



Subsecretaría de Redes Asistenciales
División de Gestión y Desarrollo de las Personas
Departamento Planificación y Control de Gestión de RHS
RZM/CSSB/CRC/PCR/C6C/RCA



33



ORD. C305/ N° 2135 /

ANT.: Ley N° 21.053 de Presupuesto del Sector Público 2018.

MAT.: Informa Glosa 01 i)

SANTIAGO, 16 MAYO 2018

DE: SUBSECRETARIA (S) DE REDES ASISTENCIALES

A: COMISION ESPECIAL MIXTA DE PRESUPUESTOS

En cumplimiento a la ley 21.053 de Presupuestos del Sector Público para el presente año, remito informe Glosa 01 i), sobre Brechas de Personal de Salud por Servicio de Salud.

Sin otro particular, saluda atentamente,


DRA. BEATRIZ BUENO ESPÍNDOLA
SUBSECRETARIA (S) DE REDES ASISTENCIALES

DISTRIBUCIÓN:

- Gabinete Subsecretaría de Redes Asistenciales.
- División de Gestión y Desarrollo de las Personas
- División de Presupuesto
- Departamento de Planificación y Control de Gestión de RHS - Digedep
- Oficina de Partes



Subsecretaría de Redes Asistenciales
División de Gestión y Desarrollo de las Personas



INFORME SOBRE BRECHAS DE PERSONAL DE SALUD EN LOS SERVICIOS DE SALUD Y ESTADO DE SITUACIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS DE SALUD EN CHILE

Glosa presupuestaria 01, letra i. Año 2018
Departamento de Planificación y Control de Gestión de RHS
Abril 2018





Elaborado por

DIVISION DE GESTION Y DESARROLLO DE LAS PERSONAS
DEPARTAMENTO DE PLANIFICACION Y CONTROL DE GESTION DE RHS





Contenido

Presentación.....	7
Introducción	9
I – Recursos Humanos para la Salud Universal OMS-OPS: personal sanitario al 2030. Recomendaciones y metas de políticas de Recursos Humanos de Salud de la Comisión de alto nivel de la ONU	12
1 – 1 - Diagnóstico	13
1 - 2 – Principios, Hitos y Objetivos de la Estrategia de Recursos Humanos para la Salud Universal de la OMS-OPS.....	15
1 – 3 - Recomendaciones de la Comisión de Alto Nivel de la ONU: Empleo en Salud y Crecimiento Económico.	20
II - Los Recursos Humanos de Salud en Chile: estado de situación al 31 de diciembre de 2017 y comparaciones internacionales.	23
2-1. – Universo Nacional	23
2.1.1. – Profesionales y Técnicos de Salud.....	23
2.1.2. – Médicos especialistas y Médicos generales	31
2 – 1 – 3 ¿Cuál es la disponibilidad de médicos por especialidad y subespecialidad en el país?	32
2.1.4 - ¿Cómo se compara Chile a nivel internacional respecto de la disponibilidad de médicos especialistas?.....	36
2.1.5. – Odontólogos y odontólogos especialistas.....	40
2.1.6. – Migraciones de Personal Sanitario	41
2-2. – Los Recursos Humanos en la Red Asistencial Pública	53
2.2.1. – Aspectos generales.....	53
2.2.2. – Médicos generales y especialistas.....	54
2.2.3. – Distribución, densidad y acceso a médicos por Servicio de Salud	65
2.2.4. – Densidades y acceso a profesionales nucleares – Médicos, Enfermeras y Matronas.	66
2.2.5. – Odontólogos generales y especialistas en la Red Asistencial pública.....	70



2-3 - Evolución 2007-2017 de la matrícula y los titulados en carreras de la salud impartidas por las universidades nacionales.	70
III – Actualización de Brechas de RHS en la Red Asistencial Pública y del Plan de trabajo en desarrollo.	81
3 – 1 – Aspectos metodológicos.....	81
3 – 2 - Reducción de Brechas en Relación a la Cartera de Inversión.....	85
3 – 3. Reducción de brechas territoriales de acceso a profesionales nucleares en la red asistencial pública (establecimientos dependientes de los Servicios de Salud y de la APS municipal).....	87
3 – 4. Brechas de médicos generales y especialistas en la Red Asistencial Pública.....	89
¿Cuáles fueron los principales ejes y opciones metodológicas del estudio?.....	91
¿Cuáles son los principales resultados del estudio?	93
3 – 5. Estado de avance del plan de desarrollo e instalación del sistema de proyección de oferta y demanda de Recursos Humanos para la red asistencial 2016-2018.....	101
ANEXO 1 – Principales estudios e informes de Recursos Humanos en Salud publicados por la Subsecretaría de Redes Asistenciales. Período 2012-2018.....	105
ANEXO 2 - 10 Recomendaciones para transformar la fuerza laboral en Salud para contribuir al logro de los Objetivos de Desarrollo sustentables – ONU Comisión de Alto Nivel 2016.....	108
ANEXO 3 – Distribución por especialidad (es) certificada (s) de los médicos inscritos en el Registro nacional de prestadores individuales de la Superintendencia de Salud. 31/12/2017.....	112
ANEXO 4 – Distribución por especialidad (es) certificada (s) de los médicos de la dotación efectiva de los Servicios de Salud al 31/12/2017.....	115
ANEXO 5 – Evolución del número de titulados de pregrado de carreras profesionales de la salud entre 2007 y 2016, por Región.....	120
Anexo 6 – Distribución de los Médicos titulados en Universidades extranjeras por país de formación y nacionalidad inscritos en el Registro Nacional de Prestadores Individuales de la Superintendencia de Salud al 31/12/2017	126
Anexo 7– Comparación modelos de estimación de las necesidades/demanda de prestaciones de salud	129



Presentación

La Ley de Presupuestos 2018 estipula, en la Glosa 01 letra i, que, **“antes del 30 de abril de 2018, el Ministerio de Salud deberá enviar a la Comisión Especial Mixta de Presupuestos y publicar en su página web un informe sobre brechas de personal de salud por servicio de salud y especialidad, que justifique los recursos asignados al Programa de Formación de Especialistas. En este informe se deberá incluir a los profesionales médicos, a los profesionales no médicos, a los técnico-profesionales y a los técnicos”**.

En cumplimiento del compromiso antes señalado, se encuentra en este documento, la información proveniente de la monitorización de la evolución de la disponibilidad de los Recursos Humanos de Salud más críticos, sobre los cuales los planes del Gobierno y las políticas de reforzamiento de la red asistencial pública han puesto el énfasis con el fin de mejorar el acceso de la población a una atención oportuna.

En relación con el programa de inversión en infraestructura de hospitales públicos y centros de atención primaria, se incluirá en el presente informe un estado de situación de las brechas y planificación de cierre de déficits en recursos humanos destinados a la cartera de inversión.

Además de lo anterior, se actualizarán las brechas de distribución regional de profesionales nucleares (Médicos, Enfermeras y Matronas) en relación con los informes publicados por esta Secretaría de Estado en años precedentes.

Se presentará una síntesis del “Estudio de determinación de brechas de médicos generales y especialistas según metodología de tasas de uso de prestaciones médicas y especializadas en Chile”, cuyo informe final se entregó a la Comisión Especial Mixta de Presupuesto por esta Subsecretaría de Estado el 6 de marzo del presente año¹.

Finalmente, se informará sobre el estado de avance del plan de trabajo incluido en el informe de brechas de recursos humanos de salud anterior², cuyo propósito es dotar al Ministerio de Salud de un sistema permanente de proyección de necesidades, planificación y monitorización de personal sanitario en la Red Asistencial Pública, centrado, en una primera etapa desplegada en el periodo

¹ Referencia del informe final en Anexo 1, N°12.

² Informe Brechas de Personal de Salud por Servicio de Salud. Glosa 01, letra i, Ley de presupuestos 2017. http://web.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/08/Informe-Brechas-RHS-en-Sector-P%C3%BAblico_Marzo2016.pdf

2016-2018, en médicos generales y especialistas. El plan de trabajo se apoya en un análisis previo de las metodologías en uso y las experiencias más recientes a nivel internacional en materia de construcción de escenarios de demanda y oferta de Recursos Humanos en Salud.

La dinámica y complejidad de la evolución de los factores que influyen sobre la demanda y oferta de profesionales de salud observada, tanto a nivel nacional como internacional, motiva la incorporación de un primer capítulo dedicado a recalcar los elementos de contexto relevantes para Chile que proporcionan la Agenda para el Desarrollo Sostenible 2030 de la ONU lanzado en 2015; las recomendaciones de la Comisión de Alto Nivel³ sobre Empleo en el Ámbito de la Salud y Crecimiento Económico, del mismo organismo internacional, publicado en 2016; y la Estrategia Mundial de Recursos Humanos de Salud (RHS) 2030 para el Acceso Universal a la Salud y la Cobertura Universal de Salud, de la OMS-OPS lanzada en el año 2017.

³ Comisión instalada por la ONU en 2015, en coordinación con la OMS-OPS, OIT y OCDE.



Introducción

Al Estado le corresponde ejercer un rol de promoción de la participación de las personas en la construcción de estilos de vida que favorezcan su desarrollo individual y colectivo, para lo cual debe garantizar condiciones sanitarias idóneas a lo largo del país y el acceso oportuno a acciones de salud integrales y de calidad, logrando que las personas, familias y comunidades se sientan acogidas y más seguras en ambientes sanitariamente protegidos.

Este propósito cobra mayor importancia en un contexto de creciente complejidad, caracterizado por un proceso de cambio social, epidemiológico y demográfico, que exige respuestas integrales, tanto a nivel de políticas de salud y prevención como de servicios asistenciales, para enfrentar los efectos del envejecimiento de la población, así como el predominio de las enfermedades crónicas no transmisibles, en el marco de un sistema de derechos garantizados de salud y una ciudadanía cada vez más activa y exigente de sus derechos en materia de calidad de atención.

Abordar los desafíos señalados, obliga a incorporar importantes transformaciones en las políticas, planificación y administración de recursos económicos, humanos y técnicos, siendo el personal sanitario la pieza esencial para liderar los procesos de transformación requeridos para avanzar en el mejoramiento continuo de la salud de la población y de la satisfacción de sus necesidades.

En este contexto, esta Secretaría de Estado gestiona políticas de recursos humanos que han permitido materializar, a partir del año 2015, diversos acuerdos con la dirigencia gremial, todos plasmados en leyes a contar del año 2016, que tuvieron impactos directos en los trabajadores del sector.

El contenido de estos acuerdos, tanto con los gremios del sector adscritos a la ley 18.834 como aquellos adscritos a la ley 19.664 y los avances de su implementación están incluidos en *el Informe de Estrategias de Superación o Cierre de brechas 2014-2017 de marzo 2018 (glosa presupuestaria 014)* remitido por esta Secretaría de Estado a la Comisión Especial Mixta de Presupuestos.

En cuanto a la detección de necesidades de Recursos Humanos, su articulación con la oferta de personal sanitario y la implementación de estrategias que permitan lograr a mediano y largo plazo mejor balance entre la demanda y la disponibilidad de personal, tanto a nivel nacional como regional, el Ministerio de Salud ha realizado varios estudios y desarrollado distintas líneas de trabajo a estos efectos. En anexo 1, se citan los principales estudios e informes publicados por la Subsecretaría de Redes Asistenciales en materia de Recursos Humanos de Salud entre 2012 y 2017.



Si bien es necesario realizar nuevos avances en los sistemas de información, cabe señalar que, en los últimos 10 años, se ha logrado un mejoramiento significativo de la disponibilidad, extensibilidad, confiabilidad y precisión de la información sectorial y extra sectorial sobre el personal sanitario. Ejemplos de ello son la implementación del Registro Nacional de Prestadores Individuales de la Superintendencia de Salud y del Sistema de Información y Estadísticas (SIES) del Ministerio de Educación. Estas mejoras junto a la creciente disponibilidad de evidencias comparativas sobre las metodologías y los resultados de las más recientes experiencias internacionales en materia de proyección y planificación de recursos humanos de salud, permiten a esta Secretaría de Estado desarrollar e implementar progresivamente un sistema permanente de proyección de escenarios de demanda y oferta de personal de salud y monitorización de las estrategias de reducción de los déficits. El estado de avance al 30 de abril de 2018 del plan de trabajo elaborado a estos efectos se presentará más adelante en el informe (*capítulo III*).

Este desarrollo es concordante con el llamado de los Organismos Internacionales -OMS, OPS, ONU, OIT y OCDE- que instan a sus Estados miembros a dotarse de mayores capacidades de anticipación sobre sus necesidades cuantitativas y cualitativas de personal sanitario a mediano plazo, a invertir en recursos humanos de salud y optimizar el uso de sus competencias, para a la vez apoyar el logro de los Objetivos del Desarrollo Sostenible, alcanzar la Cobertura y el Acceso Universal a la Salud, disminuir las inequidades en la población frente a los resultados de salud, mejorar la distribución territorial, regular las migraciones de RHS y mitigar la crisis mundial de personal sanitario que una ausencia o insuficiencia de política y planificación de recursos humanos nacionales e internacionales seguirá profundizando en la próxima década.

Es preciso mencionar que, tal como lo corrobora la evidencia internacional, la brecha de Recursos Humanos en Salud es un concepto dinámico, cuyo nivel está influido por múltiples factores, varios de ellos encontrándose fuera del alcance de las Políticas de Salud, tales como son las políticas de educación y el desarrollo regional y económico, por ejemplo. Además de lo anterior, la existencia de un sistema de salud mixto implica un mercado laboral marcado por la competencia entre el sector público y el privado por el acceso al personal calificado, lo que a su vez va modelando las opciones de trabajo de los interesados y hace más complejo lograr mejores balances entre la oferta y la demanda de Recursos Humanos y una distribución territorial más equitativa. Estas características hacen que la elaboración de políticas y estrategias de Recursos Humanos en Salud anticipatorias y acordes a las necesidades evolutivas de la población, requiera de un trabajo intersectorial.



Considerando la crisis de personal sanitario a nivel mundial y la creciente disponibilidad de evidencias y acuerdos liderados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), se ha estimado conveniente dedicar el *primer capítulo* del informe a una breve presentación de la Estrategia Mundial 2030 de Recursos Humanos de Salud de la OMS-OPS para el acceso universal y la cobertura universal de salud y las Recomendaciones y Metas de la Comisión de Alto Nivel⁴ sobre Empleo en el Ámbito de la Salud y Crecimiento Económico de la ONU, presentada en noviembre de 2016.

En un *segundo capítulo* del informe, se encontrará una actualización del estado de situación del personal de salud al 31 de diciembre 2017, tanto a nivel nacional como en la red asistencial pública, además de una comparación con indicadores internacionales y una información sobre las migraciones de médicos y enfermeras. El *tercer capítulo* permitirá conocer la actualización al 31 de diciembre de 2017 de las brechas de Recursos Humanos relacionada a la cartera de inversión hospitalaria; la situación actual de las brechas de distribución territorial del personal nuclear⁵; una síntesis del “Estudio de determinación de brechas de médicos generales y especialistas según metodología de tasas de uso de prestaciones médicas y especializadas en Chile”⁶; finalmente el estado de avance a marzo de 2018 del desarrollo del sistema permanente de proyección y monitorización de oferta y demanda de Recursos Humanos para la red asistencial (plan de trabajo 2016-2018 presentado en el informe de brechas de marzo 2017)⁷.

⁴ WORKING FOR HEALTH AND GROWTH: Investing in the health workforce. High Level Commission on Health Employment and Economic Growth. WHO – ONU – OECD – November 2016.

<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250047/9789241511308-eng.pdf;jsessionid=BB30E277C7BBE0AB55DFEFD6C42163E?sequence=1>

⁵ Médicos, Enfermeras y Matronas.

⁶ Anexo 1: referencia 12

⁷ Anexo 1: referencia 10.



I – Recursos Humanos para la Salud Universal OMS-OPS: personal sanitario al 2030. Recomendaciones y metas de políticas de Recursos Humanos de Salud de la Comisión de alto nivel de la ONU

En los años 2012-2014, la ONU y la OMS-OPS en coordinación con la OIT y la OCDE, desarrollaron intensas actividades destinadas a levantar la Agenda 2030 del Desarrollo Sostenible, cuyo 3° Objetivo “Garantizar una vida sana y promover el bienestar de todos a todas las edades” se refiere directamente a la Salud que además se encuentra incluida en 3 otros objetivos en forma transversal. La OMS colocó la Salud como unas de las principales palancas para lograr los Objetivos de Desarrollo Sostenible, y, en virtud de este enfoque, ubicó a los RHS como eje impulsor del logro de estos objetivos.

A su vez, se consensuó a nivel internacional, a partir de las evidencias disponibles, que las políticas y la inversión en recursos humanos de salud y de los sectores sociales son centrales para sostener las políticas sanitarias y sociales, fortalecer la resiliencia de los sistemas de salud frente a los desafíos de salud internacionales y a las catástrofes, al mismo tiempo que aportan una contribución importante al crecimiento económico y al desarrollo de los países: se estableció que 24% del crecimiento del Ingreso Nacional Total, constatado entre 2000 y 2011 en los países de bajos y medianos ingresos, es atribuible al aumento de la expectativa de vida de la población⁸.

En un primer párrafo, se realiza un resumen de los principales elementos del diagnóstico establecido por los organismos internacionales antes señalados.

⁸1) Health workforce requirements for universal health coverage and the sustainable development goals. Human resources for health observer series no 17. OMS. 2016. 2) Global Strategy for Human Resources for Health 2030. OMS. 2015.

1 - 1 - Diagnóstico

El análisis de las evidencias disponibles y de los resultados de estudios complementarios realizados por la OMS, que conduce al llamado a los países a “*adoptar un paradigma distinto en la planificación del personal sanitario y la formación, movilización y redistribución de los trabajadores de la salud*”⁹ se puede resumir de la siguiente manera:

- a- El personal sanitario es y será fundamental para satisfacer las prioridades sanitarias del nuevo marco de desarrollo posterior a 2015, alcanzar el acceso y la cobertura universal de salud y los nuevos objetivos del desarrollo sostenible (ODS) de las Naciones Unidas, -en los que la salud de la población es central-, y cumplir con las obligaciones relacionadas con la seguridad sanitaria colectiva a escala mundial que establece el Reglamento Sanitario Internacional.
- b- Los países de todos los niveles de desarrollo socio económico enfrentan, en mayor o menor medida, dificultades para educar, movilizar, fidelizar y hacer rendir el personal de salud.
- c- Se ha podido demostrar que los importantes progresos en el desarrollo de Recursos Humanos que realizaron varios países en el pasado han tenido resultados efectivos en el mejoramiento de la atención sanitaria de sus poblaciones. La disponibilidad de personal de salud está mejorando en la mayoría de los países para los que se dispone de datos. Sin embargo, estos progresos no han sido suficientemente rápidos y pronunciados.
- d- La evolución de los perfiles epidemiológicos y las estructuras demográficas está aumentando la carga de morbilidad en los sistemas de salud de todo el mundo, tanto en lo que se refiere a las enfermedades no transmisibles como a las enfermedades crónicas¹⁰. Este fenómeno se acompaña de una demanda creciente de servicios de salud centrados en la persona y de atención personalizada¹¹.

⁹ Fuentes: 1) WHO – Health workforce 2030. Synthesis paper of the thematic working groups. 2015. http://www.who.int/hrh/documents/synthesis_paper_them2015/en/. 2) OMS - Estrategia mundial de recursos humanos para la salud: el personal de salud de aquí a 2030. Documento presentado en la 138ª sesión del Consejo ejecutivo de la OMS. Diciembre de 2015. 3) OECD - OECD Health Workforce Policies: Right Numbers, Right Skills, Right Places. March 2016. www.oecd.org.

¹⁰ Global, regional, and national age-sex specific all-cause and cause-specific mortality for 240 causes of death, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. GBD 2013 Mortality and Causes of Death Collaborators. Lancet. 2014. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61682](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61682).

¹¹ WHO 2015. WHO Global Strategy on People-Centred and Integrated Health Services. – Interim report. Geneva: World Health Organization. <http://www.who.int/service-delivery-safety/areas/people-centred-care/en>.



- e- En varios países de ingresos elevados, la insuficiente inversión en formación y capacitación del personal de salud provoca una escasez crónica de recursos humanos que se suple mediante la contratación de personal sanitario procedente de países de menos recursos; algunos de estos últimos pierden hasta 50% de sus graduados a causa de la emigración a otros países.
- f- En la mayoría de los países persisten desequilibrios en la distribución territorial del personal de salud que contribuyen a intensificar los flujos migratorios. Esta observación está corroborada en la publicación de la OCDE referencia en nota de pie de página n°4).
- g- Un número importante de países de altos ingresos está experimentando un retiro masivo del personal de salud que pertenece a las numerosas generaciones nacidas en los años posteriores al término de la segunda guerra mundial. La insuficiente anticipación y planificación de los reemplazos observada en varios casos es un factor de fuerte incremento de las tensiones en el mercado laboral internacional de Recursos Humanos en Salud.
- h- Nuevos cálculos se realizaron sobre los cambios que deben producirse en las próximas décadas para satisfacer la demanda de atención de salud creciente, cubrir las lagunas existentes y hacer frente al nivel de rotación laboral previsto. De acuerdo con las previsiones de la OMS y el Banco Mundial¹², para alcanzar un nivel elevado de cobertura eficaz en toda la gama de servicios de salud que se requiere para garantizar una vida saludable para todos, será necesario formar y movilizar a entre 40 y 50 millones de trabajadores en el sector socio sanitario en todo el mundo, de los cuales al menos 10 millones deben aumentar la oferta de trabajadores de la salud en los países de ingresos medianos y bajos¹³.
- i- Evidencias empiezan a ser disponibles sobre los efectos socioeconómicos de la inversión pública en personal de salud, confirmando que ésta impulsa un círculo virtuoso al sostener el desarrollo e impactar positivamente la economía de los países; se estima que durante el período 2000-2011, 24 % del crecimiento del Ingreso Nacional Total de los países de bajos y medianos ingresos se debe al aumento de la expectativa de vida de su población.

¹² OMS – Banco Mundial. Requisitos relativos al personal sanitario con miras a la aplicación de la Estrategia mundial de RHS, y costos conexos. Forthcoming Publication.

¹³ Economic, demographic, and epidemiological transitions and the future of health labour markets. Global Health Workforce Alliance, Working Group 1, 2014-
(http://www.who.int/workforcealliance/media/news/2014/WG1_SynthesisSept282014.pdf?ua=1).



1 - 2 – Principios, Hitos y Objetivos de la Estrategia de Recursos Humanos para la Salud Universal de la OMS-OPS.

La figura 1 permite conocer **los hitos en la definición y lanzamiento de la Estrategia de Recursos Humanos para la Salud Universal**. Cabe mencionar que, desde el llamado de Toronto, el Ministerio de Salud participó activamente, a través de sus Autoridades y de las Jefaturas y profesionales de Recursos Humanos de la Subsecretaría de Redes Asistencial, en todos los procesos y actividades convocados por la OPS en esta materia.



Figura 1 – Hitos en Recursos Humanos para la Salud Universal



La Estrategia Mundial de RHS 2030 para la salud universal descansa en 8 principios que se enuncian a continuación:

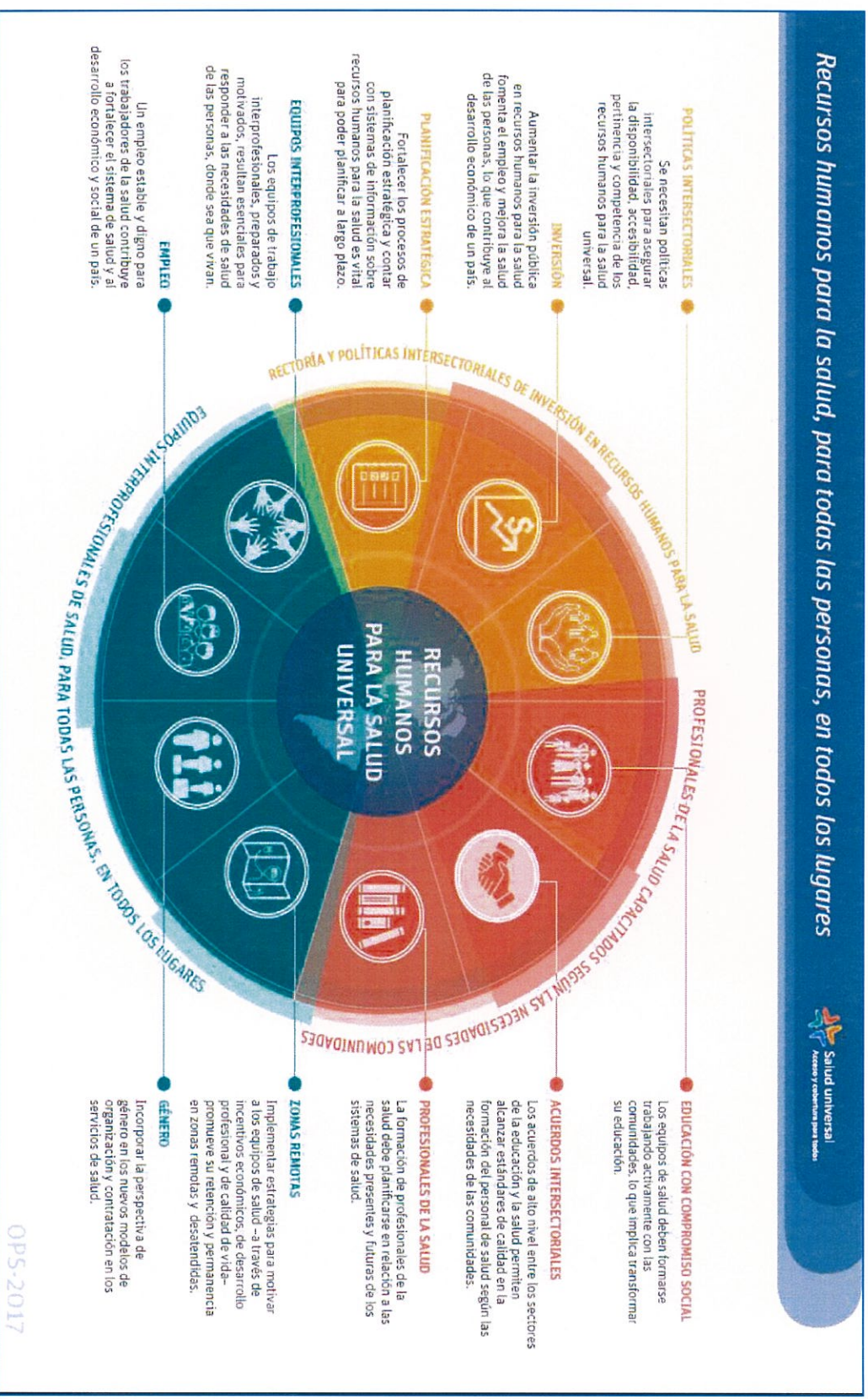
1. Promover el derecho a la salud.
2. Proporcionar servicios de salud integrales y centrados en las personas.
3. Fomentar el empoderamiento y compromiso de las comunidades.
4. Sostener los derechos personales, laborales y profesionales de todos los trabajadores de la salud, propiciando libertad y entornos laborales seguros y decentes. Eliminar la violencia de género, la discriminación y el acoso laboral.
5. Promover la colaboración y solidaridad internacional, en articulación con las prioridades nacionales.
6. Asegurar prácticas éticas de contratación en conformidad con el Código mundial de Práctica de reclutamiento internacional de personal de salud de la OMS¹⁴ (ver Figura N° 3).
7. Movilizar y sostener compromiso político y financiero, y fomentar inclusión y colaboración transversal entre sectores involucrados y electores.
8. Promover la innovación y uso de la evidencia.

Finalmente, la estrategia de RHS para la salud universal, adoptada en 2017 en las reuniones correspondientes de Ministros de Salud por la OMS y OPS, está conformada por un conjunto de 11 líneas de acción integradas, algunas de ellas de índole intersectorial, que serán objeto de un monitoreo internacional. Se puede visualizar, en la figura 2, este conjunto de líneas de acción que constituyen una carta de navegación para los países.

¹⁴ Este Código ha sido adoptado por los 192 Estados miembros de la OMS en la Asamblea Mundial de la Salud de mayo de 2010, y es objeto de un monitoreo anual por la OMS. Está disponibles en los sitios WEB de la OMS y OPS.



Figura 2 – Líneas de acción estratégicas- Recursos Humanos para la salud, para todas las personas, en todos los lugares



Fuente: OPS 2017



Los documentos de la OMS y la OPS desarrollan una serie de hitos intermedios para el año 2020 y 5 metas finales para el 2030.

Principales hitos planteados para el 2020 para todos los países:

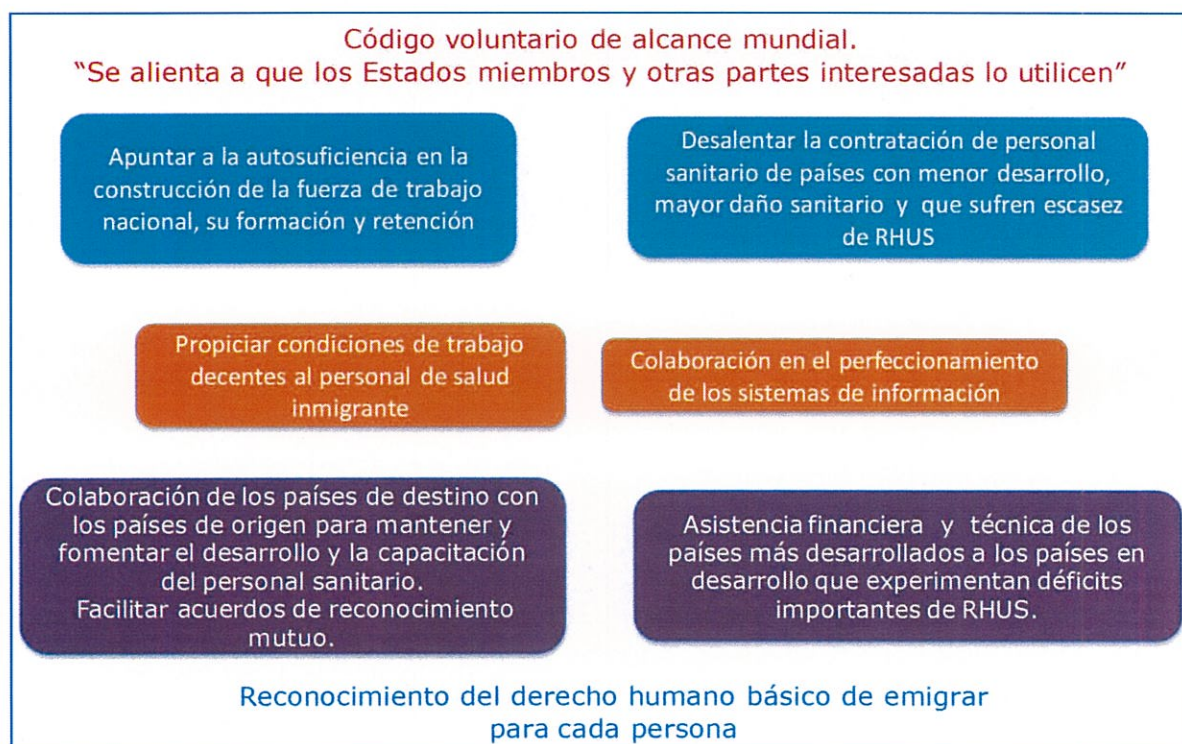
1. Disponer de mecanismos institucionales inclusivos para coordinar una agenda de RHS intersectorial.
2. Contar con mecanismos que aseguren la seguridad de los pacientes y permitan una adecuada supervisión del sector privado de salud.
3. Fortalecer (o instalar según corresponda) una dirección nacional de RHS responsable del desarrollo y monitorización de las políticas y planes de recursos humanos articulados con la planificación nacional de largo plazo en Salud.
4. Disponer de dispositivos de acreditación de las Instituciones Formadoras de personal sanitario.
5. Progresar en los registros de información sobre los RHS y en compartir datos e indicadores en este ámbito con otros países a través de la instalación de Cuentas Nacionales de Recursos Humanos en Salud.

Principales metas 2030 para todos los países:

1. Todos los países deben progresar hacia reducir en un 50% las inequidades de acceso de la población a un trabajador de salud.
2. Todos los países deberán haber reducido a 20% o menos la tasa de deserción pre titulación en la formación de pregrado de médicos, enfermeras y personal sanitario asociado, en las entidades formadoras.
3. Todos los países deberán progresar hasta reducir en un 50% su dependencia de personal sanitario formado en el extranjero.



Figura 3 - Síntesis de los principios del código ético de prácticas mundial de la OMS sobre contratación internacional de personal de salud



Fuente: Elaboración propia a partir del Código Mundial. OMS – 2010.

1 – 3 - Recomendaciones de la Comisión de Alto Nivel de la ONU: Empleo en Salud y Crecimiento Económico.

Instalada por el Secretario General de la ONU en marzo de 2016 y presidida por los presidentes de las Repúblicas de Francia y Sur África, la Comisión remitió su informe final¹⁵ a fines de septiembre del presente año. El mandato de la Comisión y su objetivo principal era proponer acciones que permitan crear aproximadamente 40 millones de nuevos empleos en el sector de salud y sector social de aquí a 2030 para enfrentar el déficit mundial proyectado de personal de salud para alcanzar la cobertura y acceso universal en todos los países, considerando los déficits ya existentes, el crecimiento previsto de la demanda de salud empujado por los cambios demográficos y

¹⁵ Informe referenciado en la nota de pie de página N°4 del presente documento.

epidemiológicos, y los retiros masivos de personal sanitario en los países que experimentaron el “baby-boom” posterior a la segunda guerra mundial.

El mandato de la ONU explicitaba que la Comisión debía preocuparse especialmente de buscar soluciones para atender el déficit proyectado en 10 millones de trabajadores de la salud en los países de bajos y medianos/bajos ingresos. Los términos de referencia ponían énfasis en que la Comisión proponga acciones que promuevan el crecimiento económico inclusivo, la creación de empleos decentes y el cumplimiento de la cobertura y acceso universal a la salud. El trabajo de la comisión se desarrolló en estrecha colaboración entre la ONU, la OMS, la OCDE y la Oficina Internacional del Trabajo.

Las “10 recomendaciones –implementación 2017 a 2021- para transformar la fuerza laboral de salud para los Objetivos de Desarrollo Sostenibles” y las “acciones inmediatas” con plazo de implementación hasta 2018) se sustentan en un conjunto y una diversidad de evidencias que no se disponían anteriormente, en particular sobre la sustancial contribución de los sectores de salud al crecimiento económico, al desarrollo de los países y a la mitigación de los efectos de las crisis económicas sobre el desempleo (desde el inicio de la crisis económica de 2008 y hasta 2014, en conjunto los países de la OCDE aumentaron su personal de salud en un 48%).

En su informe, la Comisión de Alto Nivel emite un llamado a los gobiernos de cada país y a los organismos internacionales para que acometan las acciones, que se presentan a continuación, lo antes posible, -entre octubre 2016 y marzo 2018- explicitando que su visión es que se requiere fomentar una fuerza de trabajo en salud más numerosa, transformada y sostenible para mejorar los resultados de salud, el bien-estar, la equidad y la cohesión social, promoviendo un crecimiento económico inclusivo (ver detalle en anexo 2).

Principales Acciones octubre 2016-marzo 2018:

Los líderes políticos: considerar este informe en las instancias y foros de tomas de decisiones nacionales, regionales e internacionales, incluyendo a todos los grupos de intereses para promover los compromisos de implementación de las recomendaciones.

Gobiernos nacionales liderados por los Ministros de Salud, Educación, Trabajo y Hacienda: desarrollar planes intersectoriales y comprometer presupuestos en pro de una educación transformativa, creación de competencias y de empleos; acelerar la implementación progresiva y monitoreo de las Cuentas Nacionales de Recursos Humanos en Salud.



La comunidad internacional: apoyar y comprometer recursos financieros para sostener la masiva necesidad de incremento de la educación y capacitación de profesionales y técnicos de salud en los países de bajos ingresos.

OIT, OCDE, OMS y socios relevantes: desarrollar un plan de 5 años para implementar las 10 recomendaciones; realizar abogacía respecto de los compromisos nacionales, regionales e intersectoriales; establecer un intercambio de datos global e inter agencias sobre el mercado laboral en salud que será implementado en el Observatorio Global de Salud de la OMS; desarrollar una plataforma internacional sobre la movilidad de los trabajadores de salud.



II - Los Recursos Humanos de Salud en Chile: estado de situación al 31 de diciembre de 2017 y comparaciones internacionales.

En este capítulo presentaremos sucesivamente la información relativa al universo nacional de personal de salud, la dotación de recursos humanos de la red asistencial pública, -tanto de los establecimientos dependientes de la Atención Primaria Municipal como aquellos vinculados a los Servicios de Salud- y la evolución 2007-2017 de la oferta de formación de profesionales de salud por parte de las Universidades Nacionales.

2-1. – Universo Nacional

2.1.1. – Profesionales y Técnicos de Salud

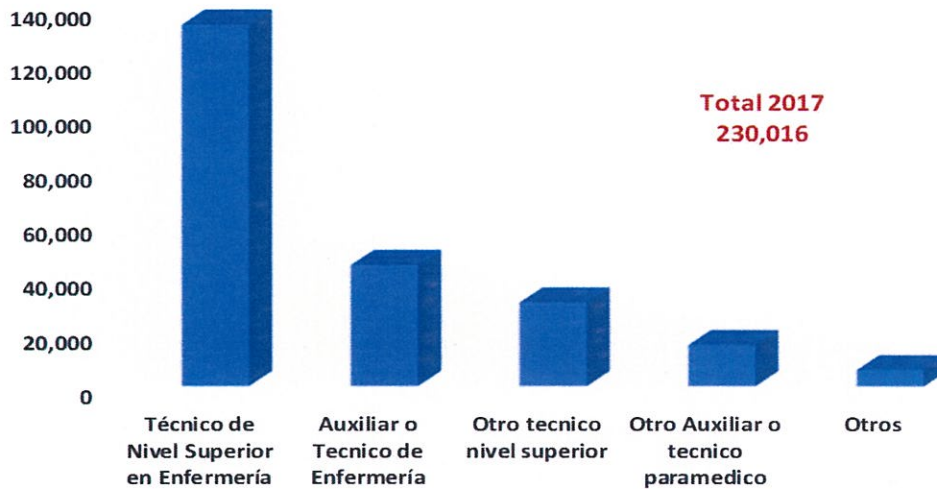
Con fecha 31 de diciembre de 2017, se identifican 480.663 técnicos y profesionales de salud inscritos en el Registro Nacional de Prestadores Individuales de la Superintendencia de Salud (SIS)¹⁶, en aumento de 9,9% en comparación a diciembre de 2016.

El Gráfico 1 permite constatar que más de la mitad de los auxiliares y técnicos inscritos son técnicos de nivel superior en enfermería. El grupo en su totalidad ha crecido en un 28,1% desde diciembre 2015.

En el gráfico 2, se visualiza la distribución de los profesionales de salud inscritos al 31/12/2017 en el Registro Nacional, en aumento de 18,4% en relación a diciembre de 2015. Destaca la importancia relativa de tres profesiones: Enfermeras, Psicólogos y Médicos Cirujanos que, en su conjunto, representan 59,6% del total de los profesionales de salud (148.648 de 249.239 personas).

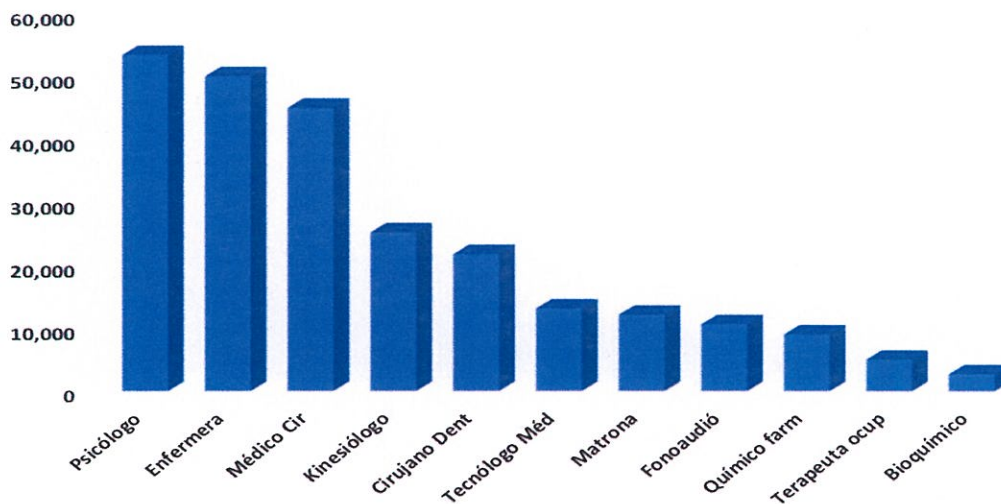
¹⁶ Fuente: Procesamiento propia a partir del Registro Nacional de técnicos y profesionales de salud con título habilitante. Superintendencia de Salud. Diciembre de 2017. <http://www.supersalud.gob.cl/servicios/669/w3-article-5587.html>

Gráfico 1 - Auxiliares y Técnicos de Salud inscritos en el Registro Nacional de Prestadores Individuales de la Superintendencia de Salud



Fuente: Procesamiento propio a partir del Registro Nacional de Prestadores Individuales de la SIS. 31/12/2017

Gráfico 2 - Profesionales de Salud inscritos en el Registro Nacional de Prestadores Individuales de la Superintendencia de Salud



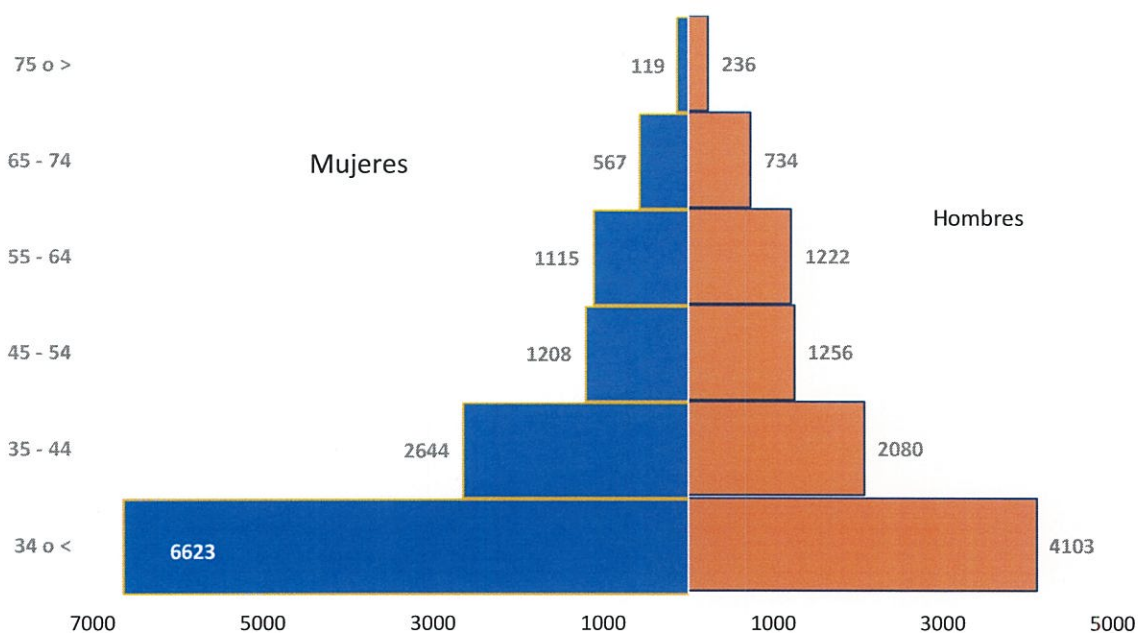
Fuente: Procesamiento propio a partir del Registro Nacional de Prestadores Individuales de la SIS. 31/12 2017



En los gráficos 3 a 6, se informa sobre la **distribución por edad y sexo de los cirujanos dentistas, enfermeras, matronas y médicos cirujanos.**

Las mujeres representan más de 55% de los cirujanos dentistas inscritos. Se observa un marcado crecimiento de la formación de nuevos profesionales, que se expresa en el alto porcentaje de personas menores a 35 años: 49%.

Gráfico 3 – Distribución por sexo y edad de los Cirujanos dentistas inscritos en el Registro Nacional de la SIS al 31/12/2017



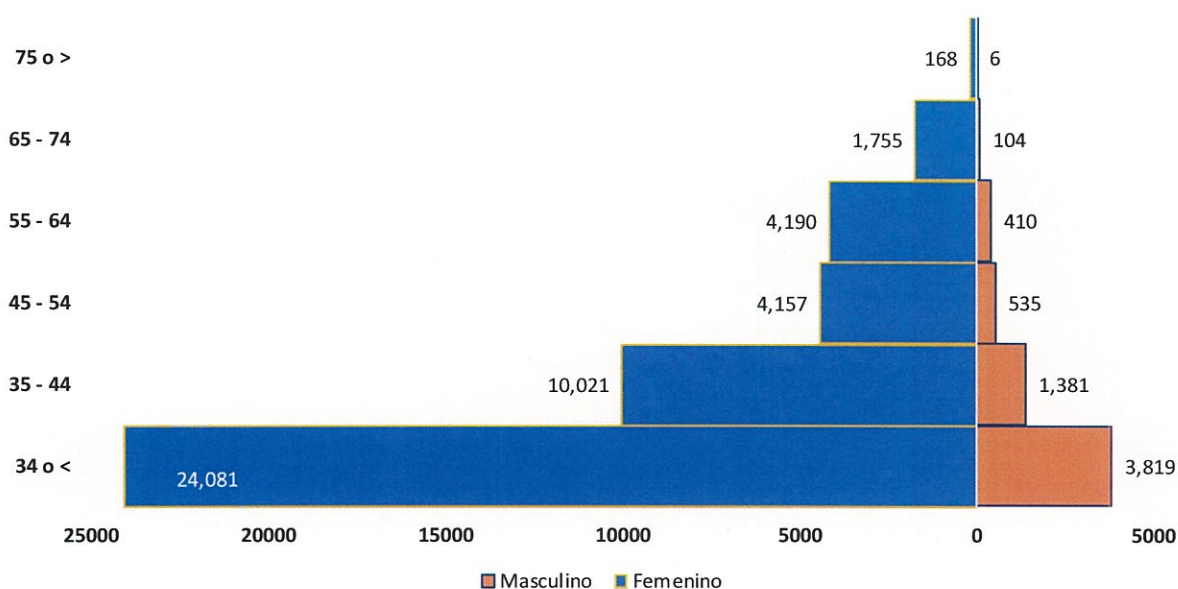
Fuente: Procesamiento propio a partir del Registro Nacional de Prestadores Individuales de la SIS. 31/12/2017.



De igual manera, el crecimiento de la oferta de formación del sector educativo superior en la última década ha tenido un alto impacto en la composición por tramo de edad de las enfermeras: 54% de ellas tienen menos de 35 años (gráfico 4). Cabe señalar también que más de 13% de este grupo de profesionales es mayor de 55 años.

Gráfico 4

Distribución por sexo y edad de las enfermeras inscritas en el Registro Nacional de la SIS al 31/12/2017



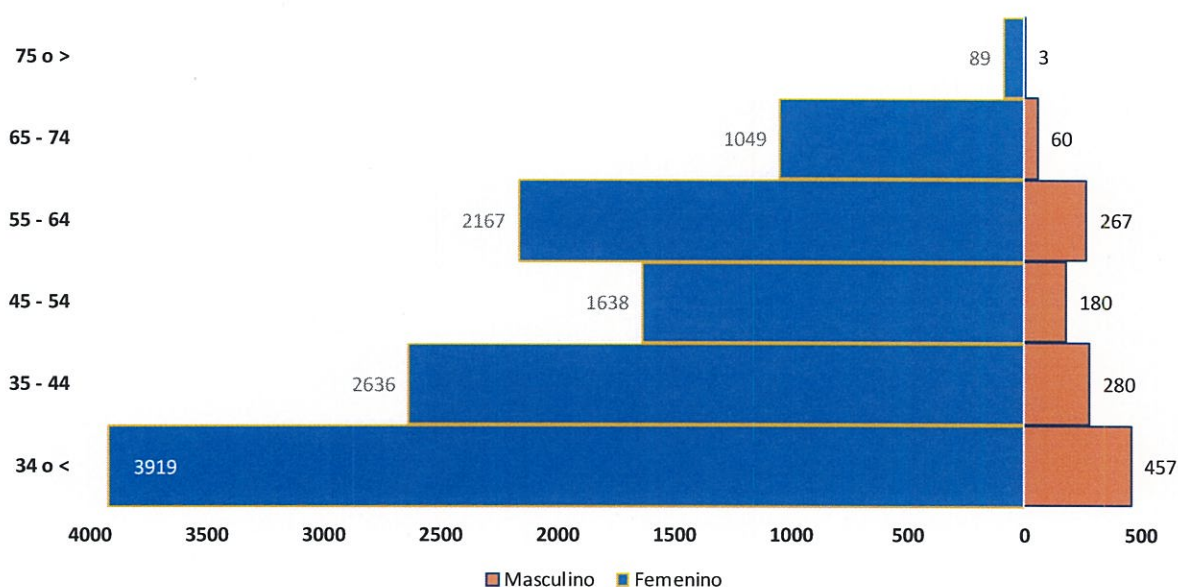
Fuente: Procesamiento propio a partir del Registro Nacional de Prestadores Individuales de la SIS. 31/12/2017

La pirámide de edad de las matronas presenta un perfil más envejecido con 28% de personas de 55 años y más, sin embargo, se visualiza un porcentaje importante de profesionales de menos de 35 años (34%) que permitirá aportar a la cobertura de necesidades de reemplazo (Gráfico 5).



Gráfico 5

Distribución por sexo y edad de las Matronas inscritas en el Registro Nacional de la SIS al 31/12/2017.

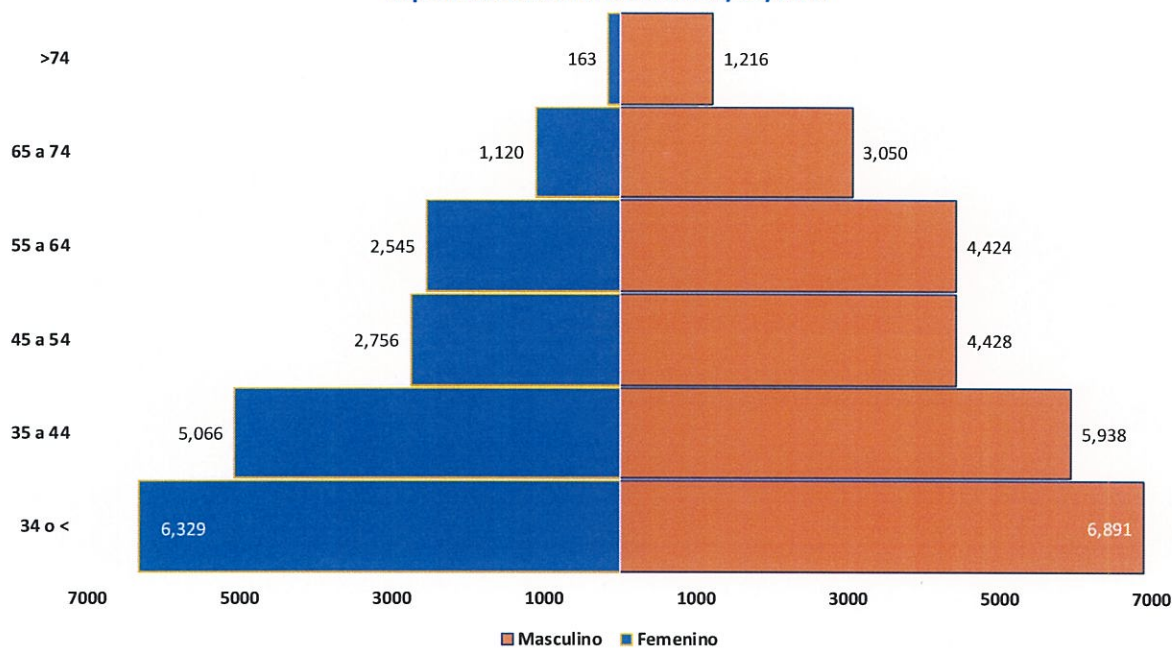


Fuente: Procesamiento propio a partir del Registro Nacional de Prestadores Individuales de SIS. 31/12/2017.

Respecto de los Médicos Cirujanos, uno de los fenómenos más notables es el número creciente de las mujeres que eligen entrar en esta carrera profesional: **48% del grupo de médicos de menos de 35 años está conformado por mujeres** (Gráfico 6). Además de lo anterior, cabe destacar que **12,9% de los médicos tiene 65 años y más** (5.549 de un total de 43.294 médicos cuya edad se conoce), siendo aquellos profesionales de este grupo que se desempeñan en los Servicios de Salud los más susceptibles de acogerse a los beneficios dispuestos por la ley de incentivo al retiro N°20.986 publicada el 19 de enero de 2017. **Respecto de los especialistas, el porcentaje de profesionales mayores a 65 años alcanza un valor más alto de 18,3%**, siendo diverso el grado de envejecimiento según la especialidad: por ejemplo, **de 26% a 27 %** de profesionales de 65 años y más en **los médicos internistas, cirujanos generales y cardiólogos**, **21% en los pediatras**, **15% en los médicos internistas** y **13% en los anestesiólogos y psiquiatras adultos**.

Gráfico 6

Distribución por sexo y edad de los Médicos inscritos en el Registro Nacional de la Superintendencia de Salud al 31/12/2017



Fuente: Procesamiento propio a partir del Registro Nacional de Prestadores Individuales de la SIS. 31/12/2017.

La densidad de personal sanitario por habitante es un indicador relevante que permite analizar los aspectos de distribución y acceso territorial de la población a la atención de salud. Adicionalmente, es un criterio de comparación internacional ampliamente utilizado para evaluar la solidez y los progresos de los sistemas de salud hacia el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud.

En este contexto, se **puede comentar la situación de Chile respecto de la densidad total de médicos por 10.000 habitantes comparada a varios países -de la OCDE y de América Latina- observándose en el país una tasa relativamente baja: 24,3 en diciembre de 2017 versus 34,0 como promedio en la OCDE**, un mínimo de 18,0 en Turquía y un máximo de 63,5 en Grecia. Entre los países de América latina incorporados en la comparación, sólo Brasil y Colombia presentan una densidad inferior a la



de Chile (22,1 y 18,3 respectivamente), mientras Argentina y Uruguay la superan en forma llamativa (37,6 y 39,4 respectivamente)¹⁷.

No obstante, la densidad nacional de Médicos por 10.000 habitantes creció de 21,5 en 2015 a 24,3 en 2017.

En la tabla 1 siguiente, se puede apreciar la evolución de la **densidad de algunos profesionales de salud a nivel nacional entre 2010 y 2017 (sector público + sector privado)**.

Es preciso señalar que las tendencias observadas entre 2010 y 2013 están influidas por el poblamiento progresivo del Registro de la Superintendencia de Salud, que se implementó a contar del año 2009. Sin perjuicio de lo anterior se puede analizar el crecimiento real entre 2014 y 2017. Se constata un aumento de la densidad nacional de profesionales de salud de 2014 a 2017, en todas las profesiones seleccionadas, particularmente en los médicos y enfermeras. ***Es importante destacar este progreso, en la medida en que, en el mismo período, la población de Chile creció en un 2,1% (+372.830) según las proyecciones publicadas por el INE en septiembre de 2014¹⁸.***

¹⁷ Fuentes: OECD – Statistics: www.stats.oecd.org y Estadísticas OMS: <http://www.who.int/gho/en/>.

¹⁸ www.ine.cl

Tabla 1

**EVOLUCIÓN DENSIDAD DE LOS PRINCIPALES PROFESIONALES DE LA SALUD POR 10.000 HABITANTES
ENTRE DICIEMBRE 2010 Y DICIEMBRE 2017. UNIVERSO NACIONAL PÚBLICO Y PRIVADO.**

Variables e indicadores	dic-10	dic-11	dic-12	dic-13	dic-14	dic-15	dic-16	dic-17
N° Total de Médicos Inscritos con título habilitante	24,455	27,323	30,321	33,045	36,013	38,658	41,767	45,088
Población total Chile INE	17,066,142	17,255,527	17,444,799	17,631,579	17,819,054	18,006,407	18,191,884	18,373,917
Densidad por 10.000 habitantes	14.33	15.83	17.38	18.74	20.21	21.47	22.96	24.54
Variables e indicadores	dic-10	dic-11	dic-12	dic-13	dic-14	dic-15	dic-16	dic-17
N° Médicos Generales o de familia certificados incritos	15,066	14,873	14,973	16,073	17,234	18,131	20,807	22,882
Población total Chile INE	17,066,142	17,255,527	17,444,799	17,631,579	17,819,054	18,006,407	18,191,884	18,373,917
Densidad por 10.000 habitantes	8.83	8.62	8.58	9.12	9.67	10.07	11.44	12.45
Variables e indicadores	dic-10	dic-11	dic-12	dic-13	dic-14	dic-15	dic-16	dic-17
N° Médicos Especialistas certificados incritos (sin Médicos de Familia)	9,389	12,450	15,348	16,972	18,779	19,927	20,960	22,212
Población total Chile INE	17,066,142	17,255,527	17,444,799	17,631,579	17,819,054	18,006,407	18,191,884	18,373,917
Densidad por 10.000 habitantes	5.50	7.22	8.80	9.63	10.54	11.07	11.52	12.09
Variables e indicadores	dic-10	dic-11	dic-12	dic-13	dic-14	abr-15	dic-16	dic-17
N° de Enfermeras con título habilitante	15,527	19,237	23,464	28,178	34,674	35,215	41,575	50,062
Población total Chile INE	17,066,142	17,255,527	17,444,799	17,631,579	17,819,054	18,006,407	18,191,884	18,373,917
Densidad por 10.000 habitantes	9.10	11.15	13.45	15.98	19.46	19.56	22.85	27.25
Variables e indicadores	dic-10	dic-11	dic-12	dic-13	dic-14	abr-15	dic-16	dic-17
N° de Matronas con título habilitante	6,091	7,259	8,700	9,884	10,885	11,184	11,595	12,257
Población total Chile INE	17,066,142	17,255,527	17,444,799	17,631,579	17,819,054	18,006,407	18,191,884	18,373,917
Densidad por 10.000 habitantes	3.57	4.21	4.99	5.61	6.11	6.21	6.37	6.67
Variables e indicadores	dic-10	dic-11	dic-12	dic-13	dic-14	abr-15	dic-16	dic-17
N° de Odontólogos con título habilitante	9,568	10,236	12,297	14,388	16,119	17,075	19,120	21,899
Población total Chile INE	17,066,142	17,255,527	17,444,799	17,631,579	17,819,054	18,006,407	18,191,884	18,373,917
Densidad por 10.000 habitantes	5.61	5.93	7.05	8.16	9.05	9.48	10.51	11.92

Fuentes: Procesamiento propio a partir del Registro Nacional de Prestadores Individuales de la SIS. 31/12/2017 y proyecciones de población del Instituto Nacional de Estadísticas (INE).

La densidad de médicos especialistas aumentó de 9,6 por 10.000 habitantes en diciembre de 2013 a 12,1 en diciembre de 2017 (tabla 1). El plan de formación de médicos especialistas 2014-2018 del Gobierno resultará en un impacto positivo sobre la densidad futura de médicos especialistas de los años 2017 a 2021 en la medida en que dicho plan representa 86% de la capacidad formadora actual de las Universidades nacionales, produce un incremento de especialistas superior al crecimiento proyectado de la población del país entre 2017 y 2020 (13,8 % versus 2,8% para la población) y que las salidas de médicos especialistas del ámbito asistencial no superen los ingresos.

La densidad de enfermeras por 10.000 habitantes en Chile es de 27,1 por 10.000 habitantes en diciembre de 2017 permitiendo al país de contar con una relación de 1,1 enfermera por 1 médico, levemente encima de la meta mínima recomendada por la OMS¹⁹ (1 por 1). En los países de la OCDE, la densidad de enfermeras varía desde 18 por 10.000 habitantes en Turquía hasta 170,4 en Suiza, con un promedio de 91 por 10.000 en el conjunto de países que integran esta organización internacional.

Cabe señalar que varios de los países que presentan una densidad de médicos por habitante cercana al promedio de la OCDE²⁰, tales como Estados Unidos o Reino Unido, benefician de un número más alto de enfermeras profesionales y/o de enfermeras “asistentes” por habitante que otros países, lo que refleja la diversidad de opciones históricas en la composición de la fuerza laboral en salud entre las naciones, y a su vez importantes variaciones internacionales en los límites legales de acción de cada profesión.

Por ejemplo, en Estados Unidos, la densidad de médicos por 10.000 habitantes es de 33, la densidad de enfermeras profesionales de 135 y la de “enfermeras asociadas” (enfermeras no profesionales) de 32 (valores 2013). En Reino Unido, se observa en 2015 una densidad de médicos por 10.000 habitantes de 36, mientras el número de enfermeras profesionales por 10.000 es de 65, alcanzando 146 la densidad de “enfermeras asociadas”.

2.1.2. – Médicos especialistas y Médicos generales

La evolución 2014-2017 de la distribución de los médicos inscritos en el Registro Nacional de Prestadores Individuales de la SIS, entre **profesionales con especialidad (es) certificada (s) y sin especialidad** se puede observar en la tabla 2.

Al 31 de diciembre de 2017, el país cuenta con 23.215 Médicos que han certificado al menos una especialidad entre las reconocidas por la normativa de certificación vigente²¹, lo que representa un 51,5% del total de Médicos inscritos en el Registro Nacional. Entre 2014 y 2017, el número de médicos cirujanos inscritos en el Registro creció en un 18,5% (+3.618 profesionales), con una

¹⁹ <http://www.observatoriorh.org/>

²⁰ Los valores promedios de indicadores de Salud publicados por la OCDE no deben ser considerados como “estándares” a cumplir; esta institución tampoco emite recomendaciones al respecto. Los valores de densidad de personal sanitario reflejan tanto el nivel ingreso nacional per cápita de cada país, además de los factores históricos propios en la construcción de las profesiones y de los sistemas de salud.

²¹ Decretos supremos N°8/2013, 65/2015 y 17/2017 de los Ministerios de Salud y Educación.

variación más alta en los médicos sin especialidad certificada (+33,3%). La distribución detallada por especialidad y combinación de especialidades se encuentra en el Anexo 3.

Tabla 2 – Distribución de los Médicos inscritos en el Registro Nacional de Prestadores Individuales de Salud entre profesionales con o sin especialidad certificada. Diciembre 2014 a diciembre 2017

Categoría de Médicos	Numero de Profesionales							
	2014	2015	2016	2017	Variacion 2016-2017	Variacion 2016-2017 %	Variacion 2014-2017	Variacion 2016-2017 %
Médicos con especialidad certificada	19,597	20,845	22,253	23,215	962	4.3%	3,618	18.5%
Médicos sin especialidad certificada	16,416	17,813	19,370	21,879	2,509	13.0%	5,463	33.3%
Total Médicos inscritos en Registro SIS	36,013	38,658	41,623	45,094	3,471	8.3%	9,081	25.2%

Fuente: Procesamiento propio a partir del Registro Nacional de Prestadores Individuales de la Superintendencia de Salud. Diciembre 2014 a 2017.

2 – 1 – 3 ¿Cuál es la disponibilidad de médicos por especialidad y subespecialidad en el país?

Antes de mostrar los datos se informará, a continuación, sobre las reglas aplicadas en esta Secretaría de Estado, para presentar en forma sintética el número de médicos por especialidad y subespecialidad, considerando que, del total de 23.215 médicos certificados, un poco más de 5.000 certifican más de una especialidad o subespecialidad.



APARTADO – Reglas de atribución de la especialidad o subespecialidad a un médico certificado en más de una especialidad:

1. Cuando el médico ha certificado dos o más especialidades primarias, por ejemplo, medicina interna y dermatología, se selecciona, mediante las fechas de los antecedentes remitidos a la SIS, la última que el profesional certificó. (regla de la OCDE).
2. Cuando el médico ha certificado una especialidad primaria y una derivada -por ejemplo, cirugía general y cirugía cardiovascular- se selecciona la especialidad derivada.
3. Cuando las especialidades o subespecialidades tienen dos denominaciones o más, dado la diversidad existente en los nombres de los programas de formación universitarios para una misma especialidad, -por ejemplo, neurología y neurología adulto- se agrupan con una sola denominación, la del Reglamento de Certificación; en el ejemplo se elige neurología adulto²².

Los gráficos 7 y 8 permiten conocer la distribución de Médicos Especialistas certificados en el país, por especialidad al 31/12/2017 (el detalle se puede conocer en el Anexo 3).

En el gráfico 7, se observa la importancia respectiva de las especialidades con mayor representación en el país (200 médicos y más).

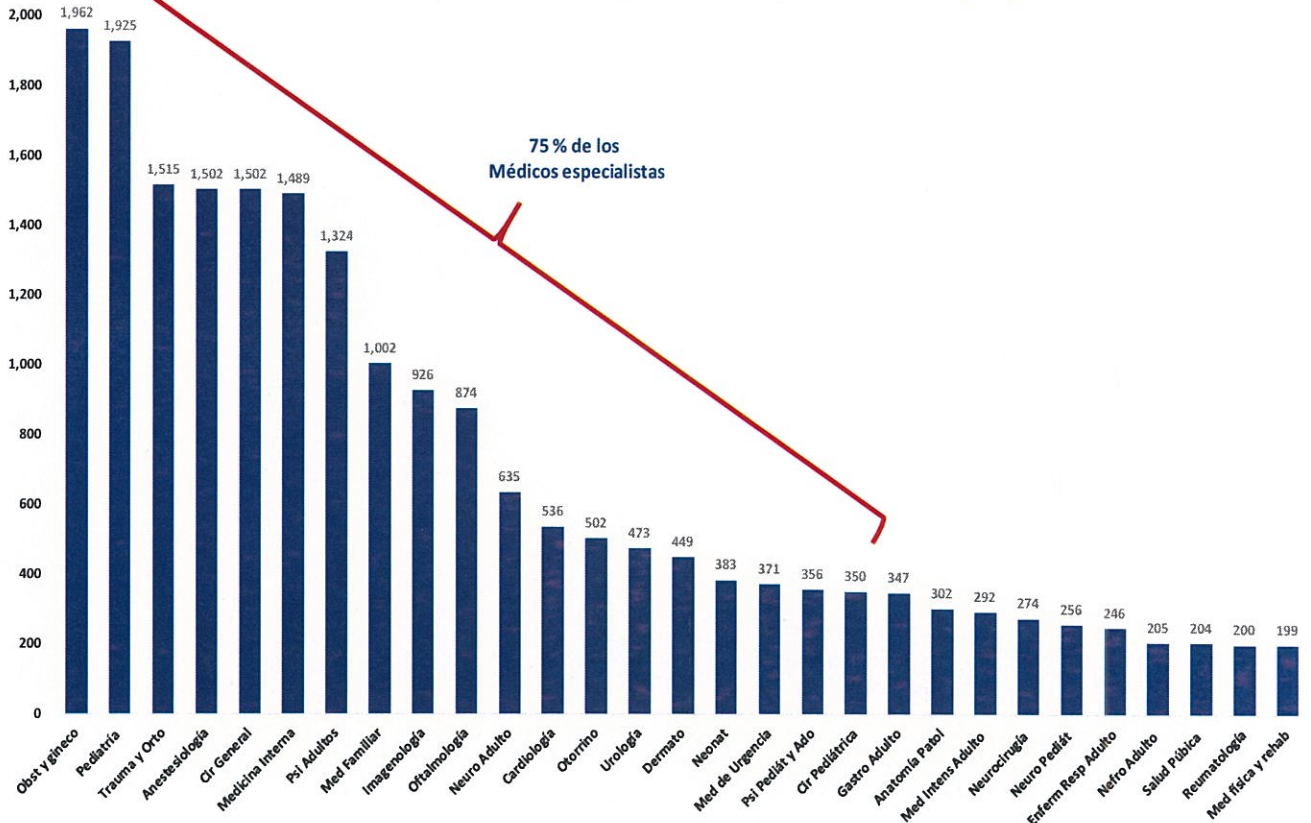
Diez y nueve (19) especialidades -primarias en su gran mayoría- agrupan a un 75% de los médicos especialistas certificados de Chile, siendo las más numerosas:

- Obstetricia y Ginecología: 1,962
- Pediatría: 1,925
- Traumatología Ortopedia: 1,515
- Anestesiología: 1,502
- Cirugía general: 1,502
- Medicina Interna: 1,489
- Psiquiatría Adulto: 1,324
- Medicina Familiar: 1,002

²² Fuente: documentos de homologación del Ministerio de Salud y la Superintendencia de Salud.

Gráfico 7

Número de médicos certificados al 31/12/2017 e inscritos en el Registro Nacional de Prestadores Individuales de la Superintendencia de Salud. Universo Nacional. Especialidades con mayor representación nacional

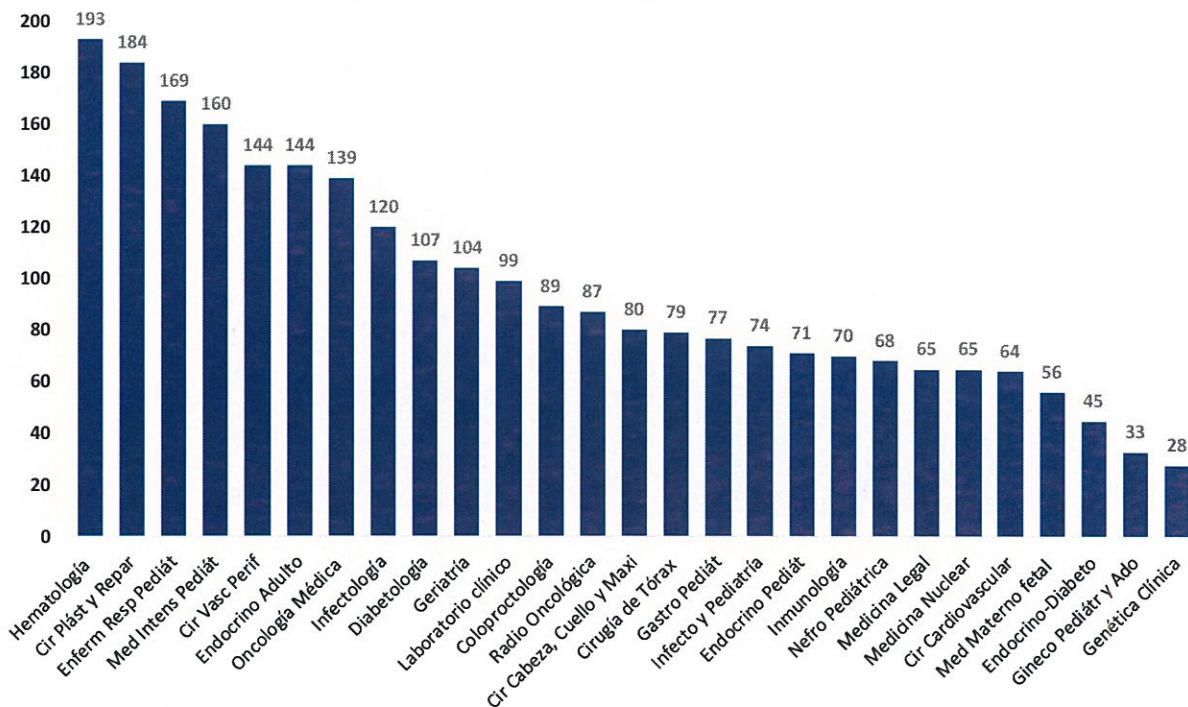


Las especialidades con menor representación nacional, que no superan 200 profesionales, en su mayoría, subespecialidades de medicina interna, cirugía general o pediatría; algunas de ellas son de más reciente instalación entre los programas de formación impartidos por las Universidades nacionales y se dispone de una capacidad formadora baja (por ejemplo, Oncología médica, Cirugía cardiovascular, geriatría o nefrología, entre otras). Otras son especialidades primarias, tales como, por ejemplo, Medicina física y rehabilitación, Inmunología, Radioterapia oncológica, entre otras, impartidas en la mayoría de los casos sólo por las dos principales Facultades de Medicina del país (Universidad de Chile y Pontificia Universidad Católica).



Gráfico 8

Número de médicos certificados al 31/12/2017 e inscritos en el Registro Nacional de Prestadores Individuales de la Superintendencia de Salud. Universo Nacional. Especialidades con menor representación nacional



Fuente: Procesamiento propio a partir del Registro Nacional de Prestadores Individuales de la Superintendencia de Salud. Diciembre 2017.

Cabe señalar el progreso notable del número de Médicos de Familia certificados entre diciembre 2013 y diciembre 2017: pasaron de 543 a más de 1.000 profesionales (incremento de 84%); en 2017 representan 4,5% del total de especialistas del país, versus 3,4% en 2013. Este incremento importante se realizó principalmente en beneficio de la Red Asistencial Pública, la mayoría de los médicos de familia desempeñándose en el sector público (70%). Es atribuible al incentivo remuneracional implementado en el año 2014 para los médicos de algunas especialidades que se contraten en Atención Primaria Municipal.



2.1.4 - ¿Cómo se compara Chile a nivel internacional respecto de la disponibilidad de médicos especialistas?²³

El desarrollo, organización, formación y reconocimiento de las especialidades médicas son muy variable de un país a otro y obedecen a historias, culturas, modelos y recursos nacionales específicos, por lo cual incluso cuando se dispone de datos, las comparaciones deben ser interpretadas con cautela. Es por esta razón que la OCDE compara sólo grandes categorías de especialidades: médicas, quirúrgicas, psiquiátricas, obstétricas y pediátricas.

Sin perjuicio de lo anterior, se puede comentar que Chile presenta **densidades nacionales por grupos de especialistas** relativamente bajas (por 100.000 habitantes) **en comparación a otros países**, excepto en Obstetras Ginecólogos, tal como se puede observar en la tabla n°3.

Destacan las situaciones de la especialidad de psiquiatría y del grupo de especialidades médicas, en este último caso cuando se compara a los países de ingresos comparables tales como México, Corea y Eslovenia.

Sin perjuicio de lo anterior, el número de especialistas por 100.000 habitantes en Chile aumentó en el período 2013-2016, evidenciándose la evolución por grupos de especialidades siguiente: (ver definición de las agrupaciones de especialidades en la nota de la tabla 3).

- Pediatras generalistas: de 9 a 11 por 100.000 habitantes.
- Obstetras ginecólogos: de 10 a 11 por 100.000 habitantes y de 685 a 730 por 100.000 nacidos vivos.
- Psiquiatras adultos y pediátricos: de 7 a 9 por 100.000.
- Grupo de especialidades médicas: de 32 a 40 por 100.000.
- Grupo de especialidades quirúrgicas: de 34 a 39 por 100.000 habitantes.

²³ Sólo la OCDE publica información sobre los médicos especialistas por grupos de especialidades. La OMS y OPS no disponen de datos estandarizados al respecto. Por lo anterior, es muy difícil lograr comparar la información de Chile con la de países vecinos, excepto en el caso de México que integra la OCDE.

Tabla 3

País	Densidad de Medicos por grupos de especialidades en algunos países de la OCDE por 100.000 habitantes						
	Pediatras "Generalistas" (1)	Obstetras Ginecólogos p. 100.000 hab.	Obstetras Ginecólogos p. 100.000 nacidos vivos	Psiquiatras Adulto y Pediátrico	Grupo de Especialidades Médicas (2)	Grupo de Especialidades Quirúrgicas (3)	Otras Especialidades (4)
Chile	11	11	730	9	40	39	5
Australia	9	9	661	16	54	63	20
Bélgica	13	13	1,158	17	85	58	S/I
Canadá	9	8	730	17	62	42	3
España	26	12	1,331	11	104	85	25
Estados Unidos	25	14	1,079	14	74	39	56
Finlandia	13	16	1,656	24	79	56	3
Francia	12	12	1,037	23	84	47	3
Japón	13	10	1,284	12	S/I	S/I	S/I
Corea	12	12	1,353	7	62	63	11
México	16	17	927	1	81	16	17
Reino Unido	16	12	967	18	69	80	11
Slovenia	28	16	1,613	13	93	56	6

Fuente: Procesamiento propio a partir de OECD.stats.org - Datos 2016 o último año disponible.

Notas de la tabla N°3:

- (1) Excluye a los Pediatras que poseen una subespecialidad;
- (2) El grupo de Especialidades Médicas incluye: Medicina interna, Cardiología, Endocrinología, Gastroenterología, Neumología, Medicina Respiratoria, Oncología, Ginecología Oncológica, Inmunología, Reumatología, Neurología, Otorrinolaringología, Radiología, Enfermedades Infecciosas, Microbiología y Bacteriología, Dermatología, Hematología, Patología (Laboratorio Clínico), Medicina Ocupacional, "Comunitary Medicine (including hygiene, epidemiology and evaluative medicine)"-
- (3) El grupo de Especialidades Quirúrgicas incluye: Cirugía general, Neurocirugía, Cirugía Plástica, Ortopedia, Oftalmología, Urología, Anestesiología, Medicina Intensiva, Medicina de Urgencia y Accidentes, otros tipos de cirugías.
- (4) El grupo de otras especialidades incluye aquellas no clasificadas en los grupos anteriores.

En varios países, el importante envejecimiento de la población, la predominancia de las enfermedades crónicas y el crecimiento de la multimorbilidad **ha generado el interés por implementar políticas públicas que permitan preservar a largo plazo, un equilibrio entre la proporción de médicos generales o de familia y los médicos especialistas**, junto con fortalecer la

promoción de la salud, instalar modelos de atención que involucran a los equipos de salud en su conjunto y, en ciertos casos, incentivan la ampliación de roles de los profesionales de salud no médicos, asumiendo una mayor necesidad de coordinación y personalización de las intervenciones. Se ha evidenciado que estas políticas que ponen énfasis en la comunidad y el primer nivel de atención y optimizan el uso de los recursos humanos más calificados permiten obtener, a largo plazo, mejores resultados de salud en la población y a su vez propician la sostenibilidad financiera.

La existencia o no de políticas sanitarias que apuntan a mantener a largo plazo un equilibrio entre médicos generales (o de familia) y médicos especialistas marca diferencias entre países a nivel internacional.

Es así que, por ejemplo, Australia, Canadá y Francia principalmente, han logrado mantener una proporción de médicos generales o de familia cercana a los 50% (Chile actualmente: 49%), mientras, al otro extremo del espectro, se encuentran Estados Unidos con 14% de Médicos generales, España con 22% y México con 36% (entre los 13 países incluidos en esta comparación internacional)²⁴.

En otro ámbito relevante en términos de políticas, la OMS señala en su informe sobre la Estrategia mundial de recursos humanos en salud para 2030²⁵, que la **mala distribución territorial de los profesionales de salud, en particular médicos, sigue siendo un problema insuficientemente resuelto en un número importante de países -entre los cuales Chile-, lo que perjudica el acceso equitativo de la población a la atención de salud y favorece las migraciones de profesionales de salud de los países más pobres hacia los países más ricos**. Es así que, tomando algunos ejemplos²⁶, la densidad del total de médicos generales y especialistas varía según la región:

- de 9,7 a 26,9 por 10.000 habitantes en México,
- entre 28 y 44 por 10.000 en Finlandia y Dinamarca,
- de 18 a 25 por 10.000 en Canadá,
- de 22 a 34 por 10.000 en Reino Unido,
- de 26 a 41 por 10.000 en Francia,
- de 25 a 69 por 10.000 en España,
- de 15 a 26 en Polonia.
- de 4,8 en la Región de Atacama a 14,9 en la Región Metropolitana de Chile (sólo Médicos Especialistas, año 2017).

²⁴ Fuente: procesamiento propio a partir de los datos de la OCDE. OCDE.sats.org.

²⁵ OMS - Estrategia mundial de recursos humanos para la salud: el personal de salud de aquí a 2030. Documento presentado en la 138ª sesión del Consejo ejecutivo de la OMS. Diciembre de 2015.

²⁶ Fuente: OECD.stats.org – Año 2016 o más cercano. Health at a Glance. OECD 2017.



En la tabla n°4 a continuación se **presenta en el caso de Chile la distribución por región de los médicos especialistas del universo nacional**. Cabe señalar que *no se dispone del lugar de trabajo habitual de 13,6% (3.157) especialistas inscritos en el Registro de Prestadores de la SIS al 31 de diciembre 2017*. Se trata de un grupo de médicos con desempeño exclusivo en el sector privado, la región de desempeño siendo conocida para la totalidad de los funcionarios del sector público.

Considerando la limitación antes mencionada, se puede comentar que la densidad promedio nacional de médicos especialistas 2017 alcanza **12,6 por 10.000 habitantes, y se extiende desde 4,8 en la Región de Atacama hasta 14,9 por 10.000 en la Región Metropolitana**, representando la 2° brecha de acceso más alta después de México, entre el grupo de 9 países señalados.

Tabla 4 – Densidad de médicos especialistas por 10.000 habitantes, por región. Universo nacional. Diciembre de 2017.

Región	N° de Médicos Especialistas	% Médicos Especialistas	Población Proyectada por INE 2017	% Población	Densidad por 10.000 hab.
I Región de Tarapacá	185	0,8%	352.712	1,9%	5,25
II Región de Antofagasta	472	2,0%	640.950	3,5%	7,36
III Región de Atacama	154	0,7%	320.799	1,7%	4,80
IV Región de Coquimbo	489	2,1%	794.359	4,3%	6,16
IX Región de La Araucanía	886	3,8%	1.001.975	5,5%	8,84
Región Metropolitana	11.170	48,1%	7.482.635	40,7%	14,93
V Región de Valparaíso	1.791	7,7%	1.859.672	10,1%	9,63
VI Región O'Higgins	714	3,1%	934.671	5,1%	7,64
VII Región del Maule	559	2,4%	1.057.533	5,8%	5,29
VIII Región del Biobío	2.005	8,6%	2.141.039	11,7%	9,36
X Región de Los Lagos	737	3,2%	853.663	4,6%	8,63
XI Región de Aisén	118	0,5%	110.288	0,6%	10,70
XII Región de Magallanes	231	1,0%	166.395	0,9%	13,88
XIV Región de Los Ríos	381	1,6%	410.097	2,2%	9,29
XV Región de Arica y Parinacota	176	0,8%	247.129	1,3%	7,12
<i>No Informada</i>	3.157	13,6%			
Total Universo Nacional	23.225	100,0%	18.373.917	100,0%	12,64

Fuente: Procesamiento propio a partir del Registro Nacional de Prestadores individuales de SIS de diciembre de 2017, y de los datos de población proyectada del INE, septiembre de 2014.

Es preciso comentar que la importante inversión en la formación de especialistas que realiza el país se ha traducido en un mejoramiento de las posibilidades de acceso de la población a la atención especializada, el número de habitantes por médico especialista **pasando de 1 por 1.065 habitantes a 1 por 791, a nivel nacional, entre 2008 y 2017**. Sin perjuicio de lo anterior, tal como se comentó

en el párrafo previo, es preciso avanzar en disminuir las inequidades regionales de acceso: 2.083 y 670 habitantes por médico especialista en Atacama y la Región Metropolitana respectivamente.

2.1.5. – Odontólogos y odontólogos especialistas.

La distribución de los odontólogos del universo nacional, inscritos en el Registro de Prestadores Individuales de Salud, entre aquellos que han certificado al menos una especialidad y aquellos sin especialidad se muestra en la tabla 5, destacándose un crecimiento sostenido de las inscripciones entre 2014 y 2017: 37,8% para el total de cirujanos dentistas y 41% en aquellos que certifican al menos una especialidad.

Tabla 5

Evolución 2014-2017 del número de odontólogos inscritos en el Registro Nacional de Prestadores Individuales de Salud

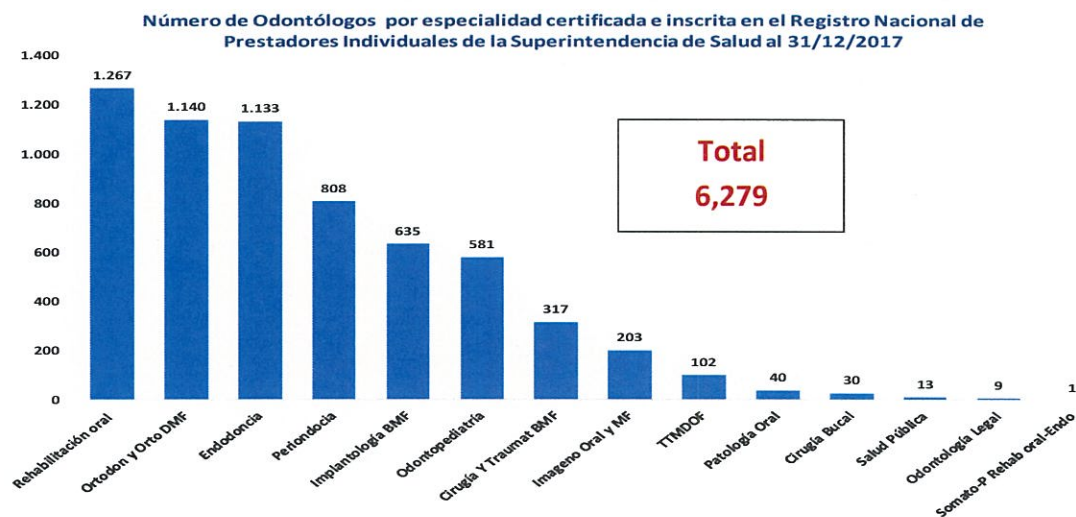
Categoría	2014	2015	2016	2017	Variación 2016-2017	Variación 2014-2017
Odontólogos sin especialidad certificada	11.432	12.868	14.300	15.620	9,2%	36,6%
Odontólogos con especialidad certificada	4.457	5.013	5.573	6.279	12,7%	40,9%
TOTAL	15.889	17.881	19.873	21.899	10,2%	37,8%

Fuente: Procesamiento propio a partir del Registro Nacional de Prestadores Individuales de la Superintendencia de Salud. Diciembre 2017.

De un total 21.899 cirujanos dentistas inscritos en diciembre de 2017, 6,279 certifican al menos una especialidad (29%). Representando un 69% del total, 4 especialidades predominan: Rehabilitación oral, Ortodoncia y Ortopedia Maxilofacial, Endodoncia y Periodoncia.



Gráfico 9



Fuente: Procesamiento propio a partir del Registro Nacional de Prestadores Individuales de la Superintendencia de Salud. Diciembre 2017.

La densidad total de Odontólogos en Chile es de 10,5 por 10,000 habitantes, comparable a la de varios países de la OCDE. Entre los países que integran esta organización, la densidad más alta es la de Suecia con 17,3, la más baja siendo la de Corea con 5,7 por 10.000 habitantes. España muestra un indicador intermedio con 7,5 odontólogos por 10.000 habitantes.²⁷

En Chile, la mayoría de los odontólogos inscritos en el Registro Nacional de Prestadores Individuales de Salud (76%) ejerce exclusivamente en el sector privado.

2.1.6. – Migraciones de Personal Sanitario

En la actualidad, Chile un país de baja emigración y que experimenta un crecimiento importante de la inmigración, principalmente de personas de América central y del Sur. Esta tendencia se expresa en el aumento y cambio de países de origen del personal sanitario que llega al país.

²⁷ Fuente: OECD.stats.org – Año 2016 o más cercano. Health at a Glance. OECD 2017.

Se señaló antes que el crecimiento descontrolado de las migraciones de personal de salud (principalmente profesionales de alta calificación) que se observó en las últimas dos décadas, esencialmente desde países más pobres hacia países más ricos, llevó a la OMS a alertar nivel sobre las consecuencias nefastas de esta situación sobre los países de menores ingresos, mayor daño sanitario y escasez de personal, que pierden su capacidad de enfrentar los problemas de salud de su propia población.

En este contexto, tal como otros 192 países, Chile adhirió al Código mundial de práctica de reclutamiento internacional de personal de salud de la OMS, adoptado en la Asamblea Mundial de la Salud de mayo de 2010. Se recuerda que en lo esencial y reconociendo el derecho básico de cada persona de migrar a otro país, el Código estipula que los países:

- deben abstenerse de implementar estrategias activas de reclutamiento de personal de salud hacia países de mayor daño sanitario y escasez de personal de salud,
- establecer acuerdos bilaterales o multilaterales que se desprendan en beneficios mutuos con los países de procedencia de la migración, y propiciar con éstos la cooperación técnica.
- propender a la autosuficiencia de personal sanitario, lo que incluye no sólo tener una capacidad formadora nacional adecuada, sino resolver los problemas de distribución territorial que constituyen uno de los factores conocidos en el mundo de la migración de profesionales de salud,
- dotarse o fortalecer sistemas de planificación que permitan proyectar a largo plazo las necesidades, las necesidades de RHS relacionadas a la salud de la población y los escenarios de políticas y estrategias para disponer de la oferta de personal sanitario adecuada,
- asegurar la igualdad de condiciones de contratación y laborales entre el personal sanitario extranjero y el nacional.

Con posterioridad a la adopción del Código, y en coordinación con la OMS, la OCDE agregó un modulo de migraciones de médicos y enfermeras a la información que solicita cada año a los países que la integran. Es así que el Ministerio de Salud entrega anualmente datos de migración sobre estas 2 profesiones, desde el año 2014²⁸.

²⁸ Disponible en: www.OECD.stats.org y Health at a Glance. 2017, publicación OCDE.



La OCDE aplica el concepto de profesional “titulado en el extranjero, habilitado para ejercer en el país”, por lo cual se incluyen tanto aquellos de nacionalidad chilena como extranjera. La organización internacional solicita a los países, en la medida en que tengan la información, desglosar por país de origen de la titulación y proporcionar tanto el stock como los flujos anuales de médicos y enfermeras.

Por lo anterior, la fuente utilizada en Chile es el Registro Nacional de Prestadores Individuales de la Superintendencia de Salud, lo que acarrea un cierto grado de subestimación, considerando que los profesionales y técnicos de salud sólo se pueden inscribir en el Registro cuando hayan obtenido su habilitación legal: revalidación de título, EUNACOM para ejercer en el sector público o certificación de especialidad en la CONACEM, en el caso de los médicos especialistas titulados en el extranjero. La SIS también inscribe a los profesionales autorizados por las SEREMI de Salud cuando aún no disponen de su habilitación, y los retira del Registro cuando la autorización vence.

El Registro permite conocer tanto la nacionalidad de los profesionales y técnicos inscritos como la Universidad o Centro formador extranjero donde la persona obtuvo su título.

Médicos

Las 3 tablas incluidas en el Anexo 6 permiten conocer el detalle de los médicos chilenos, extranjeros y total, titulados en una Universidad extranjera, por país de formación, acumulado al 31/12/2017.

Se puede observar en la tabla 6 que el número total de médicos formados en una Universidad extranjera que se inscribieron en el Registro de la SIS con un título habilitante reconocido, creció en un 128% entre 2016 y 2017. Esta evolución corresponde a la vez a aumento de los flujos de inmigración constatados especialmente desde 2016, a la posibilidad de rendir el EUNACOM dos veces al año y al interés de los prestadores de salud, tanto individuales como institucionales, en estar inscritos en el Registro de la SIS.

La tendencia constatada es más marcada en los médicos extranjeros (+130%) que en los médicos de nacionalidad chilena (+121%). Los últimos pasaron de representar 26% de los médicos titulados en una Universidad extranjera en 2015 a constituir el 21% de este grupo en 2017.



Tabla 6 – Número de Médicos titulados en el extranjero en 2015, 2016 y 2017

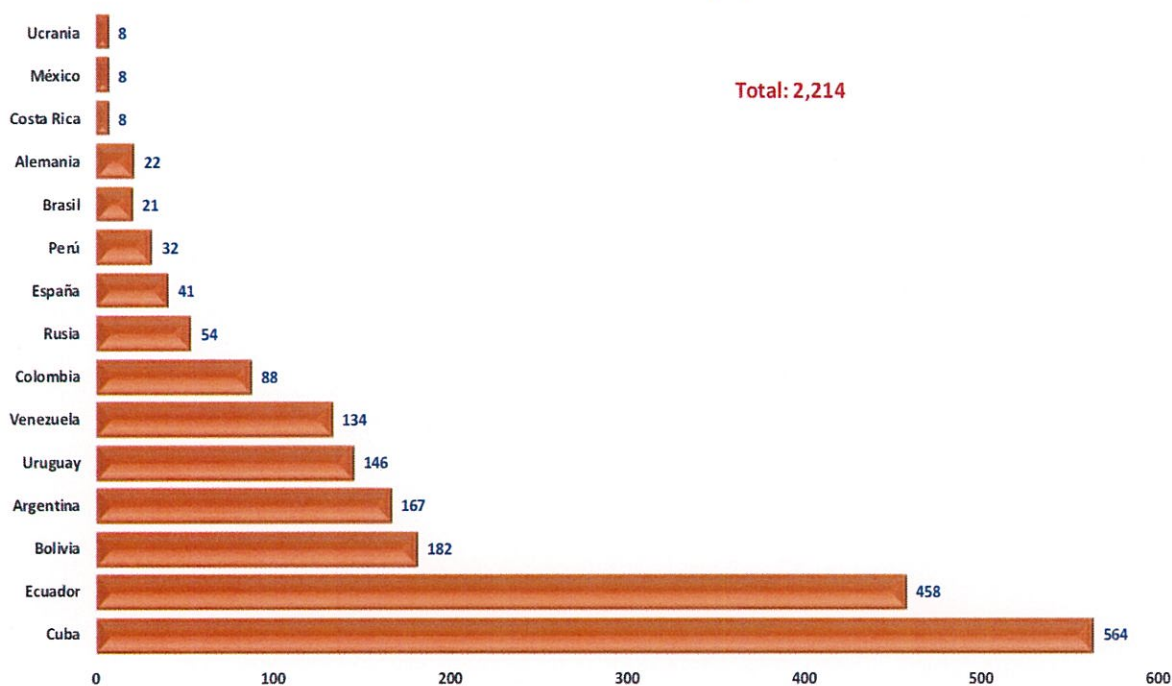
Categorías	Años			Evolución 2016-2017
	2015	2016	2017	
Médicos extranjeros	4,606	5,793	7,537	130%
Médicos chilenos	1,613	1,664	2,014	121%
Total	6,219	7,457	9,551	128%

Fuente: Procesamiento propio del Registro Nacional de Prestadores Individuales de la Superintendencia de Salud, al 31 de diciembre de 2015, 2016 y 2017

Los gráficos 10, 11 y 12 muestran la distribución de los médicos titulados en el extranjero, inscritos en el Registro de la SIS al 31 de diciembre de 2017, por país de formación y nacionalidad (chilena, extranjera y total chilena + extranjera).

Gráfico 10

Número de médicos de nacionalidad chilena titulados en el extranjero por principales países de formación al 31/12/2017

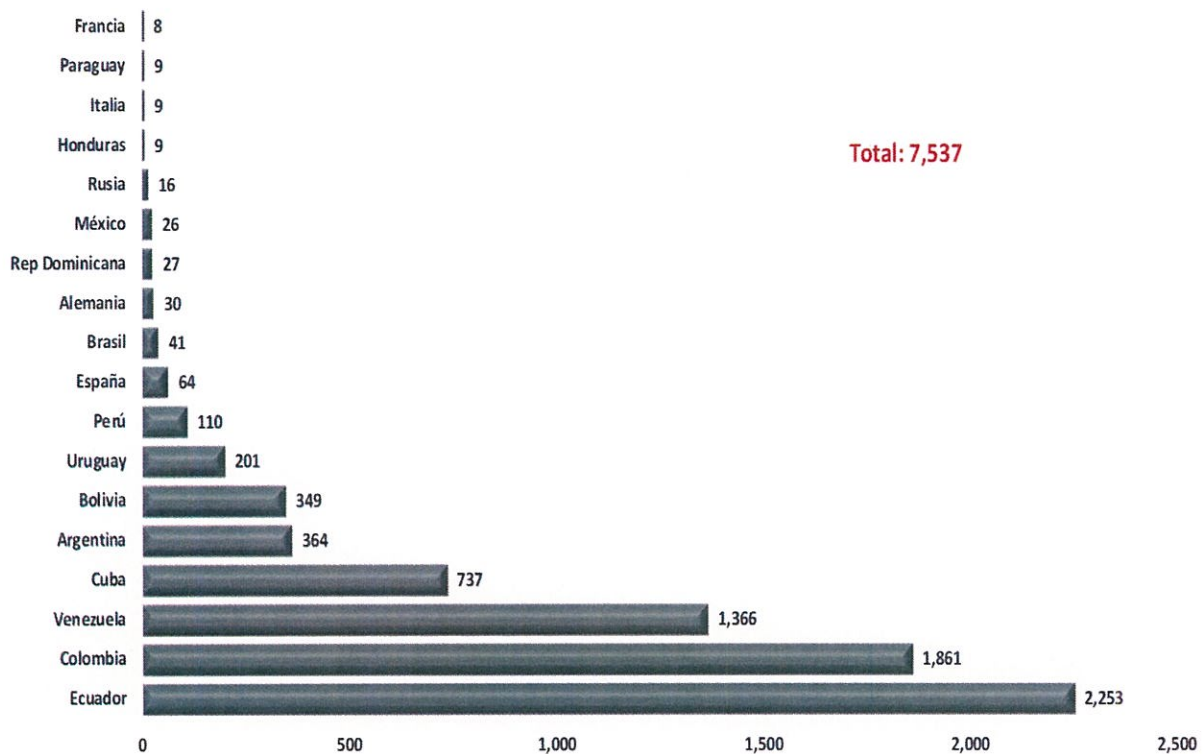


Fuente: Procesamiento propio del Registro Nacional de Prestadores Individuales de la Superintendencia de Salud, al 31 de diciembre de 2015, 2016 y 2017

Los médicos chilenos titulados en una universidad extranjera se formaron principalmente en Cuba y Ecuador (más de 50% sumando ambos países). Cuba, Ecuador, Bolivia, Argentina, Uruguay y Venezuela representan los países de mayor procedencia de este grupo con 82 % de los casos.

Gráfico 11

Número de médicos de *nacionalidad extranjera* titulados en el extranjero por principales países de formación al 31/12/2017



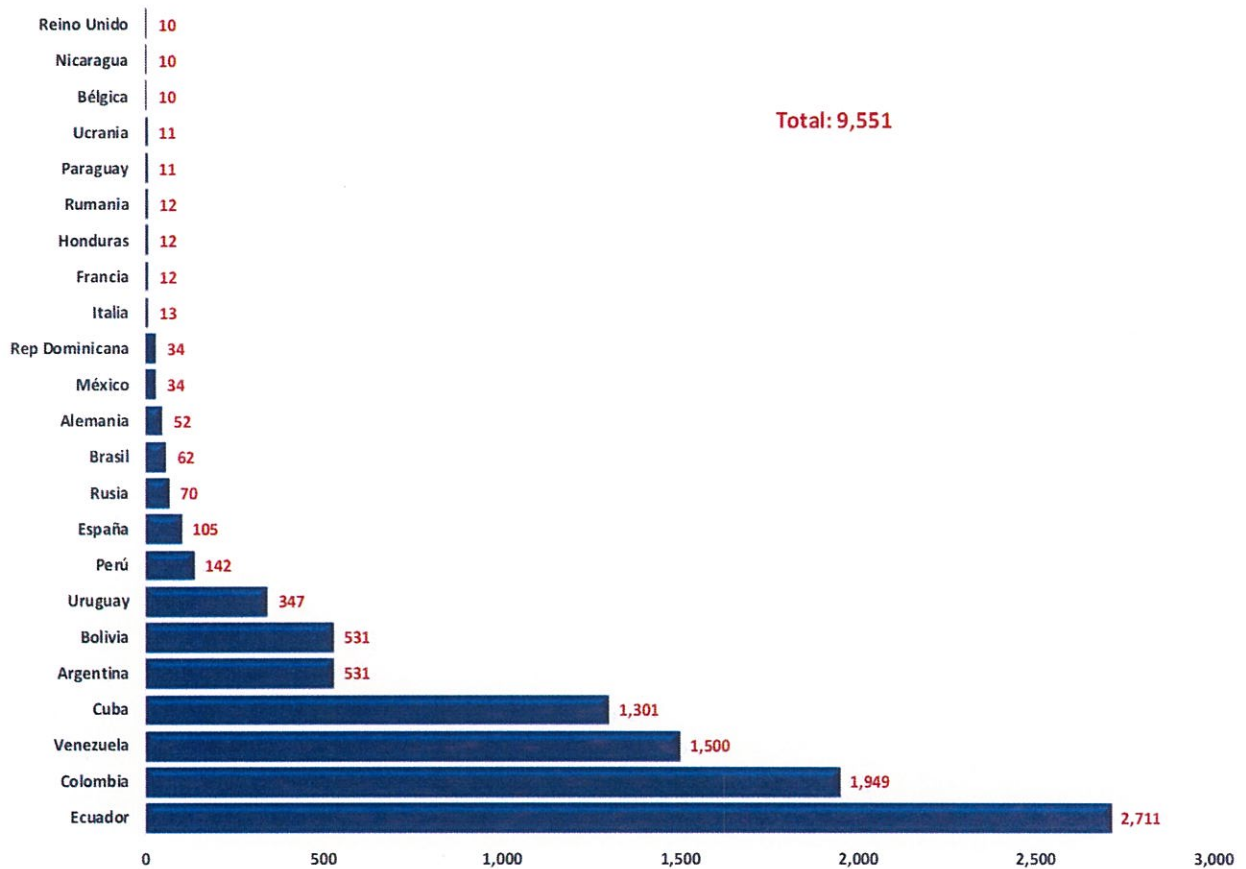
Fuente: Procesamiento propio del Registro Nacional de Prestadores Individuales de la Superintendencia de Salud, al 31 de diciembre de 2015, 2016 y 2017

Respecto de los médicos de nacionalidad extranjera titulados en una Universidad externa, Ecuador y Colombia siguen siendo los países de mayor procedencia de la formación con 4.114 médicos. Sin perjuicio, de lo anterior, Venezuela pasó a ser en 2017 el 3° país de mayor número de egresados, mientras que en años anteriores tenía menos presencia. A fines de 2017, Ecuador, Colombia, Venezuela y Cuba agrupan 82% de los médicos extranjeros titulados en Universidades externas.



Gráfico 12

Número total de médicos de nacionalidad chilena o extranjera titulados en el extranjero por principales países de formación al 31/12/2017



Fuente: Procesamiento propio del Registro Nacional de Prestadores Individuales de la Superintendencia de Salud, al 31 de diciembre de 2015, 2016 y 2017

El análisis de la evolución **de los flujos anuales de inscripción** de médicos titulados en el extranjero en el Registro de la SIS entre 2014 y 2017, permite confirmar el cambio de rango de los países de origen de la formación de pregrado en esta profesión en Chile, tal como se puede apreciar en el gráfico 13.

Es preciso comentar 2 aspectos respecto de los datos de flujos anuales presentados:

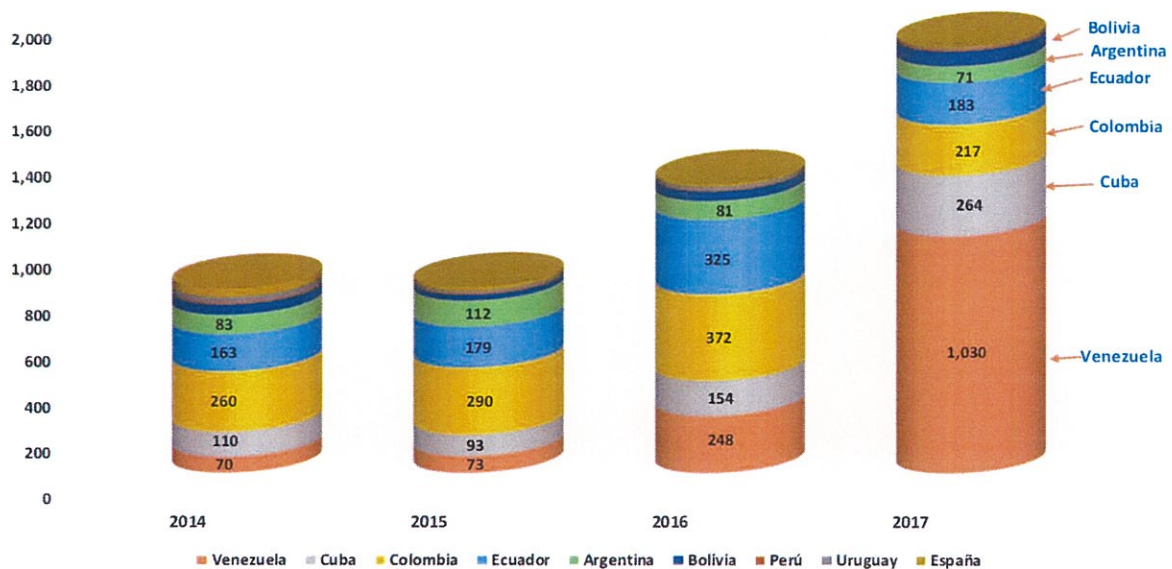


- a) están incluidos todos los médicos titulados en el extranjero, tanto chilenos (21% del total acumulado al 31/12/2017) como de otras nacionalidades.
- b) los flujos anuales se establecen mediante la fecha del antecedente de la habilitación para ejercer la medicina en Chile, consignada por la Superintendencia de Salud en el Registro de Prestadores individuales. Es el concepto acuñado por la OCDE en las definiciones de meta data que los países miembros deben aplicar al entregar la información de salud que solicita anualmente el organismo. Por lo anterior, el año al que se atribuye el flujo está afectado por la duración y el éxito de los trámites necesarios para obtener la habilitación: inscripción en el Ministerio de Relaciones Exteriores o de Educación, revalidación de título, aprobación del EUNACOM u autorización transitoria de una SEREMI.

El flujo anual de inscripciones de médicos titulados en Venezuela creció en forma importante, especialmente en 2017, pasando de **70 en 2014 a 248 en 2016 y 1,030 en 2017**. El segundo país por la importancia del crecimiento del flujo anual es Cuba (de 110 médicos en 2014 a 264 en 2017).

Gráfico 13

Evolución del flujo anual de inscripciones, en el registro de la SIS, de médicos extranjeros formados en universidades externas, por nacionalidad. 2014-2017



Fuente: Procesamiento propio del Registro Nacional de Prestadores Individuales de la Superintendencia de Salud, al 31 de diciembre de 2017



Este cambio en la importancia respectiva de los países de origen del título de medicina se acompaña también de un cambio en el tipo de competencias, en la medida en que, mientras los médicos titulados en Ecuador y Colombia son principalmente médicos generales, varios de aquellos formados en Venezuela poseen un título de especialista obtenido en su país de origen.

En cuanto al flujo anual específico de inscripción en el Registro de la SIS de los 2,214 médicos titulados en una Universidad externa (de un total de 9.551 médicos que tienen esta característica en Chile), se puede apreciar en la tabla 7 y el gráfico 14.

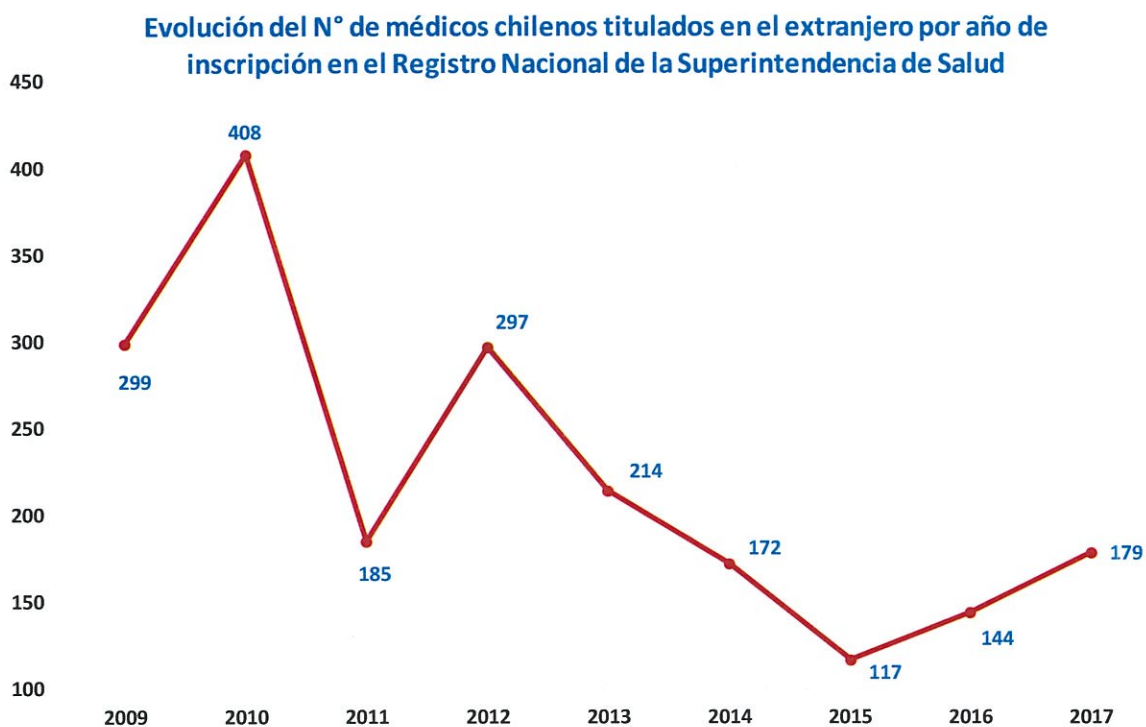
Tabla 7 – Flujo anual de inscripción en el Registro Nacional de la SIS de los médicos chilenos titulados en el extranjero. 2009-2017.

Año	N° Médicos chilenos titulados en el extranjero
2009	299
2010	408
2011	185
2012	297
2013	214
2014	172
2015	117
2016	144
2017	179
TOTAL	2,014

Fuente: Procesamiento propio del Registro Nacional de Prestadores Individuales de la Superintendencia de Salud, al 31 de diciembre de 2017



Gráfico 14



Fuente: Procesamiento propio del Registro Nacional de Prestadores Individuales de la Superintendencia de Salud, al 31 de diciembre de 2017

Mediante el Registro nacional de prestadores individuales de la Superintendencia de Salud, se puede conocer la categoría de antecedente de habilitación que ha permitido a los médicos titulados en el extranjero obtener su inscripción. Se observa que un 10,7% (1,029 de 9,551) de esos profesionales tiene una habilitación para ejercer otorgada por una autorización de la SEREMI, encontrándose los casos más frecuentes en las SEREMI de Los Lagos con 197 médicos, Bio Bio con 183 y Valparaíso con 137 (tabla 8).



Tabla 8 – Número de Médicos titulados en Universidades externas, inscritos en el Registro de la SIS con una autorización de la SEREMI. 31/12/2017

SEREMI	N° de médicos inscritos en Registro SIS con autorización SEREMI	%
SEREMI de Los Lagos	197	19,1%
SEREMI del Bío Bío	183	17,8%
SEREMI de Valparaíso	137	13,3%
SEREMI Región Metropolitana	85	8,3%
SEREMI de Coquimbo	69	6,7%
SEREMI de la Araucanía	65	6,3%
SEREMI de OHiggins	54	5,2%
SEREMI de Atacama	51	5,0%
SEREMI de Los Ríos	51	5,0%
SEREMI del Maule	50	4,9%
SEREMI de Salud de la Región de Arica y Parinacota	41	4,0%
SEREMI de Magallanes	23	2,2%
SEREMI de Tarapacá	14	1,4%
SEREMI de Antofagasta	9	0,9%
TOTAL SEREMI'S	1.029	100,0%

Fuente: Procesamiento propio del Registro Nacional de Prestadores Individuales de la Superintendencia de Salud, al 31 de diciembre de 2017

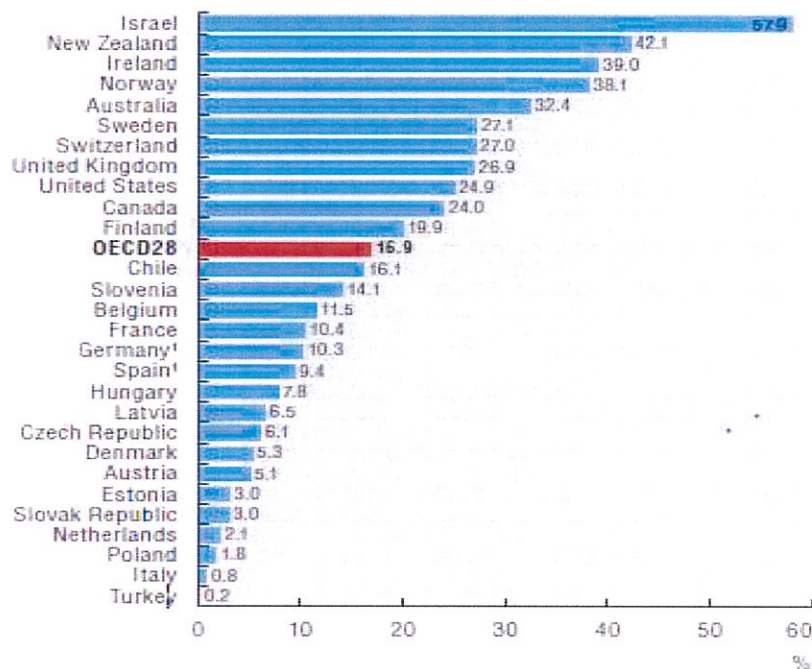
¿Cómo se sitúa Chile con respecto a las migraciones de médicos en comparación a otros países?

En su publicación “Health at a Glance – 2017”, la OCDE reporta una comparación internacional de la proporción de médicos titulados en el extranjero, en 28 países de los 34 integrantes (gráfico 15). Con 16% en 2015, Chile se encontraba cercano al promedio de la organización internacional (16,9%). Sin perjuicio de lo anterior, el porcentaje en Chile alcanza en 2017 un 21% (incluyendo a los médicos tanto de nacionalidad chilena como extranjera).



Gráfico 15

8.19. Share of foreign-trained doctors, 2015 (or nearest year)



1. In Germany and some regions in Spain, the data are based on nationality (or place of birth in the case of Spain), not on the place of training.

Source: OECD Health Statistics 2017.

StatLink  <http://dx.doi.org/10.1787/888933604875>

En diez países, los sistemas de salud incluyen a más de un 23% de médicos titulados en el extranjero: entre éstos, se encuentran Australia, Noruega, Suecia, Reino- Unido, Estados Unidos y Canadá. La preocupación generada en la OMS respecto de la “fuga de cerebros” de regiones del mundo desprovistas de un número suficiente de RHS, ha impulsado a algunos países tales como, por ejemplo, Australia, a incorporar en sus ejercicios de planificación de RHS de largo plazo, escenarios de disminución de la dependencia de médicos formados en el extranjero acompañados del estudio de las medidas, costos y plazos necesarios para aumentar la autosuficiencia formativa nacional en relación a la demanda de atención proyectada²⁹.

²⁹ Ver, por ejemplo: Health Workforce Australia 2025. Australia’s Future Health Workforce – Doctors, Nurses and Midwives. 2014.



Enfermeras

Las enfermeras tituladas en universidades externas e inscritas en el Registro Nacional de Prestadores de la SIS, representan, al 31 de diciembre de 2017, un grupo de 1.048 profesionales, de las cuales 199 (19%) son de nacionalidad chilena. En total alcanzan el 2% del total de enfermeras inscritas en el Registro de la SIS (tabla 9).

En su mayoría, 980 (93,5%) se formaron en 10 países, entre los cuales Colombia, Perú y Ecuador son los países de mayor procedencia del título (71%). Estos resultados se pueden observar en la tabla 7.

Los flujos de inmigración de enfermeras hacia Chile han sido de baja amplitud en comparación a los de los médicos.

Tabla 9

Número de Enfermeras tituladas en el extranjero inscritas en el Registro Nacional de la SIS, por país de formación, al 31/12/2017

País de titulación	N° enfermeras todas nacionalidades	%
Colombia	420	40.1%
Perú	165	15.7%
Ecuador	158	15.1%
Venezuela	49	4.7%
Brasil	48	4.6%
España	42	4.0%
Cuba	38	3.6%
Uruguay	38	3.6%
Argentina	22	2.1%
Bolivia	14	1.3%
<i>Otros países (22)</i>	<i>54</i>	<i>5.2%</i>
Total	1,048	100.0%

Fuente: Procesamiento propio del Registro Nacional de Prestadores Individuales de la Superintendencia de Salud, al 31 de diciembre de 2017

2-2. – Los Recursos Humanos en la Red Asistencial Pública

2.2.1. – Aspectos generales

La dotación efectiva de los Servicios de Salud del país alcanza 117,572 funcionarios a fines de 2017, mostrando un crecimiento de +21% desde el año 2010.

El crecimiento porcentual del número de funcionarios contratados en los centros de salud de Atención Primaria de Salud Municipal (APS) por el estatuto de la ley 19.378, ha sido más importante con un +34,8% entre 2012 y 2017: **63,440 personas a fines de 2017, versus 47,071 en 2012.**

Poniendo el énfasis en los *profesionales de salud*³⁰, se puede observar en la tabla 10³¹, que, al 31 de diciembre de 2017, el conjunto de establecimientos dependientes de los Servicios de Salud cuenta con 43,712 funcionarios contratados por las leyes 18.834, 19.664 y 15.076 que aportan un total de 1,754,624 horas semanales. Esta dotación de horas ha experimentado un crecimiento de +9,0 % desde diciembre de 2016, más importante en algunas profesiones que otras tales como bioquímicos, médicos y odontólogos, mientras el número total de profesionales creció en un 8,6%.

Tabla 10 – Distribución por categoría del número de profesionales de las leyes 15.076, 19.664 y 18.834 de los Servicios de Salud y variación de las horas semanales 2016-2017

Categoría	Número de Profesionales	Número de horas semanales	Variación 2016-2017 de las horas semanales
Bioquímicos	153	6,304	19.4%
Médicos	16,225	574,239	12.0%
Odontólogos	2,356	86,113	10.4%
Profesionales ley 18.834	24,337	1,059,639	7.2%
Químicos Farmacéuticos	858	36,525	8.0%
TOTAL	43,923	1,764,837	9.0%

Fuente: Procesamiento propio a partir del SIRH, cortes de diciembre 2016 y 2017, y del Registro Nacional de Prestadores Individuales de la Superintendencia de Salud. Diciembre 2016 y 2017.

³⁰ Bioquímicos, Cirujanos Dentistas, Enfermeras, Fonoaudiólogos, Kinesiólogos, Matronas, Médicos Cirujanos, Nutricionistas, Psicólogos, Químicos Farmacéuticos, Tecnólogos Médicos y Terapeutas Ocupacionales.

³¹ La información presentada proviene de la dotación efectiva de los servicios de salud; excluye a los profesionales contratados a honorarios y liberados de guardia.

2.2.2. – Médicos generales y especialistas

Los médicos generales y especialistas contratados por las leyes 15.076 y 19.664 en los Servicios de Salud y por la ley 19.378 en APS municipal conforman un grupo de 20.251 funcionarios y representan 45,1% del total de Médicos inscritos en el Registro Nacional de Prestadores Individuales de la Superintendencia de Salud. Entre los 20.251 médicos de la Red Asistencial Pública, 8.811 son Médicos Generales y 11.440 son especialistas.

Además del total de profesionales indicado en el párrafo anterior, 3.108 médicos³² se encuentran actualmente en formación de especialistas con financiamiento del Estado (como becarios o en comisión de estudios) en distintas etapas de su proceso educativo, en el marco del Plan gubernamental 2014-2018 de ingreso, formación y retención de médicos generales y especialistas en la red asistencial pública. Este grupo de profesionales, que se caracteriza por estar vinculado al sector público, inició su formación de en 2016, 2017 y 2018. Sumando esta categoría, los médicos vinculados al sector público (contratados o en formación de especialistas) representan un 51% del total de médicos inscritos en el Registro de la SIS.

La dotación efectiva de médicos de los Servicios de Salud del país consta de 5.308 profesionales sin especialidad certificada (Médicos generales) que totalizan 213.253 horas semanales, y 10.818 especialistas con un total de 357.327 horas, tal como se puede apreciar en la tabla 11.

En promedio, los médicos generales efectúan 40 horas semanales y los especialistas 33 horas. La jornada promedio de los especialistas experimentó un leve aumento en comparación al año 2016, debido al ingreso de un creciente número de médicos en periodo asistencial obligatorio a los Servicios de Salud (plan de formación de especialistas). Considerando sólo a los médicos contratados por la ley 19.664, el promedio de horas semanales contratadas por profesional es de 33,4.

³² Fuente: PLAN DE INGRESO, FORMACIÓN Y RETENCIÓN DE MÉDICOS, ODONTÓLOGOS Y ESPECIALISTAS LOGROS Y DESAFÍOS. Departamento de Formación. División de Gestión y Desarrollo de las Personas Subsecretaría de Redes Asistenciales. Ministerio de Salud. Informe de traspaso de Gobierno. Febrero 2018. <http://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2018/03/Plan-de-formaci%C3%B3n-y-retenci%C3%B3n-de-especialistas.pdf>



Tabla 11

Número de Médicos contratados y horas semanales leyes 15.076 y 19.664, en los Servicios de Salud al 31/12/2017

Categoría de Médicos	N° de Médicos	N° de Hrs semanales	N° promedio Hrs semanales por médico
Médicos generales (sin especialidad certificada)	5.308	213.253	40,2
Médicos especialistas (con al menos 1 especialidad certificada)	10.818	357.327	33,0
TOTAL	16.126	570.580	35,4

Fuente: Procesamiento propio a partir del SIRH (dotación efectiva) y del Registro Nacional de Prestadores Individuales de la Superintendencia de Salud. Diciembre 2017.

La distribución según las 29 especialidades más representadas se visualiza en el gráfico 16 (la distribución detallada por especialidad certificada se encuentra en el Anexo 4). Respecto de la especialidad de Medicina familiar, que cuenta con 227 médicos en los establecimientos dependientes de los servicios de salud, se sumaron aquellos médicos de familia contratados en APS municipal: 479 profesionales. En el conjunto de la red asistencial pública alcanzan 706 profesionales y 27.252 horas semanales: 18,668 en APS municipal y 8,584 en Servicios de Salud.

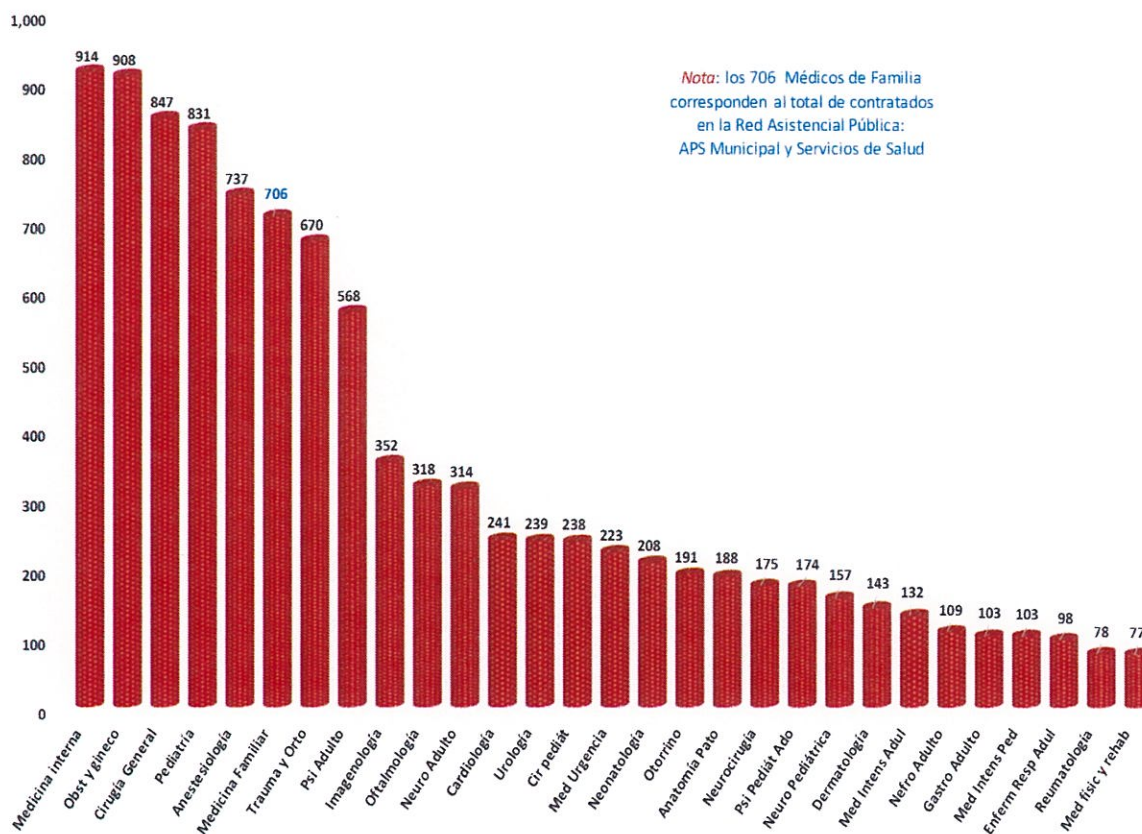
Medicina Interna, Obstetricia y Ginecología, Cirugía General, Pediatría, Anestesiología, Medicina Familiar, Traumatología y Ortopedia, Psiquiatría Adulto, Imagenología, Cardiología, Oftalmología y Neurología Adultos son las especialidades más numerosas en los hospitales públicos y representan en conjunto un 66% del total de Médicos especialistas y 63% de las horas semanales de atención especializada disponibles.

Las especialidades con menor presencia corresponden principalmente a subespecialidades de Cirugía, Medicina Interna y Pediatría, además de especialidades primarias tales como Medicina Nuclear, Inmunología, Genética clínica y Medicina legal (gráfico 17).



Gráfico 16

Distribución los Médicos especialistas certificados contratados en los Servicios de Salud, Leyes 19.664 y 15.076 al 31/12/2017. 29 Especialidades con mayor presencia.

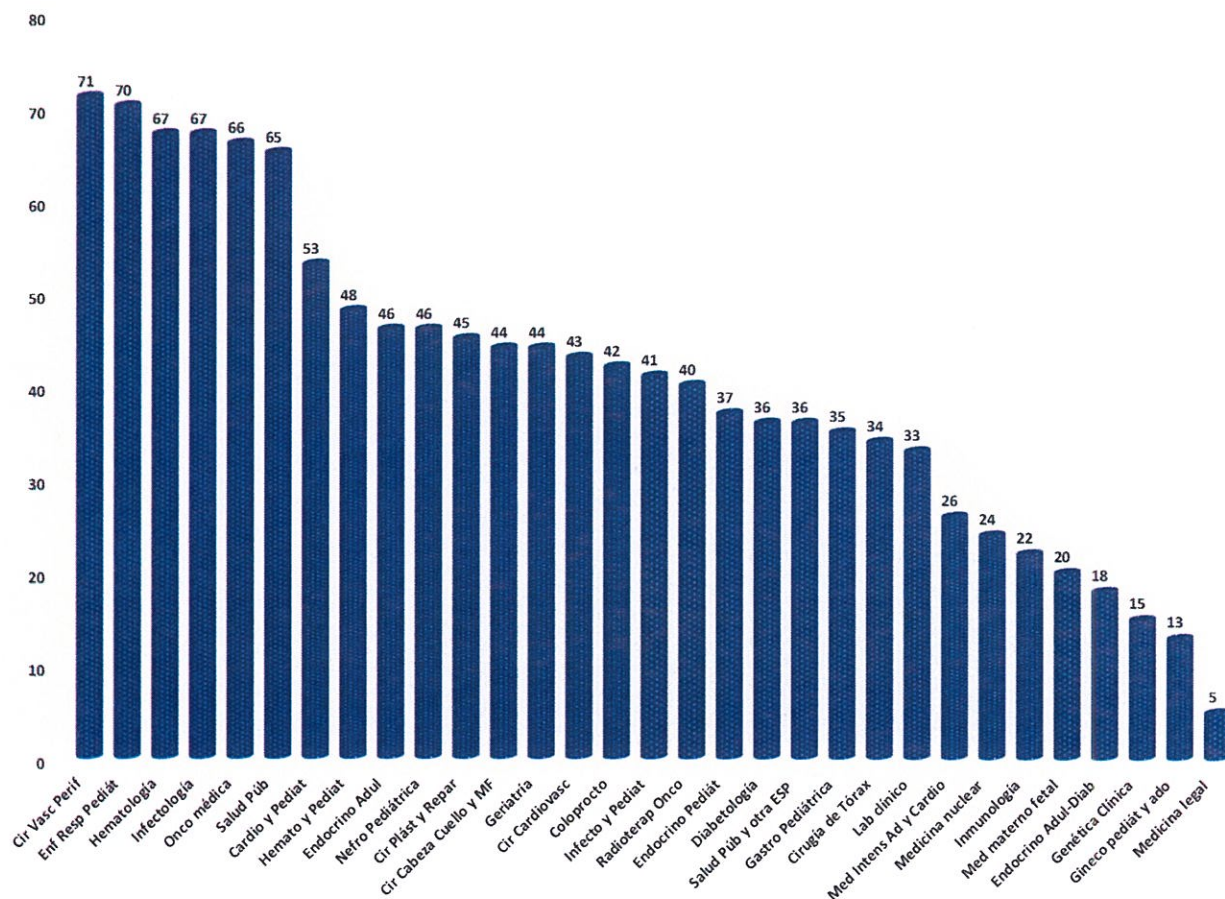


Fuentes: Dotación Efectiva SIRH, Base Desempeño difícil APS municipal. DIVAP. Registro Nacional Prestadores Individuales. SIS. Diciembre 2017. **Medicina familiar incluye a los profesionales de APS y de Servicios de Salud. El gráfico está expresado en número de profesionales**



Gráfico 17

Distribución de los Médicos especialistas certificados contratados en los Servicios de Salud, Leyes 19.664 y 15.076 al 31/12/2017. 31 especialidades o grupos con menor presencia.



Fuentes: Dotación Efectiva SIRH, Base Desempeño difícil APS municipal. DIVAP. Registro Nacional Prestadores Individuales. SIS. Diciembre 2017. **Medicina familiar incluye a los profesionales de APS y de Servicios de Salud. El gráfico está expresado en número de profesionales.**



En las tablas 12, 13 y 14, se puede conocer la situación de subespecialización de los médicos contratados en Servicios de Salud, certificados en 3 de las especialidades primarias principales en Chile: medicina interna, cirugía general y pediatría.

Es así que de los 1.813 médicos que poseen una certificación en Medicina interna, el 50% (914) no tiene subespecialidad, mientras el otro 50% si la tiene. En los gráficos 15 y 16, y anexo 4, estos últimos han sido identificados como subespecialista: en enfermedades respiratorias, cardiología, gastroenterología etc.

Tabla 12 – Médicos internistas de los Servicios de Salud con o sin subespecialidad certificada

Categoría	Número	%
Médicos Internistas certificados sin otra especialidad	914	50,4%
Médicos Internistas con sub especialidad certificada	899	49,6%
TOTAL	1.813	100,0%

Fuentes: Procesamiento propio de la Dotación Efectiva SIRH Minsal y Registro Nacional Prestadores Individuales, SIS.
Diciembre 2017

En Cirugía general, la subespecialización es menor: de los 1.095 cirujanos generales contratados en Servicios de Salud, 22% posee una subespecialidad certificada.

Tabla 13 – Cirujanos generales de los Servicios de Salud con o sin subespecialidad certificada

Categoría	Número	%
Cirujanos generales certificados sin otra especialidad	847	77,4%
Cirujanos generales con sub especialidad certificada	247	22,6%
TOTAL	1.095	100,0%

Fuentes: Procesamiento propio de la Dotación Efectiva SIRH Minsal y Registro Nacional Prestadores Individuales, SIS.
Diciembre 2017



Finalmente, Pediatría presenta una situación distinta a especialidades antes comentadas, en la medida en que 54% de estos especialistas contratados en Servicios de Salud no certifica una subespecialidad, sin embargo 85 de ellos (5,5%) certifican otra especialidad primaria tal como neurología pediátrica, entre otras.

Tabla 14 – Pediatras de los Servicios de Salud con o sin subespecialidad certificada

Categoría	Número	%
Pediatras certificados sin otra especialidad	831	53,8%
Pediatras certificados con subespecialidad	630	40,8%
Pediatría con otra especialidad	85	5,5%
TOTAL	1.546	100,0%

Fuentes: Procesamiento propio de la Dotación Efectiva SIRH Minsal y Registro Nacional Prestadores Individuales, SIS. Diciembre 2017

Los Internistas, con o sin subespecialidad, constituyen el grupo de médicos especialistas más numeroso en los hospitales públicos.

Cabe señalar que, entre los especialistas que certifican más de una especialidad, destacan los cardiólogos, los hematólogos, los médicos intensivistas y los infectólogos (ver gráficos en el anexo 4):

- del total de 291 cardiólogos que se desempeñan en los Servicios de Salud, 52 certifican además la especialidad de pediatría,
- de los 115 médicos certificados en hematología, 48 son pediatras,
- entre los 158 Médicos intensivistas adulto de los Servicios de Salud, 26 certifican adicionalmente la especialidad de cardiología, y 24 la de enfermedades respiratorias.
- finalmente, 41 infectólogos de un total de 68 del sector público son pediatras.

¿Cuál es la distribución de los médicos especialistas entre desempeño en el sector público y desempeño exclusivo en el sector privado?

Los gráficos 18 y 19 permiten apreciar que 61,3 % de los Médicos internistas y 56,4 de los Cirujanos generales se encuentran contratados en el sistema público. Estos especialistas realizan, en promedio, 38 horas semanales los primeros, y 35,5 horas los segundos (pediatras: 36 horas semanales; traumatólogos: 33 horas semanales).

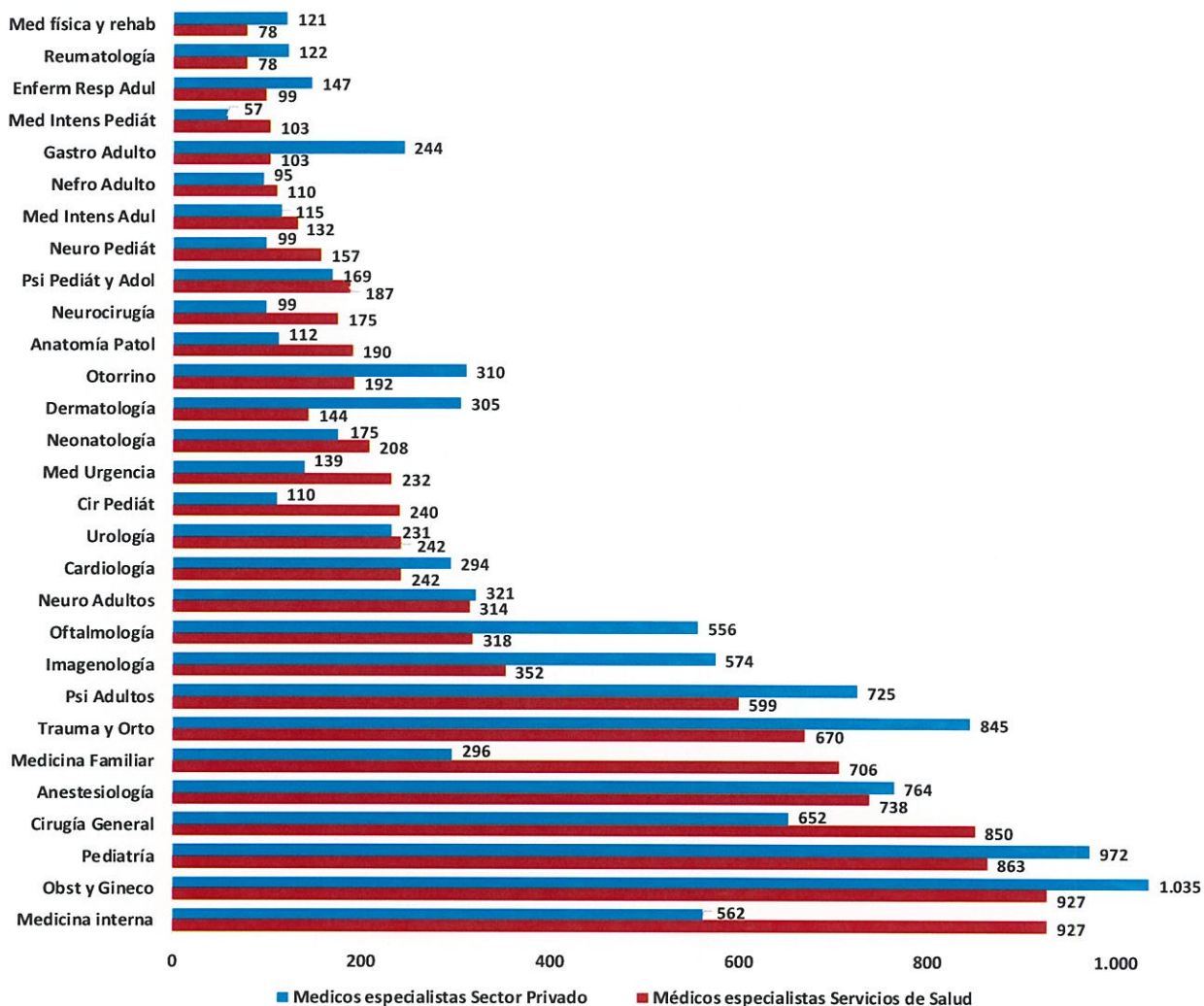
Más de 50% de los especialistas en Medicina familiar (70%), Cirugía pediátrica, Neurología pediátrica, Medicina de urgencia, Medicina intensiva, Psiquiatría Pediátrica, Neurocirugía, Cirugía cardiovascular, neonatólogos y anatómicos patólogos, hematólogos, infectólogos entre otros, están contratados en la Red asistencial pública al 31/12/2017.

Los anestesiólogos y neurólogos adultos casi se equiparán entre ambos sectores mientras más de un 50% de los imagenólogos, traumatólogos, psiquiatras adultos, oftalmólogos, otorrinolaringólogos, dermatólogos, endocrinólogos, diabetólogos, inmunólogos y cirujanos plásticos, médicos físicos y de rehabilitación, geriatras y especialistas de enfermedades respiratorias, entre otros, se desempeña exclusivamente en el sector privado.

Cabe señalar que el sistema público de salud atiende a más de 75% de la población, por lo cual se puede observar que la distribución de los especialistas entre ambos sub sistemas de salud público y privado sigue siendo inequitativa, más aún considerando que una gran parte de los médicos del sector público ejerce su profesión en forma mixta.



Gráfico 18 – Distribución de los médicos especialistas entre sector público y sector privado al 31/12/2017 – Especialidades con mayor presencia

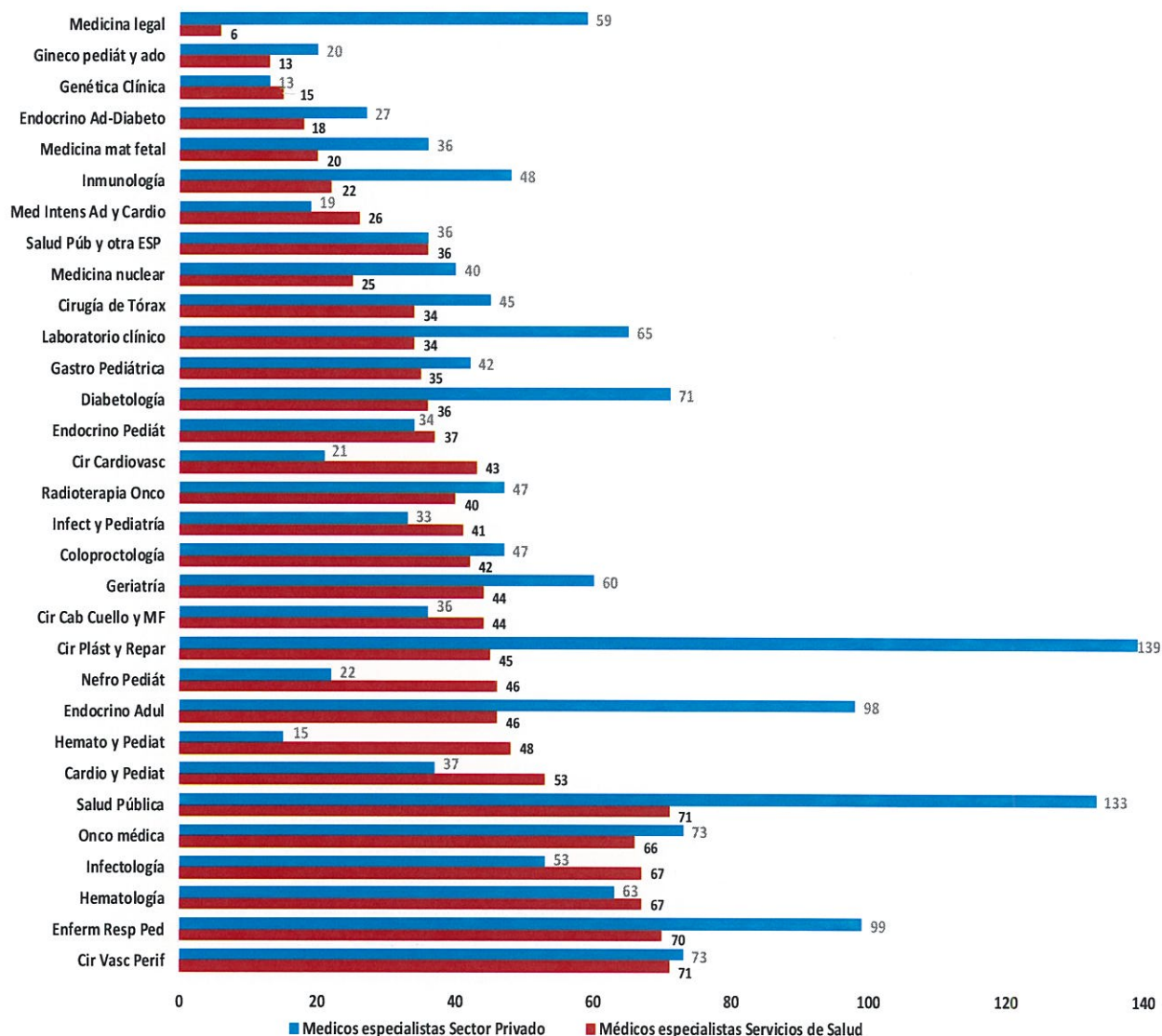


Notas: El desempeño “exclusivamente privado” considera a los médicos que no tienen vinculo laboral mediante contratos de las leyes 19.664, 15.076 o estatuto APS (para los médicos de familia) con el sistema público. El gráfico está expresado en número de profesionales.

Fuentes: Procesamiento propio de la Dotación Efectiva SIRH Minsal, Base de desempeño difícil de APS, DIVAP Minsal para los Médicos de familia, y Registro Nacional Prestadores Individuales, SIS. Diciembre 2017



Gráfico 19 – Distribución de los médicos especialistas entre sector público y sector privado al 31/12/2017 – Especialidades con menor presencia



Notas: El desempeño “exclusivamente privado” considera a los médicos que no tienen vínculo laboral mediante contratos de las leyes 19.664, 15.076 o estatuto APS (para los médicos de familia) con el sistema público. El gráfico está expresado en número de profesionales.

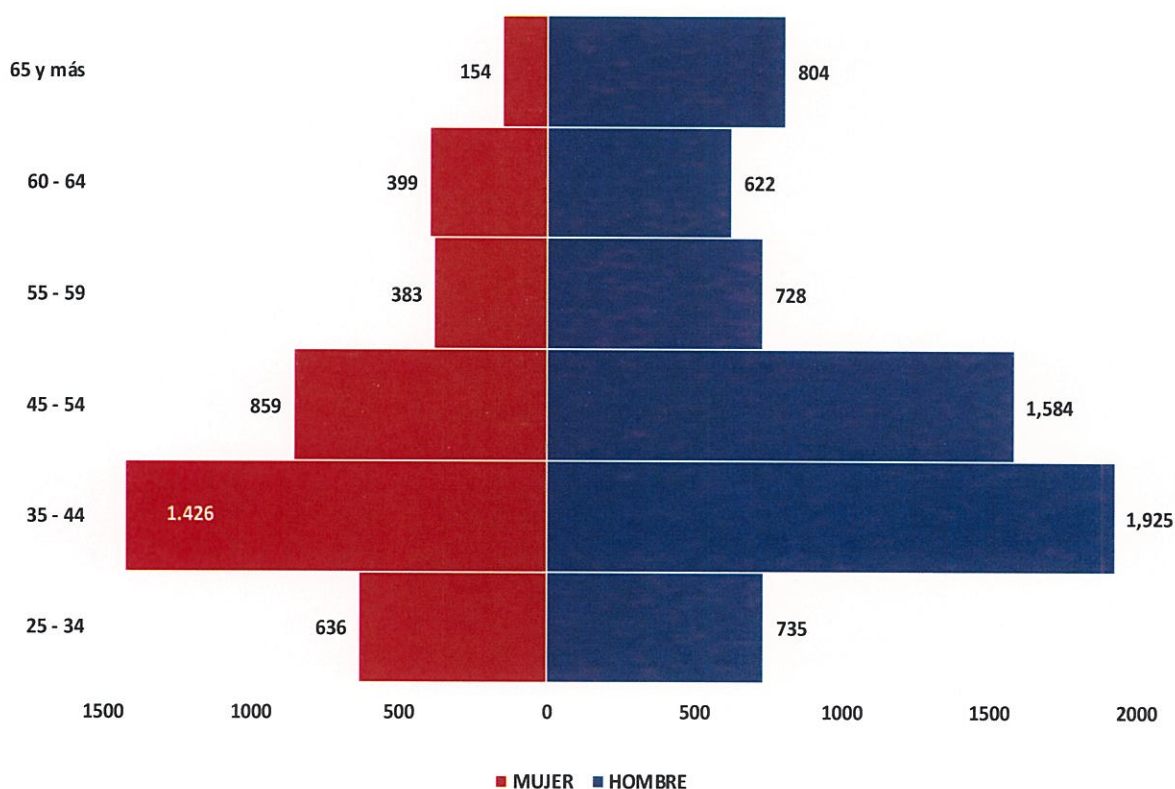
Fuentes: Procesamiento propio de la Dotación Efectiva SIRH Minsal y Registro Nacional Prestadores Individuales, SIS. Diciembre 2017

¿Cuáles son las características demográficas de los médicos contratados en los Servicios de Salud?

En forma similar a lo observado en el Universo Nacional de Médicos, se constata una feminización de la profesión. En el grupo de Médicos generales, las mujeres representan un 45%. Las mujeres conforman sólo un 38% del total de Médicos especialistas, sin embargo, aquellas menores de 44 años representan un porcentaje más importante de este tramo de edad, con 44% del total.

Respecto de la distribución por tramo de edad, tal como se puede apreciar en el gráfico 1,959 médicos especialistas (9,3%) tiene 65 años y más, mientras que un 46% es menor de 45 años.

Gráfico 20 – Pirámide de edad de los médicos especialistas contratados en los Servicios de Salud al 31/12/2017



Fuentes: Procesamiento propio de la Dotación Efectiva SIRH Minsal y Registro Nacional Prestadores Individuales, SIS. Diciembre 2017



El perfil demográfico varía en función de la especialidad: por ejemplo, las mujeres predominan en Pediatría con 67% del total, y los hombres en Cirugía general representando 82% del total.

La feminización de la profesión es un factor relevante a considerar para la planificación de las necesidades futuras de médicos, en la medida en que, en su mayoría, eligen especialidades distintas a las que escogen los hombres, y se muestran más propensas a intentar compatibilizar la vida laboral con la vida familiar.

También es relevante para la proyección de necesidades futuras médicos, incorporar la distribución por edad, considerando que las especialidades presentan diferencias importantes entre sí, algunas con un perfil más envejecido que otras, requiriéndose establecer un factor de reemplazo por retiro voluntario diferenciado.

La tabla 15 muestra la situación de algunas especialidades: neonatología, obstetricia y ginecología, diabetología y endocrinología, urología, cirugía general y cardiología son las que agrupan la proporción más importante de médicos de 65 años y más (de 19,6% en neonatología a 13,5% en cardiología). Al otro extremo del espectro, se encuentran Anestesiología, las 2 especialidades de psiquiatría, medicina interna y oftalmología: de 5,3 a 2,6 % de profesionales de 65 años y más.

Tabla 15 – Porcentaje de Médicos especialistas de 65 años y más en las principales especialidades, al 31/12/2017. Servicios de Salud

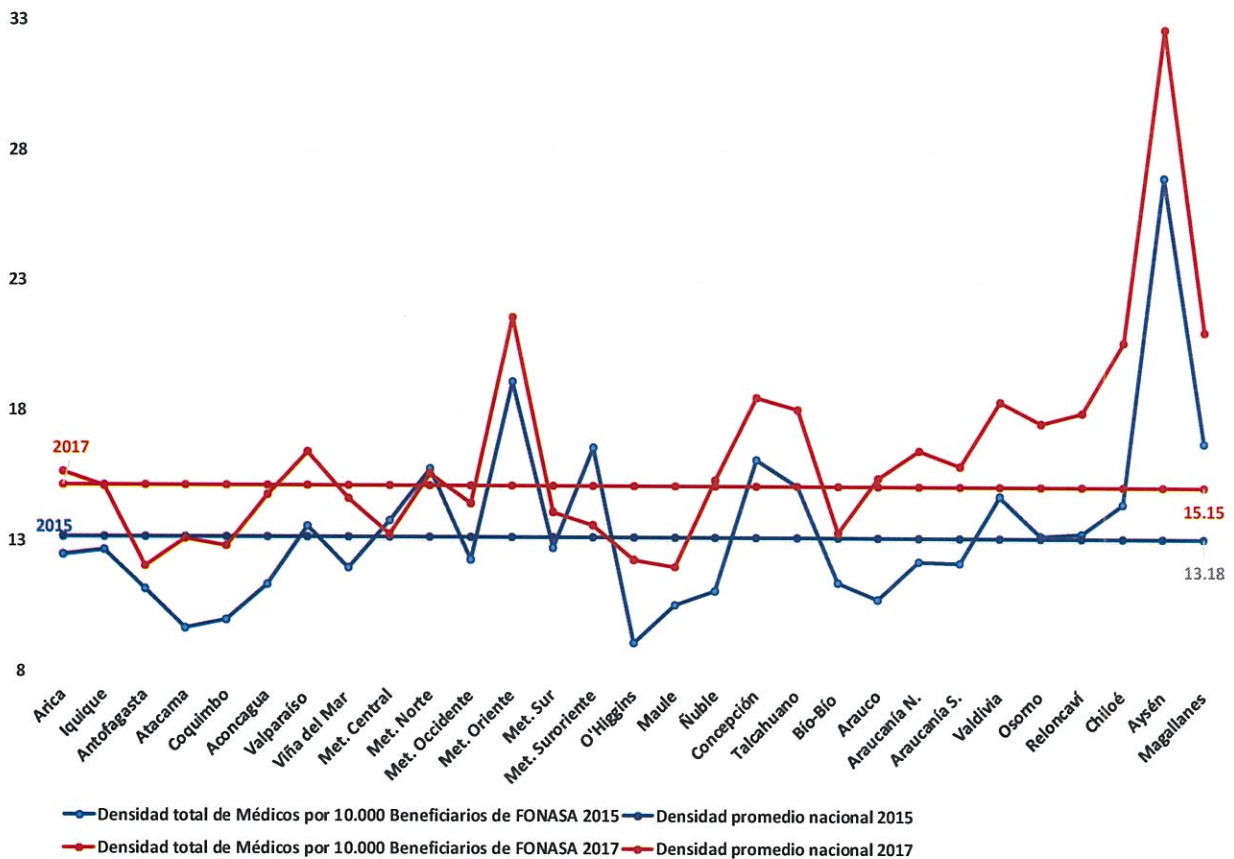
Especialidad	% de 65 años y más
Neonatología	19.6
Obstetricia y ginecología	16.9
Diabetología y endocrinología	15.8
Urología	14.2
Cirugía general	13.6
Cardiología	13.5
Cirugía pediátrica	11.8
Neurocirugía	10.7
Otorrino	9.5
Pediatría	8.0
Traumatología ortopedia	7.1
Medicina intensiva adulto	6.9
Imagenología	6.4
Neurología adulto	6.4
Anestesiología	6.3
Psiquiatría Adulto	5.3
Medicina interna	3.9
Oftalmología	2.9
Psiquiatría pediátrica y de la Adolescencia	2.6

Fuentes: Procesamiento propio de la Dotación Efectiva SIRH Minsal y Registro Nacional Prestadores Individuales, SIS.
Diciembre 2017

2.2.3. – Distribución, densidad y acceso a médicos por Servicio de Salud

La densidad de médicos (generales + especialistas) en los Servicios de Salud del país, pasó, en promedio nacional, de 13,2 profesionales por 10.000 Beneficiarios de FONASA en 2015 a 15,1 en 2017. Se señaló, en un capítulo anterior, que la densidad nacional (público + privado) de médicos por 10,000 habitantes alcanzó 24,5 en 2017.

Gráfico 21– Densidad de médicos generales y especialistas por 10,000 Beneficiarios de FONASA, por Servicio de Salud. 2015 y 2017



Fuentes: Procesamiento propio de la Dotación Efectiva SIRH del Minsal, del Registro Nacional Prestadores Individuales de la SIS y de FONASA. Diciembre 2015 y 2017



Aunque persisten inequidades de distribución territorial de los médicos, se puede observar una evolución positiva en varios Servicios de Salud en el período en análisis (gráfico 21):

- Arica e Iquique alcanzan o superan la densidad promedio nacional en 2017.
- En Atacama y Coquimbo, se observa un progreso notable pese a que no se alcanza el promedio nacional 2017.
- La densidad de médicos en O'Higgins creció en forma significativa de 9,1 a 12,3, y en Maule en forma más reducida pasó de 11 a 12.
- Finalmente, Arauco, Araucanía Norte y Sur, Osorno, Reloncaví e Chiloé muestran una densidad de médicos en progreso notable entre 2015 y 2017.

2.2.4. – Densidades y acceso a profesionales nucleares – Médicos, Enfermeras y Matronas.

Considerando el universo nacional, independiente del sector de desempeño (público, privado o mixto), la densidad de profesionales nucleares (Médicos + Enfermeras + Matronas)³³ expresada en relación a la población total de Chile publicada por el INE³⁴, crece en forma sostenida, pasando de 49,5 por 10.000 habitantes en 2015 a 58,5 en 2017– en base a una población proyectada de 18.006.407 y 18.373.917 habitantes respectivamente. Sin consideración a las inequidades de distribución del personal sanitario antes señaladas, esta observación permitiría concluir que Chile supera la meta de un mínimo de **44,5 profesionales nucleares por 10.000 habitantes³⁵** que los organismos internacionales (OPS, OIT, OCDE) estiman necesaria de lograr para alcanzar el acceso y la cobertura universal de salud de la Agenda 2030 de la OMS-OPS.

³³ Definición de la OMS y la OPS.

³⁴ Instituto Nacional de Estadísticas. Proyección de población 2002-2020, Chile. Publicada en septiembre de 2014. www.ine.cl.

³⁵ Health workforce requirements for universal health coverage and the sustainable development goals. Human resources for health observer series no 17. OMS. 2016. 2) Global Strategy for Human Resources for Health 2030. OMS. 2015.

Sin perjuicio de lo anterior, en la red asistencial pública, este indicador alcanza sólo **32,5 por 10.000 Beneficiarios de FONASA³⁶ a fines de 2017, pese al progreso notable observado desde 2013, año en el cual la densidad de profesionales nucleares era sólo de 24,8 por 10.000 Beneficiarios³⁷.**

En la tabla 16, se presenta la evolución entre 2013 y 2017 del número de profesionales clave de la red asistencial pública, y las densidades asociadas, por Servicio de Salud. Se puede observar que este grupo de profesionales calificados creció en un 28,8% en el periodo en análisis, y la densidad por 10.000 Beneficiarios de FONASA en un 31,1%.

El gráfico 21 ilustra la evolución de las densidades por Servicio de Salud, comparada con los promedios nacionales respectivos de los años 2013 y 2017, y con la meta OMS de 44,5 por 10.000 beneficiarios.

Pese a la persistencia de diferencias territoriales importantes en la equidad de acceso a profesionales de salud clave, se observan progresos, en particular en Arica, O'Higgins, Maule, Ñuble, Araucanía Norte y Sur, Reloncaví, Chiloé, Valdivia y Metropolitano Sur Oriente.

³⁶ El indicador se calcula incorporando a los médicos, matronas y enfermeras contratados en los establecimientos dependientes de los Servicios de Salud y de la Atención Primaria Municipal. Excluye a los profesionales que se desempeñan en la red asistencial pública exclusivamente en la modalidad de honorarios y a los liberados de guardia.

³⁷ Fuentes: Monitoreo de la Estrategia Nacional de Salud 2011-2020 e Informes de evaluación de las metas regionales de RHS de la OPS (<https://www.observatoriorh.org/?q=node/368>)

