

UNIVERSIDAD TÉCNICA FEDERICO SANTA MARÍA
DEPARTAMENTO DE INGENIERIA COMERCIAL

**Estudio de los Efectos de la Centralización de la Oferta de Profesionales de
salud en Chile y sus Efecto en el Desarrollo y la Equidad de la Población.**

MEMORIA PARA OPTAR AL TÍTULO DE INGENIERO COMERCIAL

AUTOR

Nataly Andrea Verdejo Jiménez

PROFESOR GUÍA

Juan Tapia

Marzo 2022

Agradecimientos

Unas cuantas líneas no me alcanzan para dar las gracias a mi familia, aun así, quiero intentarlo, gracias a mis padres por darme la vida y entregarme su fe incondicional, por hacerme creer que puedo conseguir todo lo que propongo, gracias por estar siempre a mi lado a pesar de la distancia, por creer en mí, Papi, Mami gracias por todo, a mis hermanas por mostrarme que la familia es lo primero, en especial a ti Pame por darme cobijo y abrirme las puertas de tu casa sin pedir nada a cambio, a mis sobrinos por hacerme reír y rabiar todos los días a mi cuñado por enseñarme a construir y no rabiar por arruinar sus herramientas , a ti Pelón por acompañarme durante estos años a pesar de todo, por darme una segunda familia, a Madalit y Amanda por recibirme como una más de su familia y por amar a nuestra perrita, y en especial a ti Serena por mostrarme lo que significa amar. Una vida no alcanza para retribuir todo lo que me han dado. Gracias Infinitas...

Tabla de Contenidos

Agradecimientos	2
Índice de Tablas	5
Índice de Ilustraciones	5
Índice de Gráficos	5
1. Introducción	6
1.1 MOTIVACIÓN	6
1.2 OBJETIVOS	6
2. Problema De Investigación	7
3. Propuesta De Tema	10
4. Metodología	11
5. Capítulo I: Marco Teórico	13
5.1 CRECIMIENTO ECONÓMICO	13
5.2 DESARROLLO ECONÓMICO	15
5.3 EQUIDAD EN LA SALUD	18
5.4 SALUD.....	20
5.5 PROFESIONALES ESPECIALISTAS DE SALUD	25
6. Diagnostico	27
6.1 PRESTADORES INSTITUCIONALES ACREDITADOS	28
6.2 PRESTADORES INDIVIDUALES DE SALUD	32
6.3 RECURSOS HUMANOS DEL SECTOR PÚBLICO	35
7. Políticas Aplicadas en Chile	48
7.1 DESAFÍOS PAÍS.....	48
7.1.1 ALIADOS ESTRATÉGICOS	49
7.1.2 FORMACIÓN DE ESPECIALISTAS	50
7.1.2 RETENCIÓN DE ESPECIALISTA	51
7.1.3 OTRAS MEDIDAS PARA LA RETENCIÓN DE ESPECIALISTA	51

8.Efectos en el Desarrollo y Equidad de las Persona el No Acceso a la Salud	52
8.1 COSTOS DE ACCESO A SALUD.....	53
8.2 DESPERDICIO DE CAPITAL HUMANO.....	55
9. Entrevista a Profesionales de la Salud.....	57
10.Conclusiones y Recomendaciones	62
12.Referencias	65

Índice de Tablas

Tabla 1 Prestadores Institucionales Acreditados por Región	31
Tabla 2 Profesiones Auxiliares de Salud.....	32
Tabla 3 Prestadores Profesionales	33
Tabla 4 Profesionales Nucleares por cada 10.000 beneficiarios de Fonasa en los Servicios de Salud.....	36
Tabla 5 Detalle de Brecha	39
Tabla 6 Médicos Especialistas PAO por Ubicación Geográfica	41
Tabla 7 Médicos Especialistas PAO por Especialidad	42
Tabla 8 Dotación de Especialistas PAO Acogidos a Retiro.....	44
Tabla 9 Médicos Especialistas con la Opción de Liberarse de las Guardias Nocturnas...	46

Índice de Ilustraciones

Ilustración 1 Marco Conceptual de los Determinantes Sociales de la Salud	12
Ilustración 2 Planificación para la Formación de Médicos Especialistas.....	50
Ilustración 3 Gasto del Presupuesto Familiar en Salud	54

Índice de Gráficos

Gráfico 1 "Prestadores Acreditados por Estándar"	29
Gráfico 2 "Brechas del Mercado Laboral de salud.....	39
Gráfico 3 " Gasto en Salud Per Cápita en Pesos"	53

1. Introducción

1.1 Motivación

El siguiente trabajo busca sacar a relucir la situación que actualmente vive el país en lo que se relaciona con la escasa oferta de capital humano de la salud y la tendencia a la centralización de esta, específicamente en el sistema de salud pública, con la finalidad de conocer y estudiar cómo afecta esto a las personas y su desarrollo, además de indagar en las motivaciones de los profesionales de la salud a la hora de escoger un recinto donde desempeñar sus funciones y así poder concluir cuales serían las condiciones mínimas requeridas para que estos profesionales desempeñen sus funciones en recintos públicos y/o regiones, dado que existe una deficiencia de estos en el sistema de salud actual.

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo General

Presentar estudio de la concentración de la oferta de profesionales de salud en Chile para conocer sus efectos en desarrollo y equidad de las personas.

1.2.2 Objetivos Específicos

- Exponer la estructura del sistema de salud en Chile con la finalidad de comprender el origen de la brecha existentes en el sistema de salud.
- Presentar la distribución del Recurso humano y la brecha existente entre la oferta y la demanda de Profesionales médicos.
- Presentar las medidas tomadas por el gobierno para fomentar la formación de personal médicos especialistas.
- Estudiar los efectos que produce el no poder acceder al sistema de salud en el desarrollo de las personas.

2. Problema De Investigación

La desigualdad entre los países se relacionan directamente con sus diferencias en el desarrollo económico y social que pudieran alcanzar, en cambio la desigualdad dentro de los países están relacionadas con cómo distribuyen sus riquezas en la sociedad, su forma de organizarse, el establecimiento de relaciones sociales entre los distintos estratos, estas desigualdades se transfieren al área de la salud, haciéndose visible las diferencias existentes entre los distintos grupos sociales, estas desigualdades generan desigualdad al privarse a un grupo de la población de disfrutar al acceso de nuevas tecnologías, avances científicos y la exposición a los distintos factores que determinan la salud de la población, al igual que las desigualdades sociales la desigualdad en la salud es un tema recurrente en los distintos países sin perjuicio del nivel de desarrollo que haya alcanzado. (Barreto, 2017)

Chile es un país largo y estrecho, característico por su diversidad y riqueza cultural, pero también es conocido por sus grandes diferencias. Una de las principales preocupaciones de las o los pobladores es la gran brecha que existe en el sistema de salud actual.

El sistema de salud chileno es uno de los temas más controversiales dada las características propias de este, la Superintendencia de Salud dice que el Sistema de Salud está compuesto por un sistema mixto de atención integrado por el seguro público, que se denomina FONASA, que es el Fondo Nacional de Salud, y uno privado denominado ISAPRE, Instituciones de Salud Previsional, existen grandes diferencias entre las prestaciones y la calidad de servicio que se entrega en un servicio y otro, además de la cobertura de enfermedades y el costo por el uso del servicio.

El objetivo de todo sistema de salud es preservar y mejorar la salud de la población y, para ello, debe cumplir las siguientes funciones: rectoría, financiamiento, provisión de servicios y creación de recursos humanos y físicos, esta última función hace referencia a los insumos básicos que se requieren para la producción de servicios, especialmente los recursos humanos, la

infraestructura y el equipamiento (Leslie Zevallos, Reyna Pastor, 2011); en el año 2017 el Instituto Nacional de Derechos Humanos analizó la escasez de profesionales de la salud en las regiones más apartadas del país, entregando un reporte alarmante el cual reveló que más de un millón y medio de personas se encuentran en espera de atención médica y 240 mil esperan por una cirugía para alguna patología AUQE. El número de especialista de salud es un tema preocupante y que aumenta aún más las brechas ya existentes de la población, según la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (Ministerio de Salud Gobierno de Chile, 2019) deberían existir en promedio 34 médicos por cada 10 mil habitantes cifra que Chile no alcanza a cumplir, según un informe emitido por el Ministerio de Salud en Chile existirían 16 médicos por cada 10 mil habitantes (CNN Chile, 2019) este informe además reveló que las diferencias se pronuncian aún más en las regiones del país.

El contar con acceso al sistema de salud es un derecho que poseemos todos y todas, la privación de este derecho vulnera la integridad física de las personas, atenta contra la equidad, el desarrollo sostenible de las naciones, como lo menciona la ley 20.584 en su artículo número 2:

Toda persona tiene derecho, cualquiera que sea el prestador que ejecute las acciones de promoción, protección y recuperación de su salud y de su rehabilitación, a que ellas sean dadas oportunamente y sin discriminación arbitraria, en las formas y condiciones que determinan la Constitución y las leyes (Guilloua et al., 2011)

El sistema actual de salud que posee Chile muestra varias deficiencias, deficiencias que no permiten que las personas gocen de su derecho a recibir atención y atender sus dolencias para salvaguardar su vida, las condiciones geográficas del país y las falencias que posee el sistema de salud público llevan a que los profesionales de salud se trasladen a las grandes clínicas en las capitales de las regiones privado a las personas de más bajos recursos a no tratarse sus afecciones o a tener que trasladarse hasta las capitales regionales, en las cuales muchas veces no se encuentra el especialista requerido, viéndose en la obligación de tener que acudir a Santiago por la atención

necesaria, pero ¿Qué hace el gobierno para disminuir la brecha en el acceso a profesionales de la salud?, actualmente existe un plan de acción por parte de gobierno?, ¿Por qué los profesionales eligen están desempeñando sus labores en las capitales?¿ existen los incentivos por parte del estado para incentivar a los y las profesionales a trabajar en regiones?, ¿Cómo afecta la concentración de oferta de salud al desarrollo y a la equidad de la población?.

3. Propuesta De Tema

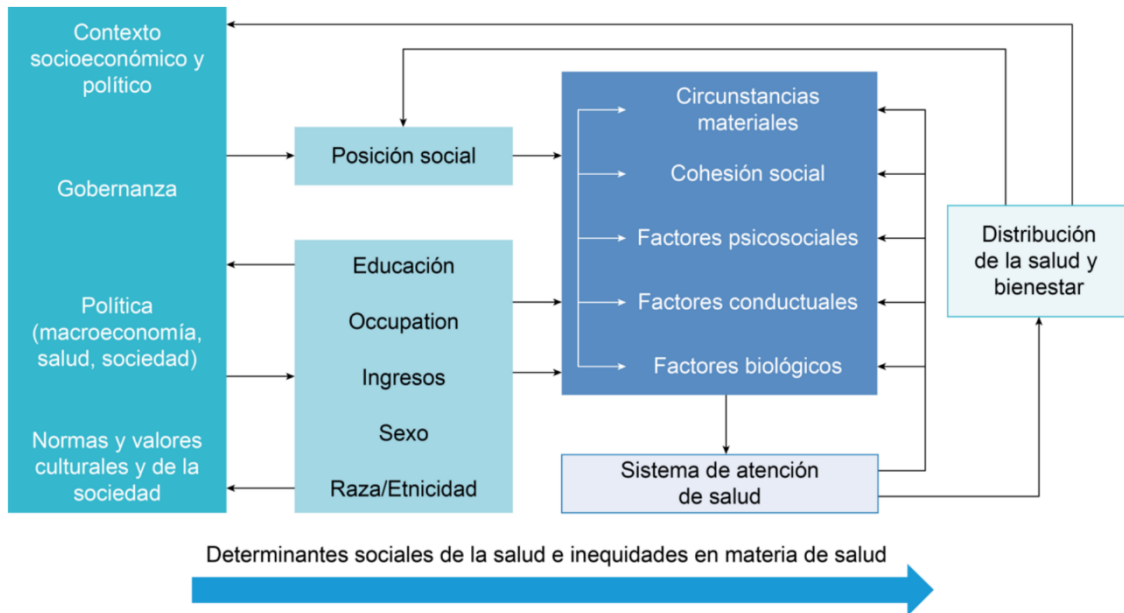
Como se muestra en la descripción de la problemática, el acceso a la salud es un derecho universal al que todos y todas deberían poder acceder a está, como se expuso existen diversos factores que afectan a la población y los cuales imposibilitan el correcto acceso a este derecho, Chile no es la excepción a esto. El sistema de salud público tiene más de una deficiencia que afectan directamente a la salud de la población, las amplias listas de espera y la falta de recursos son solo algunos de ellos, la escasez de médicos especialistas en regiones es alarmante, esto se potencia con la fuga de profesionales de la salud que migran al sistema privado en busca de mayores retribuciones, lo que provoca una mayor desigualdad en el acceso a la salud.

En este trabajo se expondrá cómo afecta al desarrollo humano el no poder acceder a la oferta de médicos y cuáles son los principales motivos del por qué se presentan brechas de acceso en el sistema de Salud Chileno, también se analizarán las medidas implementadas por el gobierno realizando un análisis crítico de estas, con la finalidad de entregar posibles soluciones agilicen el sistema actual de salud en nuestro país.

4. Metodología

Chile es un país que se encuentra con cifras aceptables y con buenas proyecciones cuando se habla del acceso a la salud a nivel general, pero cuando se hace un análisis de la distribución geográfica del capital humano de Salud comienzan a aparecer brechas, sobre todo cuando se comparan con la capital de país; Williams, Bennet y Schwartz (1892) dicen que “la oferta de médicos dependen de cuestiones básicas dadas por la teoría de la locación, por lo cual la cantidad de médicos en un sector estaría dado por el crecimiento y el número de médicos de dicho sector”(López, 2016). Dada las características propias del trabajo que realizan los médicos especialista no existe un registro completo y detallado de ellos, debido principalmente a que en la mayoría de las ocasiones desempeñan sus funciones con más de un empleador y en distintas modalidades horarias, además considerando que el proceso que conlleva el adquirir una especialidad no siempre está sujeto a un proceso formal, la metodología utilizada para analizar cómo afecta al desarrollo y equidad de las personas la centralización de los profesionales especialistas se realizada en tres etapas una primera etapa en la cual se recopila y prepara la información obtenida de medios oficiales como son el Ministerio de Salud, la Organización Mundial de la Salud y del departamento de Estudios, Planificación y Control de Gestión de Personas del Gobierno de Chile para ser presentada y analizada en una segunda etapa, dicha etapa tendrá como finalidad la exposición del material recopilado para ser analizado, presentando la brecha proyectada por los organismos encargados y una última etapa en donde se realizaran las conclusiones del tema.

Ilustración 1 Marco Conceptual de los Determinantes Sociales de la Salud



Fuente: Organización Panamericana de la Salud

Nota: La ilustración número 1 muestra un marco conceptual de aquellos determinantes sociales que influyen en materia de Salud e inequidades en esta.

5. Capítulo I: Marco Teórico

A continuación, se presentan algunas definiciones pertinentes al tema en cuestión, con la finalidad de establecer un marco teórico para una contextualización del tema a desarrollar.

5.1 Crecimiento Económico

Inclusive antes de la economía fuese considerada como una ciencia, ya se buscaba crecimiento económico, entendiéndose este como el aumento de la riqueza. (Amate & Guarnido, 2011)

5.1.1 Concepto

En el siglo XIX, Adam Smith en conjunto con sus seguidores estudian e introducen conceptos fundamentales al concepto de Crecimiento económico, estos “fundamentan el concepto de crecimiento en la acumulación de factores de producción (capital físico y humano, de modo que cuanto más capital y más trabajo estén disponibles en una economía, más crecerá ésta”. (Amate & Guarnido, 2011).

Existen distintos puntos de vista en la literatura existente respecto al crecimiento económico y cuáles son los factores más relevantes que puedan afectar a este. Roberto Lucas hace énfasis en el estudio del capital humano y del capital físico como dos factores relevantes en el factor de producción y la acumulación de estos para el crecimiento de una economía, así lo mencionan Rodrigo Fuentes y Jaime Vatter en su estudio:

Lucas (1988) desarrolla un modelo en que el capital humano es el motor del crecimiento. Una forma de ver esto es considerar el capital humano como otro factor de producción, que afecta además la productividad marginal de los otros factores a través de una externalidad positiva. (Vatter, (sin fecha)).

Alfred Wolf expone que la inversión en salud contribuiría grandemente en la mejora del recurso humano en uno de los tres factores más relevantes para el del crecimiento económico de un país estos son “los recursos naturales, el capital y los recursos humanos” son tres de los

elementos más relevantes cuando se busca el crecimiento. (Wolf, 1967), El contribuir e invertir en el capital humano para un país, implica una mejora sustancial al capital de trabajo por lo cual mejoraría la producción del país, lo que contribuye al crecimiento económico del mismo.

5.1.2 Medición

El Producto interno Bruto (PIB), es uno de los indicadores más utilizados a la hora de medir el crecimiento económico de un país, este es el valor total de la producción de bienes y servicios de una economía en un periodo determinado, según Tim Callen, Jefe de División en el departamento del Oriente Medio y Asia Central del Fondo Monetario Internacional el PIB se puede abordar desde tres ángulos:

El enfoque de la producción: suma el “valor agregado” en cada etapa de producción. Ese valor agregado se define como el total de ventas menos el valor de los insumos intermedios utilizados en la producción. El enfoque del gasto: suma el valor de las adquisiciones realizadas por los usuarios finales y el enfoque del ingreso suma los ingresos generados por la producción. (Callen, 2008).

Para Guillen y compañía existen diferentes formas y factores que podrían ser utilizados para la medición del crecimiento económico, lo importante de estos es que nos muestran qué tan cerca o lejos se encuentre dicha económica del desarrollo de esta;

“El crecimiento económico es una de las metas más importantes de toda sociedad, implica un incremento notable de los ingresos y de la forma de vida de todos los individuos de una sociedad. Existen muchas maneras de cómo se mide el crecimiento de una sociedad, se podría tomar como ejes de medición la inversión, las tasas de interés, el nivel de consumo, las políticas gubernamentales, o las políticas de fomento al ahorro; todas estas variables son herramientas que se utilizan para medir este crecimiento. Este crecimiento requiere de una medición para establecer qué tan lejos o qué tan cerca estamos del desarrollo.” (Guillen, M.H. Baldi, & M.Acuña, 2015).

5.2 Desarrollo Económico

Desde finales de los años cincuenta se comienza a promover el auge del bienestar global, promovido por la finalización de la Segunda Guerra Mundial, se formulan las primeras teorías que buscan alcanzar un estado de bienestar sobre todo en los países más pobres.

5.2.1 Concepto

“Entendemos el desarrollo económico de un país como el crecimiento sostenido en su magnitud como unidad económica” (Kuznets, 1958).

A continuación, se presentan cuatro teorías con finalidad de establecer un marco conceptual de lo que significa desarrollo económico, estas son presentadas de manera cronológica y muestran el esfuerzo de las naciones por mejorar las condiciones de vida de los ciudadanos.

5.2.1.1 Teoría de la Modernización. “La teoría de la modernización establece que las sociedades modernas son más productivas, los niños están mejor educados, y los necesitados reciben más beneficios'. (Reyes, 2001).

En el análisis realizado por Smelser establece que las sociedades modernas cuentan con un aspecto diferenciador esto es que cuentan con una estructura particular, en donde se definen claramente las funciones y papeles políticos de las instituciones. (Reyes, 2001). Se sostiene que el proceso de modernización lleva a la homogeneización de los países, llevándolos a una convergencia. (Reyes, 2001)

5.2.1.2 Teoría de Dependencia. Esta Teoría surge en el año 1950 en parte por los investigadores de la Comisión Económica para América y el Caribe (CEPAL), se establecen las condiciones mínimas que debe tener un país para poder desarrollados, existen detractores de esta teoría y es ahí donde se desarrolla como tal la teoría de Dependencia,

La teoría de la dependencia combina elementos neo-marxistas con la teoría económica keynesiana (ideas económicas liberales que surgieron en Estados Unidos y Europa como

respuesta a la depresión de los años 20). A partir del enfoque económico de Keynes, la teoría de la dependencia está compuesta por 4 puntos fundamentales: a) desarrollar una considerable demanda interna efectiva en términos de mercados nacionales; b) reconocer que el sector industrial es importante para alcanzar mejores niveles de desarrollo nacional, especialmente porque este sector genera mayor valor agregado a los productos en comparación con el sector agrícola; c) incrementar los ingresos de los trabajadores como medio para generar mayor demanda agregada dentro de las condiciones del mercado nacional; d) promover un papel gubernamental más efectivo para reforzar las condiciones de desarrollo nacional y aumentar los estándares de vida del país.(Reyes, 2001)

5.2.1.3 Teoría de los Sistemas Mundiales. Surge a finales de la década de los setenta, dado que la teoría anterior ya no encajaba con las condiciones actuales, donde el capitalismo era el nuevo protagonista. En esta se establecen que existen importantes nexos entre las ciencias sociales y la economía, se dice que se debe estudiar la realidad de los sistemas sociales, además de estudiar la nueva realidad del sistema capitalista.

5.2.1.4 Teoría de la Globalización. Surge del mecanismo global que presenta una mayor integración con énfasis particular en la esfera de las transacciones económicas.(Reyes, 2001).

5.2.2 Medición

Cuando hablamos de desarrollo estamos hablando de un tema complejo que tiene distintas aristas, es por esto que el encontrar indicadores que representen a cabalidad la situación de una economía se vuelve complejo, uno de los primeros indicadores de desarrollo que surgió fue la el de la renta per cápita , pero se observó que este indicador como tal no logra medir la disminución de la pobreza, ni encaminar el desarrollo de una economía (María Turiel Rey *Crecimiento y Desarrollo Económico En La India*, 2018), así lo ratifica Comisión Económica para América Latina y el Caribe en su informe:

Gran parte de las estadísticas se fundamenta en el concepto de territorio y se organiza esencialmente en el marco de las cuentas nacionales, La lógica de la cuentas nacionales no da cuenta de la diversidad de procesos económicos, ambientales y sociales, así como de sus interacciones. (Titelman & Económico, 2019).

Como este indicador no resultaba representativo se comenzó a formular un indicador que, si fuese representativo,

A partir de 1990 el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) comenzó a publicar anualmente un Informe sobre Desarrollo Humano que desarrolla el concepto de desarrollo humano e intenta demostrar a los responsables de diseñar las políticas de desarrollo cómo la estrategia podría traducirse en términos operativos. (Griffin, 1943).

El Índice de Desarrollo Humano fue un indicador ampliamente aceptado el cual “pretende medir capacidades, el conjunto de opciones de que dispone una persona y, en última instancia, las libertades de que goza” (Griffin, 1943).

El IDH tiene cuatro componentes, a saber, la esperanza de vida al nacer, la tasa de alfabetización adulta, la tasa de matriculación combinada en educación primaria, secundaria y terciaria, y la renta real medida en términos de paridad de poder adquisitivo. (Griffin, 1943)

Además de estos aspectos mencionados, existen otros aspectos del desarrollo que pueden medirse por los siguientes índices:

- Índices de calidad de la Educación e Infraestructuras
- Índice de desarrollo de la educación
- Porcentaje de maestros capacitados
- Prevalencia Desnutrición
- Mejora instituciones sanitarias

5.2.3 Desarrollo humano

El término surge partir de los años ochenta cuestionando la premisa utilitaria del concepto de desarrollo, “el proceso de desarrollo se ve como un proceso de ampliación de las “capacidades” de las personas y no como un aumento de la utilidad y del bienestar y satisfacción económicos”(Griffin, 1943), este nuevo concepto postula que la vida de las personas sea más larga y favorable, teniendo acceso al conocimiento, una mejor salud entre otras oportunidades de las cuales pueden gozar los seres humanos.

Como lo expresan en su investigación Ignacio Amate y Almudena Guarnido (20011) existen cuatro formas de establecer vínculos entre crecimiento económico y desarrollo humano, a continuación, se presentan dichas formas:

(1) El énfasis en la inversión en educación, salud y habilidades de las personas puede permitirles participar en el proceso de crecimiento, así como también compartir sus beneficios, principalmente a través de empleos remunerados. (2) una mayor igualdad de distribución del ingreso y los bienes es decisiva para crear un vínculo más cercano entre crecimiento económico y desarrollo humano. (3) Algunos países han sido capaces de hacer importantes mejoras en desarrollo humano, incluso en ausencia de crecimiento o de buena distribución. Han logrado este resultado a través de gastos sociales bien estructurados por parte del gobierno. (4) el empoderamiento de las personas, particularmente de las mujeres es una forma segura de vincular el crecimiento con el desarrollo humano.(Amate & Guarnido, 2011)

5.3 Equidad en la Salud

Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) “La equidad en salud es un componente fundamental de la justicia social que indica la ausencia de diferencias evitables, injustas o remediables entre grupos de personas debido a sus circunstancias sociales, económicas, demográficas o geográficas”. Elsa Gómez para la Revista Panamericana de Salud Pública expone

que, desde el punto de vista operativo, la equidad en salud comprendería eliminar las disparidades evitables en la salud y sus determinantes entre grupos humanos con diferentes grados de privilegio social. (Gómez Gómez, 2002). En la literatura existente cuando se mencionan factores, acciones o hechos que atenten en contra la equidad se utiliza el término inequidad el cual alude a la ausencia de esta, según la Revista Peruana de Medicina experimental y salud pública se define inequidad como:

Las diferencias injustas y evitables en el ejercicio de los derechos fundamentales a la salud y la seguridad social en salud y, principalmente, en el acceso a los servicios y prestaciones de salud. Estas disparidades resultan de las condiciones en que la población nace, crece, vive y envejece en relación con los factores o determinantes de la salud, entre ellos, el desempeño del sistema nacional de salud y su financiamiento. (Sánchez-Moreno, 2013)

Margaret Whitehead expone que existirían factores determinantes que producirían estas inequidades en la salud, a continuación, se presentan estos:

1. La variación natural, biológica.
2. El comportamiento elegido libremente daña la salud, como la participación en ciertos deportes y pasatiempos.
3. La ventaja transitoria de salud de un grupo sobre otro cuando ese grupo adopta primero un comportamiento que promueve la salud hasta que los otros tienen los medios de ponerse rápidamente al mismo nivel.
4. El comportamiento que daña la salud cuando el grado de elección de los estilos de vida se encuentra severamente restringido.
5. La exposición a condiciones no saludables y al estrés en el trabajo y en la vida diaria.

6. El acceso inadecuado a los servicios elementales de salud, así como a otros servicios de carácter público.

7. La selección natural o la movilidad social relacionada con la salud, lo que incluye la tendencia de las personas enfermas a descender en la escala social.

Si bien la autora aclara que estos pueden variar según el país a evaluar, menciona que estas serían las principales fuentes de inequidad presente en la salud que ella expone.(Whitehead, 1991).

En el Informe de la Comisión de la Organización Panamericana de la Salud sobre Equidad y Desigualdades en Salud en las Américas se exponen otros factores relevantes en la inequidad en la Salud, estos son catalogados como factores estructurales, provenientes por las estructuras políticas, sociales, culturales y económicas “La manera en que funcionan los mercados, el papel del sector público y las desigualdades económicas son factores estructurales de las inequidades en las condiciones de la vida cotidiana, en su mayoría generadas o modificadas por las decisiones políticas.”(Comisión de la Organización Panamericana de la Salud sobre Equidad y Desigualdad en Salud en las Américas., 2019)

“Debido a sus implicaciones éticas, definir las inequidades en salud es una tarea extremadamente difícil, existiendo una mínima posibilidad, si alguna, de llegar a un acuerdo respecto de una definición universal.”(Lues, 2003)

5.4 Salud

“la salud es una síntesis; es la síntesis de una multiplicidad de procesos, de lo que acontece con la biología del cuerpo, con el ambiente que nos rodea, con las relaciones sociales, con la política y la economía internacional” (Pulido M., 2004) . Según la definición entregada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como "un estado de perfecto bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad"(Universidad Peruana Cayetano

Heredia. Facultad de Medicina “Alberto Hurtado.” & Berenson Seminario, 1996), cuando se intenta aplicar este concepto a más de un individuo este concepto se complejiza a la hora de llevarlo a la práctica, “la salud pública remitirá a una realidad epidemiológica (la salud de una población) y, de otra parte, a una gestión o intervención pública (no privada) de esa realidad epidemiológica”.(Giroux, 2011), según la definición entregada por la Organización Mundial de la Salud un sistema de salud “consiste en el conjunto de las organizaciones, personas y acciones cuya finalidad principal es promover, restablecer o mantener la salud”(González et al., 2019), el sistema de salud es el encargado de entregar a la población un servicio de calidad y adecuado para las necesidades que tenga la población. “El sistema de salud, entonces, es en sí mismo un factor determinante intermediario. La función del sistema sanitario se torna particularmente pertinente en el caso del acceso y cobertura a atención de salud, servicios personales y no personales. (González et al., 2019)

Como ya se evidenció la salud tiene directa relación con el bienestar de las personas, y cuando se evalúa a nivel global está tiene incidencia en el crecimiento y desarrollo de un país “el nivel de salud de la población, particularmente durante períodos largos, tiende a asociarse con el nivel del crecimiento económico y la disponibilidad general de recursos”(Casas-Zamora, 2002) según un estudio realizado por la División de Salud y Desarrollo Humano (HDP) de la Organización Panamericana de la Salud, el impacto que generaría la inversión en salud en el crecimiento y la distribución económica en América Latina oscila entre un 0,8 y un 1,5% de crecimiento anual y de que el efecto máximo se expresa 15 a 20 años después de la mejoría de salud(Casas-Zamora, 2002), además de tener una directa incidencia en el crecimiento económico de un país la salud es uno de los pilares fundamentales para el desarrollo, como lo expresa claramente el autor Amartya Sen en varios de sus libro:

El desarrollo ha de tener como principal objetivo la mejora de nuestras vidas y de las libertades de que disfrutamos. Y una de las libertades más importantes de que podemos

gozar es la de no estar expuestos a enfermedades y causas de mortalidad evitables. (Sen, 2000)

En 1978 en la Conferencia Internacional sobre la Atención Primaria de Salud de Alma Alta se establece claramente la relación existente entre la salud y el desarrollo en esta se declara que “la salud como un problema de derechos, no de mercado, donde la sociedad y el Estado tienen la obligación de garantizar el acceso a los servicios de salud a todas las personas”(Casas-Zamora, 2002)

5.4.1 Acceso y Uso de los Servicio de Salud

“Actualmente, la Constitución asegura el acceso libre e igualitario a las acciones de promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud.”((CONSULTORSALUD), 2018), la actual legislación asegura el acceso y uso igualitario al sistema de la protección de la salud.

El sistema de salud chileno se ha caracterizado “por su gran precocidad, al incorporar rápidamente los avances tecnológicos en salud y los desarrollos sociales universales” (González et al., 2019), constantemente se han ido incorporando nuevas reformas y actualizaciones con la finalidad de incorporar cobertura nuevas enfermedades y ampliar el acceso a las personas sin importar su nacionalidad, sin embargo dado el sistema de salud segmentado con el que cuenta Chile las barreras de acceso a una atención digna e igualitaria se pone en jaque.

El objetivo de todo sistema de salud es preservar y mejorar la salud de la población y, para ello, debe cumplir las siguientes funciones: rectoría, financiamiento, provisión de servicios y creación de recursos humanos y físicos (Leslie Zevallos, Reyna Pastor, 2011)

La Asamblea Mundial de la Salud ha exhortado a los países a que promuevan la disponibilidad y el acceso universal a los bienes y servicios esenciales para la salud y el bienestar, con especial énfasis en la equidad. De manera consistente, el Instituto de Medicina de los Estados Unidos de Norte América (IOM, por sus siglas en inglés) cita los tres elementos principales para

las instituciones prestadoras de servicios de salud, particularmente en el ámbito del sector público: el acceso, la calidad y los costos. (Fajardo-Dolci et al., 2015)

Chile cuenta con un sistema de salud segmentado entre sector público y privado, el cual, en la práctica, funciona con lógicas diversas en términos de financiamiento y provisión, manteniendo diferencias relevantes que discriminan a gran parte de la población. Casi el 80% de las personas entre las que se encuentra el grupo más vulnerable está afiliada al sistema público, el que además presenta profundas falencias((CONSULTORSALUD), 2018)

Se entiendo como acceso a servicios de salud como el "proceso mediante el cual puede lograrse que una necesidad de atención, bien sea por el deterioro en el estado de salud, un diagnóstico sobre el mismo o la promoción de su mejoramiento, se satisfaga completamente" (Restrepo J, 2006), se pueden distinguir tres dominios o alcances para su estudio: 1) estrecho, que comprende la búsqueda de atención y el inicio de ésta; 2) intermedio, que además de lo anterior, adiciona la continuación de la atención; 3) amplio, que agrega el deseo por la atención y por ende comprende el proceso en su conjunto(*Equidad En El Acceso a Servicios De Salud En Antioquia, Colombia.Pdf*, n.d.)

Según lo adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas se reconoce que toda persona debe disfrutar “del más alto nivel posible de salud física y mental”, lo que debe garantizarse a través del acceso a los factores determinantes de la salud y mediante un sistema de atención a la salud que sea accesible para toda la población. (Fajardo-Dolci et al., 2015)

La Royal Society of Medicine dice que el acceso a los servicios de salud es un tema complejo de y que se pueden medir a través de la cuantificación de las personas que necesiten atención médica, las que ingresan al sistema y las que no ingresan y que este debe abordarse desde cuatro dimensiones (Fajardo-Dolci et al., 2015)

- Disponibilidad de los servicios: médicos, camas de hospital, equipamiento, etcétera.
- Capacidad de los servicios para ser utilizados con el propósito de otorgar atención médica equitativa.
- La existencia de barreras para la utilización de los servicios.
- Resultados en materia de salud: promoción y preservación de la salud a través de un acceso óptimo a los servicios de salud.

5.4.2 Desafíos en el actual Servicio de Salud en Chile

Las desigualdades dentro de un país están en la distribución de la riqueza acumulada dentro de una sociedad y, en particular, en cómo se organiza y en las relaciones sociales y de poder establecidas entre sus diversos estratos(Barreto, 2017), dichas desigualdades se transfieren al sistema de salud , esto sumado a las características del sistema de salud propio del país en donde las personas son distribuidas en base a su nivel de ingresos, esto sumado a las deficiencias del sistema de salud pública expone grandes desafíos para el sector.

El sistema mixto actual de salud con el que cuenta Chile presenta falencias e insatisfacción por parte de los usuarios como por ejemplo los altos copagos en FONASA o los planes con muy bajos beneficios a los que pueden acceder en algunas ISAPRES. (Olavarría Gambi, 2005)

Existen diferencias importantes entre el sistema público y privado en lo que se refiere al acceso a una atención oportuna y de calidad, lo que se refleja en la existencia de listas de espera en el sector público, las menores tasas de usos de los beneficiarios del sistema público respecto del privado y la peor opinión que se tiene del sistema público. (Crespo, 2018)

Chile posee un mayor envejecimiento poblacional que el que tenía hace 20 años y una alta prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles, producto de estilos de vida no saludables.

Esto implica mayores necesidades de médicos y equipos de salud especializados en Chile. (Ministerio De Salud, 2014)

Chile necesita con suma urgencia implementar estrategias que promuevan e incentiven la incorporación de médicos y especialistas, acorde con los desafíos sanitarios, cambios demográficos y epidemiológicos de la población, esto abre las posibilidades y nuevos desafíos para el gobierno. Existen 36 mil médicos a nivel nacional, lo que significa que en algunas localidades hay 1 médico por cada 500 habitantes. En los extremos del país, esta cifra es de 1 médico por 850 habitantes (Ministerio De Salud, 2014)

En Chile el número de médicos y enfermeros por habitantes es bajo al compararse con el promedio OCDE. En concreto, en Chile existen 2,5 médicos por cada mil habitantes, frente a un promedio de 3,4 de la OCDE. Esta diferencia es más pronunciada en el caso de los enfermeros, donde en Chile hay 2,7 cada mil habitantes mientras que en la OCDE en promedio hay 9. En Chile, de los 41 623 médicos inscritos (49% generales y 51% especialistas), 52% ejercen en el sector privado (62% si se considera en términos de horas médicas) y el 48% restante en el sector público. Por otra parte, en Chile hay 2,1 camas de hospitales por cada 1.000 habitantes, mientras que el promedio de la OCDE es de 4,6. (Crespo, 2018)

5.5 Profesionales especialistas de Salud

Según la Superintendencia de Salud se entiende por profesionales de salud a los médico cirujanos, cirujano dentistas, enfermeras, matronas, tecnólogos médicos, psicólogos, kinesiólogos, químico farmacéuticos, bioquímicos, nutricionistas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionales y a los técnicos paramédicos auxiliares regulados en el artículo 112 del Código Sanitario. (Superintendencia de Salud). En Chile se entenderá como Profesional especialista de la Salud aquellas personas que poseen una formación de al menos tres años y que han recibido una certificación universitaria o certificación en alguna entidad reconocida. (Guilloua et al., 2011).

En gran parte de la literatura encontrada relaciona el tema de la especialidad médica con la calidad del especialista y el respeto que estos poseen a la fe pública, en la revista chilena de cirugía define especialista como:

“La condición que posee quien domina el conocimiento, diagnóstico y tratamiento de las enfermedades de una disciplina reconocida como especialidad. Además, el especialista debe empeñarse por difundir su disciplina, hacerla progresar y eventualmente desarrollar o al menos entender la investigación propia de su campo”.(Issn & Mancomunado, 2020)

5.5.1 Formación De Médicos Especialistas

La formación de médicos es uno de los ejes esenciales para asegurar el acceso a la salud a las personas; formar y retener profesionales médicos es parte del plan estratégico del ministerio, el cual busca contribuir a la formación de una sociedad justa, integrada, equitativa y solidaria.

Actualmente en Chile existen 26 instituciones en las cuales se imparte la carrera de medicina según la página web Universa.cl, la carrera cuenta con un programa de cinco años seguido por dos años de internado, luego dependiendo de cada profesional pueden optar por una especialización que por lo general dura tres años seguido de dos años de desarrollo de la especialidad (universida.cl, 2021). Los profesionales que deseen realizar una certificación deben acreditar mediante los distintos entes acreditadores dentro los cuales encontramos las Universidades o Corporaciones de Derecho Privado, tales como CONACEM, CONACEO.

En la siguiente sección se presentará un diagnóstico de la situación que se vive en el mercado laboral de profesionales de la salud, mostrando la brecha detectada por el gobierno en su Agenda 2030.

6. Diagnostico

El sistema de salud en Chile es un sistema mixto, cuya estructura general está compuesta por una parte por los seguros y por otra lado los prestadores; cuando nos referimos a los seguros nos encontramos con el Fondo Nacional de Salud (FONASA) y con las Instituciones de Salud Privada (ISAPRES). La afiliación al sistema de salud público es automática cuando la persona comienza a trabajar se debe afiliar a uno de estos sistemas, ya sea al sistema público cuya afiliación es forma automática, designado a cada trabajador y trabajadora a un tramo según los ingresos que reciban por su actividad, en cambio para afiliarse al sistema de salud privada la persona debe realizar un contrato privado, cuyas normas son vigiladas por las Superintendencia de Salud, si bien los trabajadores pueden decidir a qué sistema pertenecer se deben afiliar a uno de los dos, la diferencia entre estos dos sistemas radica en las prestaciones de salud a las que se pueden acceder, el Sistema de Salud Público posee un único plan, la forma de financiamiento de este fondo es por el Estado, por un aporte obligatorio cobrado a los trabajadores, dicho aporte corresponde a un siete por ciento de la remuneración que perciben estos, el cual es retenido por el empleador, en caso de que el trabajador(a) trabaje por honorarios, su aporte al fondo de salud se retiene por el cliente y posteriormente entregado al Servicio de Impuestos Internos, y finalmente se puede financiar por copago, una vez afiliados al fondo de salud público son asignados a un tramo dependiendo de su ingreso, estos tramos son tramo A, tramo B, tramo C y tramo D en orden creciente, en los dos últimos tramos se debe realizar un copago de un 10 y 20 % respectivamente, además en los tramos B, C y D se puede acceder a movilidad, esto quiere decir que pueden atenderse en el sistema de salud privado, por otro lado nos encontramos con las ISAPRES, las cuales se financian en parte por ese siete por ciento que se les retiene a los trabajadores más un diferencial que deben pagar los trabajadores y trabajadoras, este diferencial dependerá de la ISAPRE con la cual firmen contrato, se debe mencionar que el Estado da un aporte para financiar las ISAPRES aunque mucho menor que el aporte que entrega en FONASA, estos aportes son como por ejemplo las garantías de salud o GES o leyes como la Ley Ricarte Soto.

Carabineros y Fuerzas Armadas poseen un sistema de salud diferente, pero para el desarrollo de este trabajo no se profundizará en este tema ya que escapa del foco principal de este.

Existen Prestadores de Servicio de salud, estos se diferencian dependiendo del sector en el que desenvuelven, en el sector privado están las clínicas, centros médicos, en el lado público, se pueden encontrar los hospitales, consultorios, Sapus, Sar, Cefam y Cosam, ambos sectores cuentan con Profesionales expertos en el área de la salud, los cuales son unos de los agentes esenciales para asegurar el acceso a la salud a la población. Como el eje central de esta investigación son los médicos y especialistas médicos, se procederá hacer un diagnóstico de la situación actual, para la obtención de la información relevante se utilizan como fuentes los estudios realizados por los organismos encargados de asegurar y proveer del acceso a la Salud de la población.

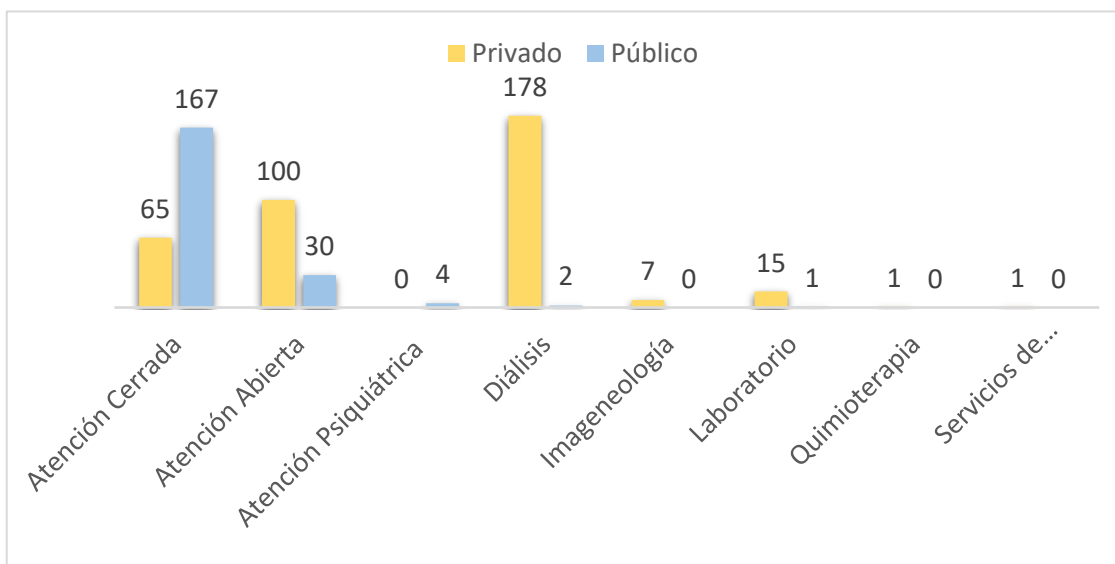
La Superintendencia de Salud pública periódicamente un catastro de los Prestadores Institucionales e Individuales Acreditados, para esta investigación se utilizará el catastro a marzo de 2019, cuyo periodo de recopilación estadística contempla diez años, con la finalidad de extraer del análisis la información relacionada a la crisis sanitaria COVID 19, además para entrar en el foco central de esta investigación hablaremos de la dotación de médicos especialistas dentro del país destacando su ubicación geográfica, con la finalidad de conocer la distribución de la especialidad y posteriormente realizar un análisis de esto.

6.1 Prestadores Institucionales Acreditados

La acreditación de las Instituciones avala el hecho de que cumplen con la reglamentación establecida en el DS N° 15 de 2007, modificado por el D.S. N° 12, de 2012, ambos del MINSAL - correspondiente al período comprendido entre el 24 de diciembre de 2009 y el 31 de marzo de 2019, a esta fecha existen 571 Prestadores Institucionales acreditados, de los cuales 18 corresponden a aquellos prestadores que acreditan por tercera vez, 95 corresponden a aquellos prestadores que acreditan por segunda vez y 458 logran su primera acreditación

(Superintendencia de Salud, 2019), dentro de este conteo se contemplan las instituciones públicas y privadas, las diferentes Instituciones se catalogan según su estándar ya sea atención abierta¹, atención cerrada², atención Psiquiatra, diálisis, imagenología, laboratorio, quimioterapia y servicios de esterilización.

Gráfico 1 "Prestadores Acreditados por Estándar"



Fuente: Estadísticas de Prestadores Institucionales Acreditados, 2019

Nota: El gráfico 1 muestra el número de instituciones acreditadas según estándar y clasificadas según su sector.

Del gráfico expuesto se desprende que un 35,73% corresponde al sector público y un 64,27% corresponde al sector privado de un total de 571 prestadores acreditados, lo cual demuestra una deficiencia de lugares de atención en el sector público, cuando nos fijamos en el estándar de atención cerrada podemos ver que el sector público cuenta con 167 instituciones

¹ Prestadores Institucionales de Atención Abierta, considerando como tales a aquellos centros asistenciales que sólo otorgan atención de tipo ambulatorio, sin pernoctación de pacientes.

² Prestadores Institucionales de Atención Cerrada, entendiendo por éstos aquellos establecimientos asistenciales de salud que otorgan atención integral, general y/o especializada, y que están habilitados para la internación de pacientes con ocupación de una cama.

acreditadas a diferencia del sector privado que solo posee 65, en cambio cuando nos referimos al estándar que se enfoca en la atención abierta encontramos que el sector privado tiene una mayor cantidad de instituciones acreditadas contando con un total de 100 instituciones a diferencia del sector público que solo cuenta con 30. Según un reportaje publicado por Universia.cl en el año 2013 el número de personas con necesidad de realizarse diálisis crece a gran medida existiendo 17.000 pacientes dializados, frente a los 1.145 que se registraban en 1990 y los 2.435 en 2002, lo cual es clara evidencia de la necesidad de contar con estos centros(Universia.cl, 2013), dicha necesidad se incrementa en el sector de salud pública dado que solo cuenta con 2 centros de diálisis acreditados versus los 178 centros de diálisis acreditados con los que cuenta el sector privado.

En el informe de Caracterización sociodemográfica y socioeconómica en la población asegurada inscrita de la División de Desarrollo de Estudios y estadísticas se informa que al finalizar el año 2019 existían 14.841.577 personas inscritas en FONASA lo cual representa un 78% de la población según las proyecciones del Instituto Nacional de Estadísticas según el Censo del año 2017, del total de su población asegurada, 12.966.079 (87,4%) de ellos se encontraron inscritos en uno de 1.890 establecimientos de salud primaria. Si bien este es un alto porcentaje de asegurados inscritos, también hubo 1.875.498 asegurados que no se inscribieron (FONASA, 2020), dicho informe entrega cifras alarmantes dada la gran cantidad de personas que necesitan contar con este servicio se deduce que existe una falencia en el sector público, necesitándose con urgencia más lugares de atención primaria en el sector público.

6.1.1 Prestadores Institucionales acreditados según la Región de Chile en la que están ubicados.

Tabla 1 Prestadores Institucionales Acreditados por Región

Región	Sector Público	Sector Privado	N.º de Instituciones acreditadas	
Arica y Parinacota	1	6	7	1.2%
Tarapacá	1	9	10	1.8%
Antofagasta	4	15	19	3.3%
Atacama	6	7	13	2.3%
Coquimbo	5	11	16	2.8%
Valparaíso	22	39	61	10.7%
Metropolitana	46	174	220	38.5%
O´Higgins	15	14	29	5.1%
Maule	13	17	30	5.3%
Ñuble	12	11	23	4.0%
Biobío	28	30	58	10.2%
Araucanía	19	12	31	5.4%
Los Ríos	12	7	19	3.3%
Los Lagos	16	12	27	4.7%
Aysén	2	1	3	0.5%
Magallanes	3	2	5	0.9%
	204	367	571	100%

Fuente: Unidad de Registro, Intendencia de Prestadores, Superintendencia de Salud

Notas: De Tabla número 1 nos muestra la cantidad de Instituciones acreditadas según su ubicación geográfica diferenciando el sector al que pertenece, ya sea Público o Privado.

Se puede observar que de un total de 571 instituciones Acreditadas al año 2019 el 38.5% de estas se encuentran en la región metropolitana, le sigue la Región de Valparaíso con un 10.7% de las Instituciones, luego viene la Región del Biobío con un 10.2% le sigue la Región de la Araucanía con un 5.4% de Instituciones, las regiones con menores centros acreditados son las que

se encuentran en las zonas más extremas del país, como por ejemplo la región de Arica y Parinacota posee solo el 1.2% de la Instituciones acreditadas y de estas el 85.7% pertenecen al sector Privado, esta situación como se logra observar en la Tabla n°1 es recurrente en algunas regiones del país lo cual es una situación alarmante dada a la escasez de centros Públicos.

6.2 Prestadores Individuales de Salud

En esta sección se presentarán los prestadores de salud individuales acreditados según el Registro Nacional de Prestadores Individuales de Salud, del Decreto Supremo N°16 de 2007 del Ministerio de Salud.

A continuación, se presentan un total de 599.341 profesionales de la salud y auxiliares de la salud según su habilitación legal.

6.2.1 Inscripciones profesiones Auxiliares de la Salud

Tabla 2 Profesiones Auxiliares de Salud

Habilitación legal	N.º de registro	% del Total
Técnicos de Nivel Medio en salud	37.274	6.22%
Técnicos de Nivel Superior en Salud	191.392	31.93%
Auxiliares en Salud	54.577	9.11%
Otros Profesionales ³	10.351	1.73%
Total	293.594	49.0%

Fuente: Unidad de Registro, Intendencia de Prestadores, Superintendencia de Salud

Nota: La tabla muestra el número de Auxiliares de la salud registrados por habilitación legal.

Se observa que Técnicos en Nivel Superior registra el mayor número de inscripciones con un 31,93% de las inscripciones, el resto de las categorías no registra más de un 10% de inscritos habilitados para esta sección.

³ Agrupa a Acupunturistas, Contactólogos, Cosmetólogos, Homeópatas, Laboratorista Dental, Ópticos, Podólogos y Naturópatas

6.2.2 Prestadores Profesionales de la Salud

Disponer de médicos y de médicos especialistas debe ser un eje fundamental en todos los gobiernos, ya que estos son un pilar clave para asegurar el acceso a la salud. La dotación y distribución del capital humano depende de múltiple factores, algunos de los que destacan en la literatura son el perfil demográfico y epidemiológico de la población, el modelo de atención, la evolución científica y tecnológica, la dinámica del mercado laboral, las expectativas de la ciudadanía, la judicialización en la salud (Guilloua et al., 2011).

Existe una preocupación colectiva por parte de las autoridades de disponer, formar y poder retener el capital humano dentro del área de la salud, siempre procurando cumplir con las necesidades del mercado, velando por cumplir con las expectativas de la población y buscando que esto sea sustentable económicamente. En Chile como en muchos otros países se busca asegurar el acceso universal a la Salud, considerando que las exigencias de la población son cada vez más complejas, tanto por el crecimiento de los estándares de calidad como por las condiciones de salud que posee una población cada vez más propensa a enfermedades epidemiológicas y enfermedades derivadas del estilo de vida de la población, lo que produce que la demanda por personal médico sea más y mejor.

Tabla 3 Prestadores Profesionales

Habilitación legal	N.º de registros	% del total
Médicos Cirujanos	49.899	8.33%
Cirujanos dentistas	24.530	4.09%
Enfermeros	56.942	9.50%
Matrones	14.183	2.37%
Enfermeros matrones	3.188	0.53%
Tecnólogos médicos	15.375	2.57%
Psicólogos	59.966	10.01%
Kinesiólogos	30.360	5.07%
Farmacéuticos y Químicos Farmacéuticos	10.081	1.68%

Bioquímicos	3.068	0.51%
Nutricionistas	17.302	2.89%
Fonoaudiólogos	13.645	2.28%
Terapeutas ocupacionales	7.208	1.20%
Total	305.747	51.0%

Fuente: Unidad de Registro, Intendencia de Prestadores, Superintendencia de Salud

Nota: Se presenta el número de Profesionales registrados según su habilitación legal.

Se puede observar que de las 599.341 personas inscritas y habilitadas para desempeñar sus funciones en el área de la salud el 51.0% de estas son profesionales de la salud de esto se destaca el 10.0% de ellos y ellas pertenecen al área de Psicología seguida por médicos cirujanos con un 8.33% de inscritos, dentro de las habilidades con menos inscripción para el periodo destacan Enfermeros matrones con solo 0.53% de inscripciones y terapeutas ocupacionales con un 1,2%.

Según la Organización mundial de la Salud (OMS) es requerido contar con 23 médicos, enfermeras y parteras cada diez mil habitantes, en el año 2019 según datos entregados por el Banco Mundial en Chile en dicho año existían 18.95 millones de personas, lo cual nos entregaría un total de 61,97 personas para cada profesional de la salud existentes en el territorio, por lo cual se entendería que en nuestro país se supera ampliamente la cifra meta de la OMS, pero como también menciona OMS en “las Américas, alrededor del 70% de los países cuentan con los profesionales necesarios, y en algunos casos los superan, pero enfrentan desafíos en su distribución y formación” (Organización Mundial de la Salud, Américas, (s.f.)), si bien en Chile no se cumple con la cifra optima de profesionales del área de la salud, la distribución geográficas en la que se encuentran puede potenciar aún más esta escasez de médicos.

A continuación, se presentará la distribución geográfica de médicos, en específicos de médicos especialistas porque como bien menciona la OMS la distribución y la especialidad de los profesionales de la salud son uno de los puntos fundamentales para asegurar el acceso a la salud.

6.3 Recursos Humanos del Sector Público

En la siguiente selección se presentarán los funcionarios de la Red de Asistencia Pública⁴, basados en la Glosa 01 de la Ley de Presupuesto N.º 21.192, la cual contiene información que proviene de la monitorización de la evolución de la disponibilidad de recursos humanos de Salud más críticos, dicha Glosa tiene como finalidad estudiar e implementar metodologías para mejorar el acceso a la salud de la Agenda 2030 del Desarrollo Sostenible.

En el nivel de atención de Servicios se totalizaron 131.560 funcionarios y funcionarias, los cuales cumplirían 5.601.472 horas semanales, en cuanto al nivel de Atención Primaria Municipal se encontraron 70.729 funcionarios y funcionarias, los cuales cumplirían 2.986.114 horas semanales, si se lleva esta información a su equivalencia en jornadas laborales de 44 horas a la semana, tendríamos 127.306 jornadas y 67.886 jornadas respectivamente, esta información es otorgada por el Servicio de Información de Recursos Humanos (SIRH) y el Desempeño de las APS (Atención Primaria de Salud).

La dotación en recursos humanos aumentó significativamente desde el año 2013, esto producto a inversión en el sector por parte del gobierno, además de mejoras en remuneraciones y otros beneficios gremiales otorgados a los funcionarios y funcionarias del sector en cuestión, según SIRH en el año 2013 existían 92.931 funcionarios y funcionarias en los Servicios de Salud y 44.010 en las APS, esto al ser comparado con el año en evaluación implicaría un aumento en 42% y un 61% respectivamente, lo que expresa un crecimiento sostenido en la Atención Primaria, en la dotación total de la Red Asistencial se produce una variación del 48% en la dotación de personal.

⁴ Se entiende como Red asistencial Pública de Salud al conjunto de establecimientos asistenciales público que forman parte de los Servicio de Salud, los establecimientos municipales de atención primaria de salud de su territorio y los demás establecimientos que mantengan convenios con el Servicio de Salud respectivo para ejecutar acciones de salud.

En la siguiente selección se utilizará uno de los indicadores utilizados por la OMS para medir como han progresados los países en lo relacionado con la cobertura y el acceso universal de la salud, este indicador mide la cantidad de profesionales de la salud, en específico de médicos, enfermeras y matronas de APS y de Servicios de Salud por cada 10.000 beneficiarios del Fondo Nacional de Salud.

6.3.1 Profesionales Nucleares de Salud por 10.000 Beneficiarios de Fonasa

Para el año 2030 la OMS ha fijado como meta contar con 44,5 profesionales nucleares, en el año 2019 se contaban con 39,6 profesiones por 10.000 beneficiarios de Fonasa en los Servicios de Salud cifra que aumentó significativamente desde el año 2013 cuando se contaban con solo 24,8 en promedio por 10.000 beneficiarios de Fonasa.

A continuación, se presentará un recuento de la dotación de profesionales Nucleares por cada 10.000 habitantes beneficiados por Fonasa en los Servicios de Salud:

Tabla 4 Profesionales Nucleares por cada 10.000 beneficiarios de Fonasa en los Servicios de Salud

Ubicación geográfica	N.º de profesionales Nucleares APS	N.º de profesionales Nucleares de Servicios de Salud	Total, Red	Población beneficiaria de Fonasa a Diciembre de 2018	Densidad de Profesionales Nucleares por 10.000 beneficiarios FONASA
Arica	171	491	662	170.138	39,91
Iquique	253	705	958	255.648	37,41
Antofagasta	282	1.378	1.663	425.217	39,11
Atacama	162	643	805	243.857	33,01
Coquimbo	589	1442	2.031	639.173	31,78
Aconcagua	177	613	790	226.307	34,91
Valparaíso	331	1.213	1.544	425.103	36,32
Viña del Mar	779	1.744	2.523	782.328	32,25
Met. Central	275	2.331	2.606	792.353	32,89

Met. Norte	638	1.663	2.301	710.058	32,41
Met. Occidente	939	2.354	3.293	999.249	32,95
Met. Oriente	782	2.061	2.843	592.772	47,96
Met. Sur	916	2.111	3.027	934.313	32,40
Met. Suroriente	1020	2.477	3.497	1.111.636	31,46
O`Higgins	697	1.707	2.404	754.941	31,84
Maule	1019	2.048	3.067	887.330	34,56
Ñuble	420	1.223	1.643	453.963	36,19
Concepción	564	1.851	2.415	503.615	47,95
Talcahuano	345	1.113	1.458	266.690	54,67
Biobío	300	1.049	1.349	350.347	38,50
Arauco	77	477	554	157.991	35,07
Araucanía Norte	133	604	737	182.795	40,32
Araucanía Sur	600	1.914	2.514	641.420	39,19
Valdivia	331	985	1.316	301.929	43,59
Osorno	202	706	908	212.919	42,65
Del Reloncaví	285	1.114	1.431	350.934	40,78
Chiloé	183	514	724	156.182	46,36
Magallanes	0	578	578	87.382	66,15

Fuente: Brechas del Personal de Salud por Servicio de Salud y Especialidad

Nota: Esta tabla muestra el número de profesionales clasificados por APS y servicios de salud, además muestra la población beneficiaria de Fonasa al año 2018.

Como se observa en la Tabla número 4 se utilizó la Población beneficiaria de Fonasa del año 2018 para obtener la cantidad de Profesionales Nucleares por cada 10.000 beneficiarios de Fonasa, se logra observar que en los Servicios de Salud albergan una mayor cantidad de profesionales de este tipo; recordando la meta establecida se observa que las zonas Metropolitana

Oriente, Concepción, Talcahuano, Chiloé y Magallanes ya se sobrepasó la meta establecida en la Agenda para el año 2030 y que el resto de las localizaciones están a pasos de cumplirlos, estas cifras sirven como indicador para el gobierno de que sus actividades realizadas en periodos anteriores van bien encaminadas.

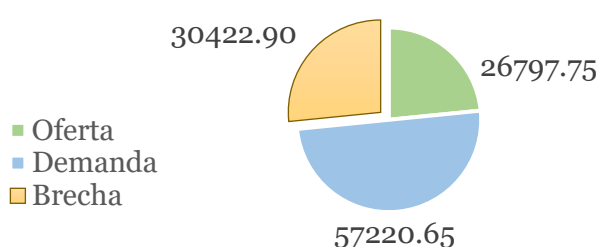
Cuando se observa la cantidad de profesionales nucleares solo del sector público se encuentra que en promedio a nivel nacional solo se cuentan con 18,49 por 10.000 habitantes, según los que se informa en la Glosa 1 de Brechas del Personas de Salud por Servicio de Salud y Especialidad (Ministerio de Salud, 2020), si bien se menciona que el número en promedio ha aumentado desde el año 2015 cuando solo se contaba con 13,18 por 10.000 sigue siendo una cifra preocupante y bastante distante de la meta establecida por la OMS.

6.3.2 Brecha Detectada en el Recurso Humano

Dentro del plan de inversión propuesto para el 2030, cuyo objetivo principal es fortalecer la Red de salud, considerando las necesidades de la población, se espera abordar distintas aristas, como lo son mantener continuamente la infraestructura sanitaria, mejorarla y crear nuevos centros de atención, fortalecer la atención, buscando siempre la actualización de las tecnologías médicas, en el Plan propuesto en la Agenda 2030 se plantea la creación de 57 nuevos hospitales terminados, se plantea sumas 4.000 nuevas camas, con la cuales se contaría con un total de 12.400, esto se pretende cumplir para el año 2026, es importante destacar que este plan se planteó el año 2020 dada la contingencia sanitaria es posible que esto haya variado al igual que el enfoque con el que se distribuyeron los recursos. En cuanto a la proyecciones de inversión en el área de Recursos humanos, lo que se buscará será fortalecer y optimizar la gestión del capital humano, como bien menciona B.Starfield el contar con médicos capacitados es fundamental “Una salud primaria con mayores recursos físicos y humanos tiene un efecto sobre la equidad en la salud de los distintos grupos poblacionales” (Starfield, 2001), para poder estimar la brecha de capital humano evaluó el progreso del recurso humano en tres momentos, primero diagnostico - oferta,

demanda y brecha como segundo y como consecuencia de estos dos momento se actualizó la demanda y brecha, de esto el estudio del gobierno concluyó que existe una brecha de 30.423 cargos en jornadas completas lo cual representaría un 113,53% de incremento en la dotación del personal en los proyectos ya establecidos del sector hospitalario(Ministerio de Salud, 2020). Estas brechas detectadas se irían supliendo a medida que se crearán los nuevos establecimientos, así se aumentaría la oferta disponible.

Gráfico 2 Brecha del Mercado Laboral de Salud



Fuente: Brechas del Personal de Salud por Servicio de Salud y Especialidad

Notas: Esta gráfica muestra la Oferta y Demanda de profesionales además de la brecha detectada.

La brecha expuesta se iría supliendo a medida que los proyectos planificados se vayan completando los proyectos planificados.

Tabla 5 Detalle de Brecha

Macro región	Servicio de Salud	Brecha RRHH al 30 de Dic de 2019
Norte	Iquique	702
	Antofagasta	388
	Atacama	91
	Coquimbo	4.461
Centro Norte	Aconcagua	19
	Viña del Mar-Quillota	2.435

	Valparaíso -San Antonio	405
	Metropolitana (Norte-Occidente)	3.857
Centro	Metropolitana (Oriente-Sur-Sur Oriente)	4.754
	O´ Higgins	253
Centro Sur	Maule	1.886
	Ñuble	400
	Concepción	1.321
	Talcahuano	602
Sur	Bio Bio	152
	Arauco	283
	Araucanía (Norte-Sur)	1.633
Extremo Sur	Valdivia	673
	Reloncaví	992
	Chiloé	403
	Aysén	52

Fuente: Elaboración propia a partir de Brechas del Personal de Salud por Servicio de Salud y Especialidad

Notas: La tabla presentada contempla en detalle la brecha existente en recursos humanos agrupados por servicio de salud, para el número de Recurso humano se contempló los distintos proyectos en sus diversas etapas (Fase Intermedia, Fase de Cierre y en proceso de actualización).

6.3.3 Brecha Detectada en Profesionales Especialistas de la Salud

Para la estimación de la brecha de profesionales especialistas se consideraron aquellos especialistas que cumplen sus Periodos Asistenciales Obligatorios (PAO) en la Red Hospitalaria, estos profesionales son aquellos que en algún momento gozaron de una beca del ministerio o del Servicio de Salud, por lo cual deben permanecer en un establecimiento de Salud Pública, como funcionarios de este (Defensa laboral para colegios y afiliados, s.f.), realizaron una proyección a corto plazo considerando los flujos de entrada y de salida de dichos profesionales, para el flujo de entrada se estimaron aquellos especialistas y subespecialistas con compromiso de retorno, en el

flujo de salida se estimaron los médicos que se acogen a incentivo⁵ de retiro y liberación de guardia, además consideraron como requerimientos una estimación de médicos que se requieren para la entrada en operación de los nuevos hospitales.

A continuación, se presentaran las estimaciones realizadas por el estudio en cuestión, en una primera instancia se mostrarán las estimaciones del flujo de entrada, especificando la especialidad a la que corresponde cada especialista y la dotación correspondientes, además se presentarán el número de médicos PAO por ubicación geográfica, estas estimaciones corresponden al periodo de tiempo comprendido entre los años 2020 y 2030, luego se mostrará el flujo de salida para aquellos especialistas acogidos a incentivo de retiro del año 2020, de los cuales realizaron una estimación para los años 2021-2030 según jornadas equivalentes.

Tabla 6 Médicos Especialistas PAO por Ubicación Geográfica

Servicios de Salud	N.º Médicos PAO	Servicios de Salud	N.º Médicos PAO
Aconcagua	31	M. Sur Oriente	214
Antofagasta	46	Magallanes	27
Araucanía Norte	49	Maule	122
Araucanía Sur	113	Metrop. Central	98
Arauco	12	Metrop. Norte	76
Arica	39	Metrop. Oriente	164
Atacama	17	Metrop. Sur	149
Aysén	22	Ñuble	38
Biobío	58	O´Higgins	56
Chiloé	23	Osorno	29
Concepción	93	Talcahuano	97
Coquimbo	74	Valdivia	44
Del Reloncavi	69	Valparaíso	76
Iquique	29	Viña del Mar	147

⁵ Pago mensual, consignado en la ley N°20.305 que va dirigido a mejorar las condiciones de retiro de trabajadores y trabajadoras del sector público.

M. Occidente	96	Total	2.108
--------------	----	--------------	--------------

Fuente: Elaboración propia a partir de Brechas del Personal de Salud por Servicio de Salud y Especialidad

Nota: En la tabla número 6 se logra observar la cantidad de médicos PAO para el periodo 2020-2023, estos medios fueron estimados a partir de aquellos profesionales que tenían compromiso de retorno para el periodo mencionado, por lo cual fueron considerados dentro del flujo de entrada.

De la tabla presentada se desprende que la mayor concentración de profesionales PAO se encuentra en la región metropolitana, la cual alberga cerca de un 38% de los profesionales del país, en cambio los Servicios de Salud más extremos del país como por ejemplo Aysén solo cuentan con 22 profesionales PAO lo que representa un 1% del total, lo que es un claro reflejo de la diferencia en la distribución geográfica de estos profesionales.

Tabla 7 Médicos Especialistas PAO por Especialidad

Especialidades	N.º Médicos PAO	Especialidades	N.º Médicos PAO
Anatomía Patológica	34	Medicina de Urgencia	101
Anestesiología	147	Medicina Familiar	189
Cardiología	27	Medicina física y de rehabilitación	20
Cirugía Cardiovascular	1	Medicina intensiva adultos	7
Cirugía de cabeza y cuello y maxilofacial	4	Medicina intensiva pediátrica	4
Cirugía de tórax	1	Medicina interna	307
Cirugía general	158	Medicina legal	1
Cirugía pediátrica	18	Medicina nuclear	2
Cirugía plástica y Reparatoria	4	Nefrología Adulto	7
Cirugía Vascul ar periférica	5	Nefrología pediátrica	2
Coloproctología	9	Neonatología	9

Dermatología	28	Neurocirugía	19
Diabetología	9	Neurología adultos	48
Endocrinología Adultos	8	Neurología pediátrica	25
Endocrinología Pediátrica	3	Obstetricia y ginecología	142
Enfermedades Respiratorias Adultos	9	Oftalmología	24
Enfermedades Respiratorias pediátricas	3	Oncología medica	10
Gastroenterologías Adultos	11	Otorrinolaringología	27
Gastroenterología pediátrica	1	Pediatría	205
Genética clínica	4	Psiquiatría Adultos	161
Geriatria	13	Psiquiatría pediátrica y de la adolescencia	52
Hematología	11	Radioterapia oncológica	5
Imagenología	75	Reumatología	9
Infectología	9	Salud Publica	4
Inmunología	6	Traumatología y ortopedia	98
Laboratorio clínico	5	Urología	27
		Total	2.108

Fuente: Elaboración propia a partir de Brechas del Personal de Salud por Servicio de Salud y Especialidad

Nota: La tabla número 7 muestra la dotación estimada para los periodos 2020 a 2030 de profesionales PAO según su especialidad, estos médicos especialistas fueron considerados dentro del flujo de entrada.

De la tabla presentada se logra observar que las especialidades con mayor estimación de retorno son las especialidades de Medicina interna, Pediatría y Psiquiatría Adultos con 307, 205 y 161 profesionales respectivamente, dentro las especialidades con menor estimación de retorno

son Cirugía cardiovascular, Medicina legal y gastroenterologías los cuales tienen un estimación de retorno de un solo especialista en el periodo proyectado.

Para la estimación de especialistas que se consideraron en los flujos de salida se consideró como universo a los médicos que se acogieron a Incentivo de Retiro, y que además manifestaron su deseo de acogerse a este para el año 2020, además se incluyeron aquellos profesionales que cumplen con requisitos y que podrían acogerse al Incentivo de Retiro en los años 2021 al 2023.

Tabla 8 Dotación de Especialistas PAO Acogidos a Retiro

Especialidades	N.º Jornadas 44 horas	N.º Jornadas 28 horas
Anestesiología	30	7
Anatomía Patológica	22	0
Cardiología	30	4
Cirugía Cardiovascular	5	0
Cirugía de cabeza y cuello y maxilofacial	3	1
Cirugía de tórax	3	0
Cirugía general	49	6
Cirugía pediátrica	19	2
Cirugía plástica y Reparatoria	3	0
Cirugía Vascul ar periférica	4	0
Coloproctología	3	0
Dermatología	8	0
Diabetología	5	0
Endocrinología Adultos	7	0
Endocrinología Pediátrica	4	0
Enfermedades Respiratorias Adultos	21	0
Enfermedades Respiratorias pediátricas	7	0
Gastroenterología pediátrica	4	1
Gastroenterologías Adultos	11	1
Genética clínica	1	0
Geriatría	3	0

Ginecología pediátrica y de la adolescencia	2	0
Hematología	13	0
Imagenología	12	0
Infectología	11	1
Laboratorio clínico	6	0
Medicina de Urgencia	6	6
Medicina Familiar	10	1
Medicina física y de rehabilitación	5	0
Medicina general	65	18
Medicina intensiva pediátrica	4	0
Medicina intensiva adultos	17	2
Medicina interna	45	8
Medicina legal	2	0
Medicina nuclear	4	0
Nefrología Adulto	4	1
Nefrología pediátrica	5	0
Neonatología	27	4
Neurocirugía	7	2
Neurología adultos	18	0
Neurología pediátrica	9	0
Obstetricia y ginecología	67	8
Oftalmología	9	0
Oncología medica	9	0
Otorrinolaringología	7	0
Pediatría	50	9
psiquiatría Adultos	39	4
psiquiatría pediátrica y de la adolescencia	9	0
Radioterapia oncológica	4	0
Reumatología	6	2
Salud Publica	12	0
Traumatología y ortopedia	25	3
Urología	14	1
Total	765	92

Fuente: Elaboración propia a partir de Brechas del Personal de Salud por Servicio de Salud y Especialidad

Nota: En la tabla número 8 se logran observar aquellos profesionales especialistas acogidos a Retiro Voluntario para el año 2020, también se muestran aquellos especialistas que se estimó que se podrían acoger al retiro para el periodo comprendido entre el año 2021 y el año 2023, estos se clasificaron según el número de horas en jornadas de 44 horas y 28 horas.

Se observa que las especialidad que muestran mayor fuga son Obstetricia y Ginecología, cardiología, Pediatría, estas especialidades presentan un potencial de salida elevado la cual se relaciona con la edad que tienen los especialistas (Ministerio de Salud, 2020). Dentro del estudio realizado se consideraron aquellos profesionales que se liberan de turnos nocturnos, ya que al no desempeñar durante la dicho horario se priva a la población de ser atendido las 24 horas del día.

Tabla 9 Médicos Especialistas con la Opción de Liberarse de las Guardias Nocturnas

Especialidades	N.º Jornadas 28 horas	Horas semanales de Ley 15.076⁶
Anestesiología	13	364
Cardiología	5	140
Cirugía Cardiovascular	1	28
Cirugía de cabeza y cuello y maxilofacial	1	28
Cirugía general	7	196
Cirugía pediátrica	4	112
Cirugía Vascul ar periférica	2	56
Endocrinología Adultos	1	28
Enfermedades Respiratorias pediátricas	1	28
Gastroenterología pediátrica	1	28
Medicina de urgencia	9	252
Medicina general	2	56
Medicina intensiva adultos	3	84
Medicina intensiva pediátrica	3	84
Medicina interna	6	168

⁶ Estatuto para Médicos – Cirujanos, Farmacéuticos o Químicos – Farmacéuticos, Bio – Químicos y Cirujanos Dentistas.

Nefrología Adulto	1	28
Neonatología	3	84
Neurocirugía	1	28
Obstetricia y ginecología	14	392
Pediatría	14	392
psiquiatría Adultos	1	28
Traumatología y ortopedia	4	112
Total	97	2716

Fuente: Elaboración propia a partir de Brechas del Personal de Salud por Servicio de Salud y Especialidad

Nota: En la Tabla número 9 se logran observar la dotación de especialistas que se pueden liberar de la guardia nocturna, además se observa el equivalente en horas semanales por turnos de 28 horas a la semana.

Si bien lo mostrado en la tabla 9 no representa un flujo de salida es importante considerar esas horas menos de atención, nuevamente se observa que especialidades como Ginecología y Obstetricia y Pediatría son las con mayores “salidas”.

7. Políticas Aplicadas en Chile

Los desafíos en el área de la salud en Chile son grandes y variados, las necesidades de la población cambian conforme esta crece, es por esto por lo que los distintos gobiernos deben crear políticas y estrategias para estar al día con los requerimientos de la población, desde hace años que la brecha existente entre la oferta y la demanda de profesionales de la salud ha traído consigo grandes problemas a la población, el aumento de inmigrantes, la creciente lista de espera, solo demuestran que el sistema de salud no está adecuado a la realidad del país; con la pandemia Sars-Covs 2 y los esfuerzos enfocados en esta, se demostró que el sistema de salud en Chile es más precario de lo que se creía, la pandemia que hasta el día de hoy nos aqueja dejó en claro la importancia de contar con la dotación necesaria de profesionales para dar abasto a una emergencia sanitaria y poder continuar cubriendo las necesidades previas a esta. Los gobiernos se vieron obligados a replantear sus estrategias tanto a corto, mediano y largo plazo, si bien para el presente trabajo no se consideraron datos obtenidos durante la pandemia, en esta sección se presentaron algunos de los planes actuales y previos de la pandemia por parte del gobierno, estos tendrán relación a la planificación y estrategias de dotación de profesionales.

7.1 Desafíos País

Los problemas actuales en el sistema de Salud son amplios y variados y dependen de más de un factor, el aumento en inversión por parte del gobierno es esencial, pero no es la solución al problema, en el año 2020 la lista de espera para problemas a la salud no incluida en AUGE(GES) en espera de atención de profesionales médicos ascendía a 1.648.945 y en espera de cirugía eran 254.529 personas. (Artaza, 2021), además de la crisis migratoria que sufre el país ha aumentado las falencias en el área de la salud, el ex subsecretario de Redes Asistenciales, Arturo Zúñiga, afirmó para una entrevista con CNN Chile que existe una serie de factores que explican el alza en la demanda de médicos, entre los que se encuentra la llegada de inmigrantes, que ha hecho que la demanda por ginecólogos haya subido en el último tiempo.(CNN Chile, 2019)

La escasez de médicos especialistas no es solo un responsabilidad del gobierno, sino que también de las casa de estudios y de los estudiantes de medicina del país, según el Plan de Especialistas Médicos 2014-2018,

El país necesita implementar estrategias que incentiven la incorporación de médicos y especialistas a la Salud Pública, acorde a los nuevos desafíos sanitarios, a los cambios demográficos y epidemiológicos, y en línea con las necesidades de salud de la población. (Ministerio De Salud, 2014).

En dicho plan se proponía como tres objetivo principales, el primero incorporar a nuevos médicos especialistas, como segundo objetivo se planteaba la formación de nuevos especialistas y como tercer objetivo la retención de estos en el sistema de salud público, para cumplir con dicho objetivo se propone implementar mayores tecnologías e infraestructura, mejorar las condiciones laborales y una formación educacional permanente para ellos, estos alineamientos parecen ser los pilares fundamentales propuestos por los especialistas para disminuir la brecha actual.

7.1.1 Aliados Estratégicos

En el proceso de formación de nuevos especialistas es un compromiso que deben asumir todos los actores involucrados, un punto importante a considerar es lo que menciona el Dr. Germán Ávalos, presidente de los médicos residentes, “hay que sincerar cuál es la capacidad formadora de las universidades y eso cruzarlo con la brecha de especialistas, y en función de eso hacer una planificación y una política pública para el cierre de la brecha (El Mercurio, 2019). A continuación, se presentan los aliados estratégicos planteados en el “Plan de Especialistas Médicos 2014-2018”

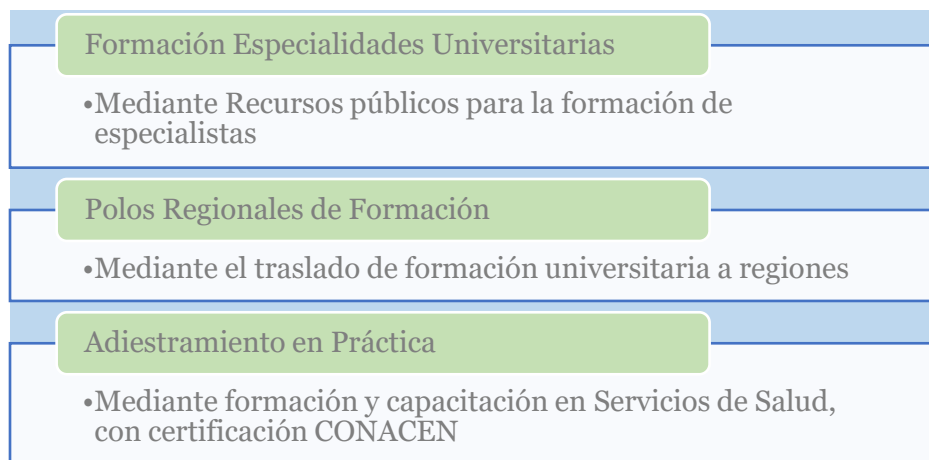
- Universidades
- Colegios Profesionales
- Sociedades Científicas y Profesionales
- Asociaciones Gremiales

- Entidades Certificadoras (Corporación Nacional Autónoma de certificación de Especialidades Médicas, CONACEN, Corporación Nacional de certificación de Especialidades ODONTOLÓGICAS CONACEO).

7.1.2 Formación de Especialistas

Durante la planificación para dicho periodo se planteó incrementar la inversión en un 30% en los aranceles universitarios con la finalidad de aumentar la capacidad formadora de las instituciones entre un 40% y 100%, alcanzando así 1.000 cupos anuales.

Ilustración 2 Planificación para la Formación de Médicos Especialistas



Fuente: Elaboración Propia, Plan de Especialistas Médicos 2014-2018, Juntos por una salud pública

Nota: En la Ilustración número 2 se observan tres de los ejes principales de la etapa “Formación”.

Según el Informe de sobre Brechas de Personal de Salud por Servicio de Salud con el déficit existente para el año 2014 se vieron afectados cerca 1.500.000 usuarios debido al déficit de profesionales especialista de la salud(Salud et al., 2017), con el fin de que la brecha existente continúe afectando a tantas personas el gobierno y las entidades a cargo tienen la obligación de generar estrategias a nivel nacional, para aumentar y generar nuevos cupos y centros de formación médica e incrementar el número de becas disponibles para cada una de las especialidades disponibles.

7.1.2 Retención de Especialista

Dentro de este eje se trabajó en las mejoras en condiciones salariales para médicos y se buscó mejorar la continuidad en la carrera médica y en las condiciones de infraestructura y equipamiento para la atención, además de la educación continua y permanente, equipamiento tecnológico, a través de la implementación de telemedicina, esto con la finalidad de llegar aquellas zonas en donde existen mayores brechas, además de disminuir las grandes listas de espera.

7.1.3 Otras Medidas para la Retención de Especialista

Con el apoyo del colegio médicos y las sociedades profesionales se buscó crear operativos médicos con especialistas para llegar a las zonas más alejadas, se ofreció la creación de 400 becas para formar especialidades básicas y hospitalarias para médicos y odontólogos en la Atención Primaria, además de dotar a los de conectividad a los principales hospitales de las zonas más alejadas del país, y por último se llamó a convocatoria de una campaña nacional para que se sumaran más médicos y especialistas a formar parte del desafío de acortar la brecha.

La pandemia trajo consigo grandes cambios en la planificación estratégica para la retención de médicos especialistas además de la necesidad de reestructurar la planificación y funcionamiento actual del Sistema. El ex Subsecretario de Redes Asistenciales Arturo Zúñiga afirmó para su entrevista para el diario la Tercera que *“Debido a la pandemia y a la suspensión de algunos cursos de estudios, estamos recalendarizado cada uno de los concursos”*, la pandemia Covid-19 trajo consigo más retrasos en la calendarización de los cursos de especialidades médicas, sino que también se hicieron cambios en la cantidad becas ofrecidas y el tipo de las becas que se ofrecen ahora, para principios del año 2021 se planteaba la formación de 1.700 becas tanto como para los recién egresados como para médicos en etapas de destinación y formación y otros programas ministeriales.

8.Efectos en el Desarrollo y Equidad de las Persona el No Acceso a la Salud

La Organización Panamericana de la Salud dice que la ausencia de la equidad ofende el sentido de la justicia, además de atentar en contra la democracia y la justicia, anula las aspiraciones de desarrollo sostenible y mata y desgracia a gran escale(Grebe Barros, 2016).

Nuestra sociedad ya no está dispuesta seguir tolerando inequidades y se busca que las riquezas sean repartida de manera equitativa, en nuestro país existen grandes falencias no solo en el área de la salud, aún existen personas analfabetas, existe pobreza, personas mueren por no poder acceder al sistema de salud, en el presente trabajo se mostró la brecha existente en lo que respecta a profesionales especialista, si bien el gobierno está creando planes para contrarrestas la situación actual aun las listas de esperas son demasiado grandes, en el año 2018 el jefe de investigación de la red asistencial Rubén Gennero dio una entrevista para el diario Publimetro en la cual menciono que cerca de 1000 personas fallecieron en dicho año por tener una garantía retrasada, esta situación es preocupante. En el año 2017 el Banco Mundial en conjunto con la OMS afirmaron que “La mitad del mundo carece de acceso a servicios de salud esenciales u los gastos en salud abocan aun hoy a la pobreza extrema a cerca de cien millones de personas”, que tantas personas aun no puedan tener acceso a la salud es inaceptable.

En la convención sobre cobertura sanitaria universal del año 2017 el Ministro de Salud, Trabajo y Bienestar de Japón menciono que:

La experiencia nos ha enseñado que la concepción de un sólido mecanismo de financiación de la salud, que proteja a toda persona vulnerable de las dificultades económicas, junto con la implantación de centros de atención sanitaria y la existencia de una dotación de personal de salud, incluidos médicos, que permitan prestar los servicios de salud necesarios allí donde viva la gente, son elementos cruciales para hacer realidad la ‘Salud para todos.

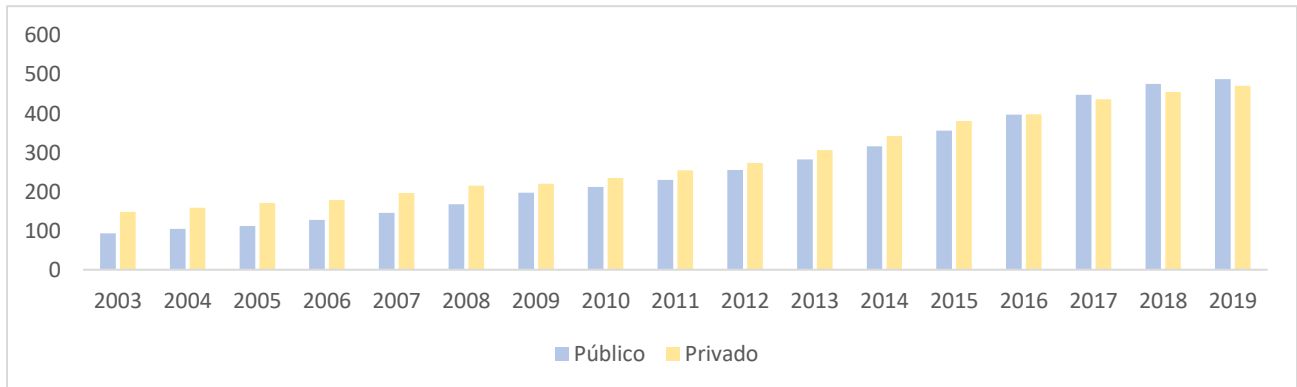
Con esto el Ministro deja en claro el rol que deben tener los gobiernos para subsanar los problemas que tienen los países en el área de salud.

Los sistemas de salud aspiran a brindar servicios que permitan a las personas a subsanar y aliviar las dolencias de las personas, además de brindar salud y prevenir enfermedad de la población y de los individuos, dentro de los objetivos de desarrollo sostenible para el 2030 se expusieron una serie de puntos importantes que afectan el correcto desarrollo humano en el ámbito de la salud a continuación se presentan estos.

8.1 Costos de Acceso a Salud

Según cifras entregadas por el Grupo Banco mundial en el mundo aun existen cerca de 800 millones de personas que gastan al menos un 10% de su presupuesto en gastos relacionados con atención médica, lo cual significa que esos gastos van en desmedro a otros gastos que podrían tener las familias, ya sea en vivienda, alimentación o educación.

Gráfico 3 Gasto en Salud Per Cápita en Pesos



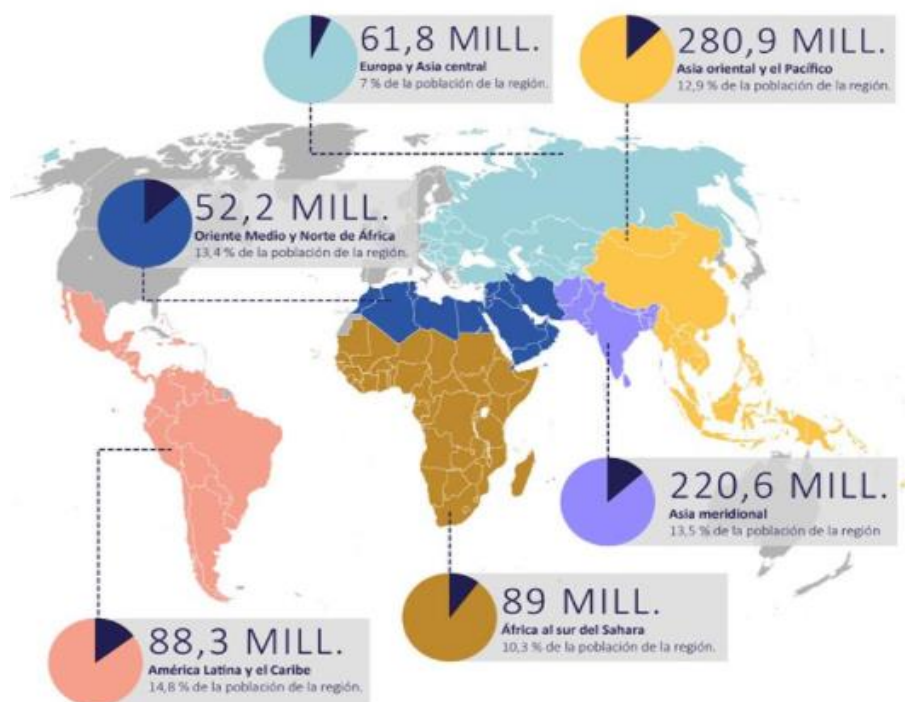
Fuente: Elaboración Propia, Gobierno de Chile, Información Económica de Salud

Nota: En el “Gráfico número 3” se observa el gasto per cápita en Chile en pesos tanto para el Sector Público como para el Privado.

Se logra observar en el gráfico que el gasto per cápita en Salud ha ido en incremento en los últimos años llegando a un total de 959,195 pesos chilenos en el año 2019 considerando ambos

sectores, además se muestra que el sector público tiene incluso mayores gastos que el sector privado lo cual es preocupante considerando que las personas que se atienden en este sector son las de menores recursos del país.

Ilustración 3 Gasto del Presupuesto Familiar en Salud



Fuente: Organización Mundial de la Salud, <https://www.bancomundial.org/es/news/immersive-story/2018/12/07/lack-of-health-care-is-a-waste-of-human-capital-5-ways-to-achieve-universal-health-coverage-by-2030>

Nota: En el “Ilustración número3” se observa el gasto en millones en las macrozonas del mundo.

De la Ilustración se logra observar que las macrozonas con mayor pobreza del mundo son las más afectadas por gastos en salud siendo America del norte y Europa las zonas con menores gastos, esto se podría inferir por los altos estándares de vida y de educación que poseen estas zonas del mundo.

8.2 Desperdicio de Capital Humano

El contar con una buena salud nos permite desarrollarnos como seres humanos en distintos ámbitos, el ampliar los conocimientos, mejorar y potenciar habilidades permite formar miembros activos y productivos de la sociedad.

El capital humano es uno de los activos más importantes en las organizaciones. Diversos estudios han encontrado una fuerte relación entre las iniciativas de salud de las empresas y su margen de competitividad. El bienestar del personal es un fuerte impulsor de la productividad y del buen desempeño en las organizaciones y, por lo tanto, un elemento primordial en la gestión de negocios. (Cooperativa La Cruz Azul, s.f.)

Según El informe de seguimiento mundial de la salud del año 2017 1.000 millones de personas viven con hipertensión no controlada, más de 200 millones de mujeres carecen de acceso adecuado a servicios de planificación de salud y casi 20 millones de niños no reciben tres de sus vacunas esenciales, se realizó un proyecto el cual mide y clasifica los distintos países según la cantidad de capital humano que un niño nacido hoy puede esperar haber logrado a los 18 años gracias a las inversiones en salud y educación, y muestra cuántos ingresos desaprovechan los países debido a las brechas de capital humano,

Los países que lideran la clasificación mundial:

- Singapur (0.88)
- Corea del Sur (0.84)
- Japón (0.84)
- Hong Kong (0.82)
- Finlandia (0.81)
- Irlanda (0.81)
- Australia (0.80)

- Suecia (0.80)
- Holanda (0.60)
- Canadá (0.80)

Los países que están más abajo la clasificación mundial:

- Chad (0.29)
- South Sudan (0.30)
- Malil (0.32)
- Níger (0.32)
- Liberia (0.32)
- Nigeria (0.34)

No es de extrañar que estos países estén hasta abajo en la lista, ya que son países con niveles de pobreza extremos.

Algunos de los descubrimientos realizados por el Banco mundial destacan que:

Los trabajadores de la salud de siete países africanos de ingreso bajo y mediano solo fueron capaces de realizar diagnósticos precisos en el 33 % al 75 % de los casos, y las directrices de práctica clínica sobre enfermedades comunes se siguieron en menos del 45 % de las veces, en promedio. En ocho países del Caribe y África con mortalidad alta, los servicios de atención de la salud materno infantil eficaces y de calidad son mucho menos comunes de lo que se piensa al observar solamente el acceso a los servicios y que cerca del 15 % del gasto de hospitales en países de ingreso alto se debe a errores en la atención o a pacientes que sufren infecciones mientras se encuentran internados. (Banco Mundial, 2018)

9. Entrevista a Profesionales de la Salud

Durante el mes de Febrero del presente años se realizó una fase de entrevista a profundidad a cinco médicos especialistas, lo cuales fueron contactados a través de la Red Social LinkedIn, se realización entrevista de aproximadamente 30 minutos mediante llamada telefónica o Zoom, con la finalidad de conocer su punto de vista y sus motivaciones tanto para adquirir una especialidad médica como para escoger el lugar donde realizan sus labores.

La entrevista tenía un total de 11 preguntas, las cuales fueron enviadas previamente a los y las profesionales de la salud con la finalidad de que conocieran la estructura de la entrevista y para su mayor comodidad, esta cuenta con cuatro ejes principales, la primera sección tenía como finalidad conocer su situación laboral y académica actual, la segunda conocer sus motivaciones para poseer una especialidad médica, la tercera consiste en sus preferencias y motivaciones a la hora de escoger un sector para desempeñar sus funciones profesionales y la cuarta y última sección estaba enfocada en conocer su opinión acerca del Sistema de Salud Pública, además se les planteo una serie de enunciados con la finalidad de conocer su punto de vista al respecto.

A continuación, se presenta un resumen con las ideas principales de las entrevista.

¿Posee una especialidad Médica? Y ¿En qué área está enfocada su especialidad?

Cuatro de cinco entrevistados (as) posee una especialidad médica dependientes del Minsal. El primero de los entrevistados posee la especialidad médica de anestesiología, la segunda posee la especialidad de Psicología clínica de adultos y parejas, el tercer entrevistado es Medico General, es decir no posee especialidad médica, el cuatro posee especialidad en ginecología y obstétrica en neonatología y la último es cirujano dentista.

Si su respuesta fue No ¿Cuál es motivo?

La persona que señaló que no posee especialidad médica dice que es no es fácil conseguir un cupo para alguna beca y el nivel de competencia es muy alto ya que se hacen concursos, pero de igual forma se plantea en un futuro adquirir un especialidad, ya que en este momento está privilegiando formar familia con su actual pareja.

¿Cuál fue su motivación para adquirir una especialización?

El poseer una especialidad médica es una oportunidad para adquirir mayores conocimientos en un campo específico de la medicina, las retribuciones económica son mayores y por desarrollo profesional estas son alguna de las principales motivaciones mencionadas por los profesionales entrevistados, además de adquirir reconocimiento entre sus pares y mayor jerarquía, 3 de los cuatro especialistas con especialidad mencionaron que el adquirir una especialidad es parte del conducto casi obligatorio de los médicos generales si bien son cerca de cuatro años extras los que se necesitan para adquirir una especialidad sin mencionar lo demandante que suelen ser estos tanto en el tiempo empleado como en los recursos económicos con los que deben contar para poder recibirse las retribuciones monetarias y sociales lo merecen; el 100% de los y las entrevistadas además mencionaron que el hecho de adquirir una especialidad les permite poder cumplir con su funciones de mejor manera y ayudan a mejorar las condiciones de vida de los pacientes.

¿Trabaja usted en el Sector público o privado?, y en qué región del país trabaja actualmente?

3 de los cinco entrevistados desempeña actualmente sus funciones en el sector público y mencionan que han trabajado ahí desde siempre, aunque uno de ellos trabaja en una consulta dental además de su trabajo en el sector público y los otros dos trabajan en el sector privado y señalan que en sus inicios se desempeñaban en el sector público, pero migraron por mejores retribuciones económicas y mejores horarios de trabajo.

Cuatro de los entrevistados trabajan en la región metropolitana y una de ellas desempeña sus funciones en el hospital de Puerto Montt.

¿Por qué escogió trabajar en el sector privado o público según corresponda?

La totalidad de los entrevistados mencionan desarrollo personal, mejores prestaciones, las personas que actualmente trabajan en el sector público mencionaron que no es tan fácil como se cree trabajar en el sector privado, que es difícil que se abran cupos y mencionan que de existir la oportunidad de cambiarse de sector lo harían si las retribuciones fuesen mayores, aunque no solo es importante para ellos las ganancias monetarias, los profesionales que trabajan en el sector privado mencionan que el salario es mayor en el área privada, además que los pacientes son mucho más fáciles de tratar, ya que en el sector público como por ejemplo en los consultorios los pacientes son más complejos al ser personas de menores recursos y con menor nivel de estudios, pero a pesar de esto recalcan que su principal función es salvar vidas.

¿Esta dispuesto(a) a trabajar en las zonas más extremas del país, donde es necesario cubrir brechas de especialistas?

Solo la persona que actualmente trabaja en la región de los Lagos respondió que si a esta pregunta, el resto de los entrevistados afirmo que es complejo ya que actualmente sus familias se encuentran en Santiago, o simplemente porque no les acomoda trasladarse de donde están, además dicen que ya tienen sus carreras formadas donde están, y en la capital se cuentan con mayor recursos y equipamiento, no desconocen la realidad del país, pero actualmente no se encuentran preparados para mudarse.

¿Qué piensa de la escasez de médicos especialistas que vive el país?

La opinión generalizada fue que la brecha es principalmente porque no se quieren invertir los recursos necesarios como para subsanar esta brecha, dicen que el sistema publico no esta dispuesto a invertir lo necesario como para contratar a los especialistas, y que el nivel de

competencia es demasiado alto, el sistema de salud privado ofrece mejores sueldos además de mejores condiciones laborales, mejor equipamiento y mejores horarios, además de que el ambiente laboral es más cómodo en las clínicas privadas, todos(as) están de acuerdo en que la brecha es un problema país, y que el gobierno debe invertir mayores recursos para captar a los profesionales que son necesarios ya que es un derecho el acceso a la salud.

¿Cree usted poder contribuir a subsanar la brecha actual?

Cuatro de los cinco entrevistados dicen que si pueden y no creen que la única respuesta sea cambiarse a las zonas más extremas ya que creen que con la pandemia se abrieron nuevas opciones para ejercer medicina como por ejemplo la telemedicina, si bien conocen las limitaciones de esta técnica, creen que tiene mucho potencial y que puede ser una herramienta muy valiosa para subsanar la brecha actual que vive el país.

¿Qué medidas cree usted que debería tomar el gobierno para disminuir la brecha?

Aumentar el número de becas para especialidad además de disminuir el número de años requisitos para optar a una, ofrecer incentivos económicos, algunas de las medidas más extremas que se proponen son hacer obligatorias las pasantías en las regiones extremas, potenciar la telemedicina. La brecha actual no solo es responsabilidad de los profesionales o de los centros de formación, también es responsabilidad de la población ya que cada vez se están adquiriendo conductas más perjudiciales para la salud, aumentando las enfermedades crónicas y de malos hábitos.

¿Cómo se podría fortalecer el sistema de salud público?

Aumentando la inversión y no solo para la contratación de más especialistas, sino que también mejorando la infraestructura e instrumental requerida para desempeñar de buena manera las funciones, en muchos hospitales las condiciones son precarias y los equipos están

obsoletos, se debe mejorar las gestiones y aumentar los centros de atención ya que esto aumentaría las plazas para profesionales y ayudaría a disminuir las amplias listas de esperas.

¿Qué piensa usted del papel que han desempeñado los profesionales y el gobierno durante la crisis sanitaria Covid-19?

Los profesionales de la salud han desempeñado su papel de manera extraordinaria, pero la crisis sanitaria aumento las falencias, la atención se centró en los personas con COVID y se dejó de lado otras patologías que estaban desde antes, además se mostró que el país está expuesto en el área de la salud, los hospitales no dan abasto la escasez de equipamiento no solo puso en riesgo a los paciente, sino que también a los funcionarios que han dado más de el cien por ciento en esta crisis.

10. Conclusiones y Recomendaciones

Se estudio la estructura del sistema de salud actual del país y las medidas que toman los gobiernos para que el acceso a la salud sea efectivo, el sistema de Salud mixto trae consigo grandes problemas para los mas pobres, la fuga de profesionales médicos al área de salud privado es una realidad, mejores compensaciones monetarias e indumentaria medica motivan a los profesionales especialistas a buscar como lugares de trabajos clínicas o centros de atención privado, además como mencionaron los especialistas entrevistados el adquirir una especialidad es un proceso complejo que necesita tiempo y recursos económicos, además del nivel de exigencia de estas especialidades obliga a los estudiantes a dedicar prácticamente el 100% de su tiempo en la realización de estos.

Para darse este acceso el efectivo a la salud , ante la necesidad percibida debe contarse con la posibilidad de acudir sin barreras (financieras o de acceso) a los servicios, y que los mismos tengan la capacidad resolutive y calidad requeridas.(Fajardo-Dolci et al., 2015)

La escasez de médicos especialistas es una realidad que vive actualmente el país, es necesario que se tomen medidas concretas para subsanar esta brecha, si bien Chile se encuentra bien posicionado en el área de la salud dentro de Latino America las listas de espera son aún extensas, personas mueren por no poder acceder a la atención de salud, el no acceder a la salud afecta no solo al individuo, sino que también a la sociedad privándola de capital de trabajo humano activo.

Existía una brecha de 30.423 profesionales en cargos de jornada completa lo cual implicaría un aumento de un 113,5% en la dotación existente en los servicios de salud hospitalarios en el año 2020, la región metropolitana concentra la mayor cantidad de profesionales de la salud llegando a un 38% de la dotación de profesionales PAO en cambio en regiones extremas como lo son la región de Aysén solo existe un 1% de profesionales PAO, observándose la mayor fuga en la especialidad de obstetricia y Ginecología en conjunto con pediatria.

Para conseguir mejorar el acceso existen cinco ejes expuestos por el Banco Mundial y estos son:

- Mas dinero para salud y más salud para el mismo dinero: Es esencial mejorar la inversión en el área de salud, el sistema de salud publico debería ser igual de competitivo que el sistema de salud privado.
- Centrarse en atención de calidad: en el informe del Banco Mundial se plantea que los servicios de salud de baja calidad frenan el avance de las mejoras en el sector de salud en países de todos los niveles de ingreso.
- Proteger a las personas de las Pandemias: La crisis sanitaria demostró que hacen falta muchos recursos para dar abasto a una crisis, el país no esta preparado para afrontar una nueva crisis, la falta de profesionales y de recursos a puesto en jaque el sistema de salud actual.
- Adoptar innovación: este punto es esencial en cuanto a la escasez de profesionales de la salud, la telemedicina podría contribuir a facilitar el acceso a la salud en las zonas más extremas del país.
- Movilización colectiva: crear un sistema de salud estable y funcional es trabajo de todos y todas, tanto del gobierno, como las casas de estudios y las personas comunes, el llevar una vida saludable podría contribuir a disminuir las visitas médicas por enfermedades derivadas de las tendencias de vida.

Estos ejes centrales coinciden con los comentarios planteados por los especialistas entrevistados, la escasez de médicos especialista pone en jaque el derecho a la salud, y es necesario aumentar y mejorar el sistema para adquirir especialidades médicas, una forma de evitar la centralización del recurso humano especializado podría ser fomentar la realización de internados o pasantías en las regiones extrañas del país regiones donde la cuota de especialistas médicos no

alcanza a ser la cantidad optima, lo cual vulnera uno de los derechos fundamentales de las personas.

12. Referencias

- Amate, I., & Guarnido, A. (2011). Factores determinantes del desarrollo económico y social. *Analistas Económicos de Andalucía, April*, 174. <https://bit.ly/2QQhQoK>
- Barreto, M. L. (2017). Health inequalities: A global perspective. *Ciencia e Saude Coletiva*, 22(7), 2097–2108. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017227.02742017>
- CNN Chile. (2019). Minsal estima que déficit de especialistas aumentó un 36,7% en tres años: Faltan 4.900 médicos. *CNN Chile*, 5–9. https://www.cnnchile.com/pais/minsal-deficit-especialistas-367-tres-anos_20190823/
- Fajardo-Dolci, G., Gutiérrez, J. P., & García-Saisó, S. (2015). Acceso efectivo a los servicios de salud: operacionalizando la cobertura universal en salud TT - Effective access to health services: operationalizing universal health coverage. *Salud Pública de México*, 57(2), 180–186. http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342015000200014&lang=pt%0Ahttp://www.scielosp.org/pdf/spm/v57n2/v57n2a14.pdf
- Grebe Barros, G. (2016). Equidad en salud. *ARS MEDICA Revista de Ciencias Médicas*, 30(2), 1. <https://doi.org/10.11565/arsmed.v30i2.302>
- Guilloua, M., Jorge Carabantes, C., & Verónica Bustos, F. (2011). Disponibilidad de médicos y especialistas en Chile. *Revista Medica de Chile*, 139(5), 559–570. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872011000500001>
- Leslie Zevallos, Reyna Pastor, B. M. (2011). Establecimientos De Salud Del Ministerio De Salud : Facilities of the Ministry of Health : National ., *Rev Peru Med Exp Salud Publica*, 28(2), 177–185.
- López, D. (2016). *Salud Primaria en Chile: Recursos Humanos, Desigualdades Territoriales y Planificación*. 54.

- Ministerio de Salud Gobierno de Chile. (2019). Estudios de la OCDE sobre salud pública. Chile: hacia un futuro más sano. *Ocde*, 31.
- Salud, M. De, Por, S., & Salud, S. D. E. (2017). *Informe sobre brechas de personal de salud por servicio de salud*.
- Amate, I., & Guarnido, A. (2011). Factores determinantes del desarrollo económico y social. *Analistas Económicos de Andalucía, April*, 174. <https://bit.ly/2QQhQoK>
- Barreto, M. L. (2017). Health inequalities: A global perspective. *Ciencia e Saude Coletiva*, 22(7), 2097–2108. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017227.02742017>
- CNN Chile. (2019). Minsal estima que déficit de especialistas aumentó un 36,7% en tres años: Faltan 4.900 médicos. *CNN Chile*, 5–9. https://www.cnnchile.com/pais/minsal-deficit-especialistas-367-tres-anos_20190823/
- Fajardo-Dolci, G., Gutiérrez, J. P., & García-Saisó, S. (2015). Acceso efectivo a los servicios de salud: operacionalizando la cobertura universal en salud TT - Effective access to health services: operationalizing universal health coverage. *Salud Pública de México*, 57(2), 180–186. http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342015000200014&lang=pt%0Ahttp://www.scielosp.org/pdf/spm/v57n2/v57n2a14.pdf
- Grebe Barros, G. (2016). Equidad en salud. *ARS MEDICA Revista de Ciencias Médicas*, 30(2), 1. <https://doi.org/10.11565/arsmed.v30i2.302>
- Guilloua, M., Jorge Carabantes, C., & Verónica Bustos, F. (2011). Disponibilidad de médicos y especialistas en Chile. *Revista Medica de Chile*, 139(5), 559–570. <https://doi.org/10.4067/S0034-98872011000500001>
- Leslie Zevallos, Reyna Pastor, B. M. (2011). Establecimientos De Salud Del Ministerio De Salud :

Facilities of the Ministry of Health : National ,. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*, 28(2), 177–185.

López, D. (2016). *Salud Primaria en Chile: Recursos Humanos, Desigualdades Territoriales y Planificación*. 54.

Ministerio de Salud Gobierno de Chile. (2019). Estudios de la OCDE sobre salud pública. Chile: hacia un futuro más sano. *Ocde*, 31.

Salud, M. De, Por, S., & Salud, S. D. E. (2017). *Informe sobre brechas de personal de salud por servicio de salud*.