respuesta Institucional: Estrategia de Abordaje.
1. Excluir del Componente 1 del Programa a los odontólogos hasta que no se disponga de un estudio que verifique la existencia de una brecha que lo justifique.	Abordar el daño en la salud bucal de nuestra población y la falta de especialistas, es una prioridad para esta nueva administración. Entendemos que debemos objetivar el número de odontólogos generales y especialistas necesarios, a través de la determinación de brechas tanto a nivel de APS como del nivel secundario y ese es el compromiso de esta administración

1.2. Profundizar la intersectorialidad en el nivel central del Programa.

Recomendación contenida en Informe	Respuesta Institucional: Estrategia de Abordaje
2. Definir una metodología que permita estimar en forma periódica el déficit de especialistas por tipo de especialidad, así como de médicos para la APS y con ello establecer los criterios para definir la destinación de los EDF y establecer el tipo de especialistas que el Programa debe formar, así como el lugar de destinación del PAO. Se sugiere privilegiar como criterios la factibilidad de llevar a cabo estos estudios, y optar por métodos más sencillos y menos sofisticadas, ya que estudios de alta complejidad son costosos, altamente requerentes de recursos humanos y por tanto se pueden llevar a cabo sólo en situaciones particulares. Esta metodología debiera ser la utilizada en forma universal para todo análisis referido a este tema.	<ul style="list-style-type: none"> • Mantener Metodología existente (conocida y consensuando con diferentes actores como los administradores municipales,) para determinar la brecha de médicos generales en APS, esta Metodología considera los siguientes ámbitos Dimensión Geográfica; dimensión de Resolución Clínica; dimensión Socio Sanitaria. • Se establecerá una mesa técnica para abordar la situación de brecha de especialistas, esto es la mejor Metodología (Tasa de Uso; Carga de enfermedad; otra); y periodicidad de los estudios. Esto considerando además, el Plan de Trabajo en desarrollo para la definición y proyección de los requerimientos de médicos especialistas de acuerdo a las necesidades de la población.

Recomendación contenida en Informe	Respuesta Institucional
<p>Lo señalado en el punto anterior permitiría dar una estructura homogénea a los informes sobre la falta de médicos y odontólogos generales y especialistas, así como utilizar indicadores que evalúan los resultados de este Programa, a objeto de facilitar el seguimiento en el tiempo de dichos resultados, evitando la multiplicidad de métodos que hoy se observan y que no permiten comparaciones ni análisis evolutivos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mantener actuales indicadores de proceso ▪ Desarrollar indicadores que permitan medir el impacto sanitario o de salud, (la dificultad tiene que ver con que este tipo de resultados tienen un carácter de multivariantes y no dependen únicamente de la existencia de médicos o no) Se establecerá mesa técnica con DIGERA y DIVAP, para establecer indicadores intermedios y/o finales de impacto sanitario o de salud.

Recomendación contenida en Informe	Respuesta Institucional
<p>El programa debería considerar la posibilidad de generar incentivos a los médicos especializados a través de la modalidad EDF (Componente 1), ya que ellos no poseen ninguna obligación de permanecer en el sector público después de terminar su especialización y, de hecho, terminan su relación contractual con el Ministerio. El ofrecer contratos especiales a estos médicos al terminar su etapa de formación facilitaría potencialmente un aumento en la cantidad de especialistas en la red de Salud Pública y en caso que esta estrategia fuera exitosa también aumentaría la eficacia y eficiencia del Programa.</p>	<p>El actual marco de restricción presupuestaria hace inviable en el corto plazo generar incentivos para la retención de este tipo de profesionales, no obstante lo anterior, esta es una recomendación que se acoge y se analizará.</p>

Recomendación contenida en Informe	Respuesta Institucional
<p>Medir la calidad percibida por los diferentes actores y utilizar indicadores de calidad para los diferentes procesos que se llevan a cabo.</p>	<p>Integrar en procesos críticos (por definir), encuesta de satisfacción a usuarios u otra metodología (que los medios existentes permitan implementar sin incurrir en nuevos gastos)</p>

Recomendación contenida en Informe	Respuesta Institucional
<p>Fortalecer el sistema de registro, monitoreo y seguimiento del Programa, considerando el rediseño del sistema de información, particularmente en la generación de datos. Se sugiere continuar su desarrollo de manera que incorpore controles que detecten e impidan las inconsistencias en la información ingresada por los usuarios de los SS y permita la generación de indicadores de gestión. Adicionalmente, se debería registrar otras variables de interés tales como registros anuales sobre la situación contractual de todos los beneficiarios del programa después de finalizar su especialización en el caso de los médicos EDF y PAO en el caso de los otros becarios. En el largo plazo el sistema de información debería poder integrarse con SIRH e incorporar, por otra parte, información del pago de aranceles, de manera de poder monitorear el costo por beneficiario.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Trabajar en la capacitación de nuestras contrapartes para un adecuado ingreso de datos. • Generar tutorial virtual para la autocapacitación. • Generar sistema de alertas que permita disminuir errores en el ingreso de datos. • Analizar algunas mejoras relacionadas con el soporte evolutivo del sistema, que impliquen mejoras más sustantivas como la incorporación de aranceles, esto último sujeto a contar con los recursos necesarios.

Recomendación contenida en Informe	Respuesta Institucional
Sin perjuicio de los señalado en el punto anterior, se deben contemplar auditorías periódicas a la información que entrega el sistema.	Se realizan auditorías rápidas mensualmente, se mantendrá dicha práctica.

Recomendación contenida en Informe	Respuesta Institucional
Rediseñar las actividades de educación médica continua	Este ámbito responde a un trabajo sostenido con la Agrupación de Médicos EDF, socializaremos las observaciones de este informe en esa instancia.
Realizar estudios respecto de la disponibilidad de odontólogos especialistas, su distribución en la red pública y el modelo y gestión que se hace de estos recursos, para verificar que el componente 2 deba incluirlos.	Se constituirá mesa técnica con DIGERA y DIVAP para el análisis de brecha y necesidades de odontólogos generales y especialistas. Esto considerando además, el Plan de Trabajo en desarrollo para la definición y proyección de los requerimientos de médicos especialistas de acuerdo a las necesidades de la población.
Definir formalmente los criterios y el modelo a aplicar para la destinación de los EDF, los que deben garantizar que sean aspectos técnicos los que lo definan.	Se publicará Metodología actualmente en uso y que se encuentra validada con distintos actores como COLMED; Agrupación de Médico EDF; Asociación Chilena de Municipios.

Recomendación contenida en Informe	Respuesta Institucional
Establecer un modelo para el análisis respecto del tipo de especialistas que se necesita formar a partir de un diagnóstico que debe realizarse por SS y que apoye la definición de los tipos de becas a ofertar. Este modelo debiera considerar como elemento fundamental el modelo asistencial de las redes asistenciales públicas.	Constituir Mesa Técnica con DIGERA y DIVAP para abordar el mejor método para la determinación de brecha. Esto considerando además, el Plan de Trabajo en desarrollo para la definición y proyección de los requerimientos de médicos especialistas de acuerdo a las necesidades de la población.

Recomendación contenida en Informe	Respuesta Institucional
<p>Medir la calidad percibida por los diferentes actores y utilizar indicadores de calidad para los diferentes procesos que se llevan a cabo y que se presentan en las Normas del Programa. Dado el diseño y la forma en que se desarrolla el Programa, que tiene variados actores y participantes, así como la existencia de diferentes procesos que se llevan a cabo, pudiera estructurarse un modelo de monitoreo de la calidad que considere los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Proceso Etapa destinación y Formación • Proceso Etapa Formación • Proceso PAO • Proceso Supervisión de Programa académico • Proceso Educación Continua • Proceso Subespecialización 	<p>El seguimiento de un número elevado de indicadores implica recursos que no existen. Se constituirá mesa técnica para analizar coste de realizar seguimiento a uno o dos procesos críticos.</p>
<p>Reconsiderar la asignación de recurso para actividades de habilitación docente asistencial y si se opta por mantenerlas, asignar los tutores a los subcomponentes correspondientes del componente 2 y trasladar los recursos de infraestructura y equipamiento a los SS para su</p>	<p>El aumento de la capacidad formadora, se pone en juego si no se cuentan con estos recursos. Proponemos consensuar un período específico Y acotado, que permita ir cerrando brechas con entidades formadoras.</p>

Recomendación contenida en Informe	Respuesta Institucional
<p>Establecer con el MINEDUC una instancia de coordinación y diseño de políticas públicas que faciliten el desempeño de Programas como el evaluado y donde esta instancia participe en la solución de las necesidades de personal de salud que tiene el país.</p>	<p>Se acepta recomendación.</p>
<p>Mantener y profundizar la relación con las instituciones formadoras, gremios y asociación de profesionales y estudiantes en orden a que la oferta de formación de especialistas tenga cada vez un correlato más certero con respecto a las falencias y brechas observadas.</p>	<p>Mantener mesas de trabajo y comisiones como el CONDAS que han permitido afinar la coordinación con los distintos actores del proceso.</p>
<p>Desarrollar la estructura funcional del Departamento de Formación, Perfeccionamiento y Educación Continua, definiendo funciones y responsabilidades, las que deben quedar documentadas en descripción de cargos y en el manual de operaciones.</p>	<p>Actualmente las nuevas autoridades se encuentran abordando esta labor.</p>

