

El Programa de Médicos Generales de Zona de Chile, una estrategia multidimensional para atraer y fidelizar a médicos en las zonas rurales

Sebastián Peña^a, Jorge Ramírez^b, Carlos Becerra^b, Jorge Carabantes^c y Óscar Arteaga^b

a. Instituto Nacional de Salud y Bienestar, División de Bienestar y Políticas Sanitarias. Helsinki, Finlandia.

b. Universidad de Chile, Escuela de Salud Pública. Avenida Independencia 939, Santiago, Chile.

c. Ministerio de Salud, Unidad de Estudios de Recursos Humanos. Santiago, Chile.

Correspondencia a Óscar Arteaga (correo electrónico: oarteaga@med.uchile.cl).

(Enviado el: 1 de octubre de 2009

Versión revisada recibida el: 19 de diciembre de 2009

Aceptado el: 28 de enero de 2010).

Bulletin of the World Health Organization 2010;88:371-378. doi: 10.2471/BLT.09.072769

INTRODUCCIÓN

La distribución equitativa de los recursos humanos es esencial para mejorar los resultados en el área de la salud. Los países de bajos y medianos ingresos son los que resultan más afectados por la carga doble de la migración de profesionales sanitarios a países de altos ingresos y la migración interna a zonas urbanas de mayores recursos.^{1,2}

Las iniciativas destinadas a enfrentar la migración externa a los países más ricos deben ir de la mano con intervenciones para eliminar las inequidades geográficas internas.³⁻⁵ Dada la compleja interacción entre diversos factores, las intervenciones basadas en un solo determinante podrían ser insuficientes para afrontar este problema.^{6,7}

Sin embargo, revisiones sistemáticas ha develado que las intervenciones bien diseñadas son escasas en los países de bajos y medianos ingresos.⁸⁻¹⁰ En una revisión de alta calidad, no se encontraron intervenciones metodológicamente sólidas basadas en incentivos financieros y no financieros, y dos revisiones sistemáticas recientes de incentivos financieros encontró tan sólo un estudio, de Sudáfrica.^{8,10,11}

Los estudios de observación conducidos en países en desarrollo se han centrado en intervenciones fragmentadas (educativas, financieras o regulatorias).⁵ Con la excepción de Tailandia, los

datos sobre estrategias multidimensionales de intervención orientadas a atraer a profesionales sanitarios a las zonas rurales son escasos.^{5,12}

Este artículo analiza una estrategia a largo plazo dirigida a atraer y retener a los médicos en las zonas rurales de Chile: el Programa de Médicos Generales de Zona. Los objetivos del estudio son describir este programa de médicos rurales, describir el conjunto de incentivos en todas sus dimensiones y realizar una evaluación preliminar de sus resultados.

EVALUACIÓN DEL PROGRAMA, ANTECEDENTES Y CARACTERÍSTICAS

Se emplearon datos retrospectivos obtenidos de dos fuentes habituales de información. El sistema de incentivos y la organización del programa están dados por un decreto promulgado por primera vez en 1963, que dio lugar a la actual Ley N° 19.664 después de la reforma del año 2000. En este estudio se utilizaron las directrices más recientes, del año 2008.

Los resultados del programa se evaluaron a partir de datos nacionales publicados por el Ministerio de Salud. La base de datos del programa se creó después de la reforma del año 2000. Por lo tanto, este estudio sólo considera los datos disponibles de graduados que han postulado a cargos en zonas rurales desde el año 2001 al 2008. Los datos incluyen: listado de postulantes, puntaje final (en una escala de 100 puntos como máximo), puntaje en cada uno de cuatro parámetros (notas, trabajos de investigación, actividades y voluntariado en zonas rurales), y el distrito escogido por los postulantes (si procede). Solamente se cuenta con datos sobre postulantes a residencias del año 2008, los que incluyen: listado de postulantes, puntaje final (en una escala de 70 puntos como máximo) y de las áreas que lo conforman (10 áreas), y programa de especialización escogido por los postulantes. Los puntajes pueden cambiar durante el proceso de postulación; nosotros solamente utilizamos puntajes definitivos.

La evaluación de los resultados del programa es principalmente descriptiva. Los principales resultados evaluados en el estudio son la captación, la retención y los incentivos para que los participantes del programa elijan un establecimiento específico o participen en actividades fuera del ámbito clínico. Dado que en el comportamiento de un médico influyen muchos factores, no intentamos identificar elementos predictores de sus decisiones individuales ni establecer asociaciones entre ellos.

ANTECEDENTES

Chile es un país de ingresos medio-altos en la zona más austral de Sudamérica. Con una población de 16,7 millones de personas y un producto interno bruto de 14 528 dólares internacionales *per capita*,¹³ el país ha experimentado un crecimiento socioeconómico sostenido en las últimas décadas.

El índice de desarrollo humano ha aumentado de manera constante, con una reducción de la pobreza relativa (de 38,7 % en 1990 a 13,7 % en 2006) y un incremento de los niveles de educación.^{14,15} Los resultados en salud también han mejorado: de 1960 al 2006, la esperanza de vida aumentó en 20 años y la mortalidad infantil se redujo de 119,5 a 8,7 muertes por cada 1000 nacidos vivos.¹⁶

El Programa de Médicos Generales de Zona fue lanzado en 1955, tan solo tres años después de la creación del Servicio Nacional de Salud de Chile, en 1952.¹⁷ La distribución desigual de los médicos a lo largo del país, como también la falta o escasez de médicos en muchos hospi-

tales rurales, ya eran evidentes durante las décadas de 1930 y 1940.¹⁸ Hacia 1955, el 65,2 % de los médicos vivía en la provincia capital, Santiago, a pesar de que ésta concentraba tan solo el 32,7 % de la población nacional.¹⁹

OBJETIVOS, FINANCIAMIENTO Y ADMINISTRACIÓN

El objetivo principal del programa es captar médicos para que trabajen en hospitales de atención primaria y centros de salud rurales durante tres años como mínimo (y seis como máximo). El incentivo principal es una residencia pagada en un hospital universitario, más salarios y beneficios atractivos proporcionales al grado de aislamiento y la responsabilidad clínica.²⁰

El diseño del programa se ha mantenido estable a través de los años, pero el contexto de las oportunidades de especialización ha cambiado. Durante las décadas de 1950 a 1970, era la única vía para que los médicos accedieran a programas de especialización y se incorporaran al Servicio Nacional de Salud. Esto fue un gran incentivo y, para el año 1972, el 58,8 % de los médicos graduados participaba en este programa.¹⁹

Las reformas a la educación médica y al sistema de salud de las décadas de 1980 y 1990 introdujo el pago de aranceles de matrícula, lo que creó una vía de acceso directo a los programas de residencia, mediante el autofinanciamiento. Sumado a lo anterior, el número creciente de escuelas de medicina privadas y el fomento de la atención sanitaria privada han generado competencia en ciertas especializaciones médicas que aseguran un mejor futuro económico.^{21,22} Las residencias se realizan en hospitales universitarios. Los médicos pueden postular directamente a las universidades públicas y privadas, o bien por medio del Programa de Médicos Generales de Zona. Aquí describimos el proceso nacional centralizado del programa, que es separado de los procesos de cada universidad.

Uno de los hitos de la puesta en práctica del Programa de Médicos Generales de Zona fue la promulgación de la Ley N° 15.076 en 1963 (reformada en el año 2000 en la Ley N° 19.664). Esta ley le concedió al programa autonomía respecto del respaldo político y garantizó su sostenibilidad en el tiempo.²³ También creó un mecanismo seguro de financiamiento: los fondos provienen íntegramente de recursos públicos, tras la negociación del número total de cupos para el Programa de Médicos Generales de Zona en el presupuesto nacional.

El administrador de este programa es una unidad especializada del Ministerio de Salud. La unidad coordina el proceso de postulaciones, establece el número de cupos y negocia el número de residencias con las universidades. La supervisión y la gestión día a día son responsabilidad de los servicios de salud regionales a un nivel local descentralizado.²⁴

Selección de participantes

El proceso de postulación es competitivo y clasifica a los graduados en un *ranking* basado en un puntaje cuantitativo. Del total de 100 puntos (el puntaje más alto posible), las notas son lo más importante (94,5 puntos), seguidas de los trabajos de investigación y las actividades (2 puntos cada uno) y voluntariado en zonas rurales (1,5 puntos).²⁵

El Ministerio de Salud publica un listado de cupos disponibles, calificados de A a E (A representa la mayor dificultad de desempeño, basada en el grado de aislamiento, las condiciones geográficas y climáticas, los servicios básicos disponibles, la calidad y cantidad de infraestruc-

tura disponible y la población cubierta).²⁶ Los postulantes seleccionan su destinación en una audiencia pública, en un proceso a viva voz.²⁵

Después de tres años (y seis como máximo), los médicos pueden postular a un programa de especialización. En esta ocasión, el proceso de postulación asigna la clasificación en el *ranking* basándose en la duración de la estancia y la dificultad del trabajo, como también en la participación en proyectos comunitarios o de labor asistencial sanitaria, las responsabilidades administrativas, la formación y capacitación, y las investigaciones realizadas (Cuadro 1). Los postulantes, según su posición en el *ranking*, pueden seleccionar los programas de residencia de entre los cupos negociados anualmente por el Ministerio de Salud.²⁷

Cuadro 1.
Ítems considerados en la postulación a un programa de especialización
en el Programa de Médicos Generales de Zona de Chile²⁷

| Incentivos asociados a las características del establecimiento y duración de la estancia | |
|---|-------------|
| Duración de la estancia | (10 puntos) |
| Dificultad del desempeño (de A a E) | (9 puntos) |
| Trabajo en posta rural | (8 puntos) |
| Médico único en el distrito de salud | (3 puntos) |
| Incentivos asociados al desarrollo del trabajo del médico | |
| Desarrollo de proyectos comunitarios o de labor asistencial sanitaria | (12 puntos) |
| Funciones directivas | (8 puntos) |
| Trabajos de investigación | (6 puntos) |
| Cursos de perfeccionamiento profesional | (5 puntos) |
| Actividades docentes en el área de la salud | (5 puntos) |
| Calificación funcionaria | (4 puntos) |
| Total | (70 puntos) |

Tipos de incentivos

Basándonos en el marco teórico de Dolea, hemos clasificado el conjunto de incentivos del Programa de Médicos Generales de Zona en cuatro dominios²⁸: (i) compensación monetaria (incentivos financieros directos e indirectos); (ii) intervenciones educativas y regulatorias; (iii) administración, entorno y apoyo social; e (iv) incentivos externos.

Compensación monetaria

El programa incluye tanto incentivos financieros directos como indirectos. Los incentivos directos comprenden una remuneración permanente y asignaciones transitorias (Tabla 1). La remuneración permanente está conformada por un sueldo base más una asignación por antigüedad que se le suma cada tres años (34 % del sueldo base después de tres años, y 44 % después de seis años). Las asignaciones transitorias dependen de las condiciones geográficas, la jornada laboral (turnos y horas extra) y las responsabilidades del cargo.^{20,30} En concreto, las asignaciones transitorias pueden llegar a quintuplicar el sueldo base.

Tabla 1.
Dominios e incentivos del Programa de Médicos Generales de Zona de Chile²⁰

| Dominio | Nombre | Descripción |
|--|---|--|
| Educativo | Voluntariado en zonas rurales | <ul style="list-style-type: none"> • Voluntariado de cuatro semanas con médicos del Programa de Médicos Generales de Zona, incluido en el proceso de postulación. |
| | Directos | <p>Remuneración permanente basada en:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sueldo base • Antigüedad (incrementos: sueldo base + 34 % después de 3 años, y + 44 % después de 6 años) <p>Asignación transitoria:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Responsabilidad: para médicos que cumplen funciones directivas (director y subdirector). Varía de 40 a 70 %²⁹ • Compensación por jornada completa: incentivo de 23 % para médicos que trabajan en jornada completa • Condiciones especiales: conformado por asignación de área geográfica (10 a 180 %, dependiendo del nivel de aislamiento) más turnos y horas extra³⁰ |
| Financiero | Indirectos | <ul style="list-style-type: none"> • Bonificación por desempeño: pago único basado en el desempeño individual o colectivo^{31,32} • Área geográfica (% extra sobre el sueldo base, dependiendo del lugar donde se haga la residencia. Aplica a todos los funcionarios del sector público.)³³ • Residencia (% extra sobre el sueldo base para compensar la pérdida de asignaciones por responsabilidad y área geográfica durante el período de residencia) |
| | Incentivos para participar en la gestión del establecimiento y labores comunitarias | <ul style="list-style-type: none"> • Programa de especialización pagado³⁴ • Asignación para mudanza y regreso: incluye remuneración doble el primer y el último mes, como también costos del flete (efectos personales y activos) • Vivienda (de propiedad de los servicios de salud o los municipios) |
| Funciones administrativas y apoyo ambiental y social | Perfeccionamiento profesional continuo | Se incluyen ocho tipos de actividades en las bases de postulación a los programas de especialización (Cuadro 1) |
| | Días libres | Un mes/año para residencias clínicas en un hospital de referencia y 3 días/año para formación médica continua. Hasta 160 horas de capacitaciones pagadas para los postulantes seleccionados ³⁵ |
| | Incentivos que facilitan la inscripción | 12 días/año para asuntos personales (el doble de lo que reciben otros funcionarios del sector público) y una semana adicional de vacaciones en la I, II, XI, XII, XV región y en la provincia de Palena (X región) |
| Incentivos externos | Incentivos que facilitan la inscripción | <ul style="list-style-type: none"> • Internado durante los estudios de Medicina (4 a 8 semanas) • Implementación de aranceles de matrícula para los programas de residencia, número creciente de escuelas de Medicina privadas y de médicos graduados y un sector floreciente de atención sanitaria privada con fines de lucro |
| | Incentivos que facilitan la retención | <ul style="list-style-type: none"> • Rápida expansión de los servicios básicos de salud y educación (décadas de 1960 y 1970), mejoras en la conectividad rural (década de 1980). Conectividad por medio de Internet y teléfonos móviles (desde 1990 en adelante) • Agrupación de Médicos Generales de Zona, la organización gremial de los participantes en el programa. Se trata de una asociación sólida y representativa, que participa activamente en las negociaciones con las autoridades. |

Durante el 2008, el sueldo base fue equivalente a \$1.275 dólares estadounidenses (cálculo basado en el promedio anual publicado por el Banco Central de Chile).³⁶

Sumado a lo anterior, los médicos que trabajan en centros asistenciales municipales tienen derecho a negociar otras asignaciones con las autoridades locales, destinadas a actividades de acercamiento a la comunidad, turnos o trabajo en horas extra.³⁷ Asimismo, los médicos suelen aumentar sus ingresos trabajando en el sector privado después de su horario laboral normal. Durante el período de residencia, los médicos continúan recibiendo las asignaciones permanentes, pero dejan de recibir algunas de las transitorias, lo que implica una reducción de 10 a 15 % de la remuneración total.

El incentivo financiero indirecto más importante es el programa de especialización. Durante los tres años de residencia, el Programa de Médicos Generales de Zona paga un sueldo y cubre los aranceles de matrícula, que de lo contrario tendrían que pagarse con fondos privados (alrededor de \$5.000 dólares estadounidenses al año). También se entrega una asignación para la mudanza a la zona y el regreso al término del período (que incluye doble sueldo en el primer y el último mes, los pasajes y el flete). Algunos servicios de salud o municipios cuentan con viviendas propias, las que se ponen a disposición de los médicos sin costo o por un arriendo bajo; sin embargo, no se dispone de una estimación exacta del monto de este subsidio.

Intervenciones educativas y regulatorias

Durante la formación médica, los estudiantes también pueden participar durante un máximo de cuatro semanas en un programa de voluntariado en zonas rurales, ayudando a los médicos rurales (en su mayoría, participantes del Programa de Médicos Generales de Zona) en las actividades normales de atención primaria rural (p. ej., atención sanitaria a pacientes hospitalizados y ambulatorios, turnos en la sala de urgencias y actividades de acercamiento a servicios de salud rurales). Del año 2005 al 2009, un promedio de 93 % de los postulantes al programa habían completado el número máximo de horas de voluntariado en servicios rurales.³⁸

Apoyo administrativo, ambiental y social

El proceso competitivo de postulación a los programas de residencia incluye dos tipos de incentivos: (i) incentivos relacionados con las características del establecimiento de trabajo y la duración de la estadía; e (ii) incentivos relacionados con el trabajo del médico y su desarrollo. Los primeros tienen por objeto incentivar a los médicos a elegir las zonas geográficas más aisladas y permanecer en ellas por el período máximo, de seis años; los segundos están orientados a motivar a los médicos a que participen en trabajos comunitarios, asumiendo responsabilidades administrativas y tomando parte en investigaciones y actividades de formación médica continua. En el Cuadro 1 se aprecia que la mayor parte del puntaje se asigna a la evaluación del desempeño individual del médico.

Durante su residencia en las zonas rurales, los médicos pueden asistir a un mes de capacitaciones al año, en el hospital regional correspondiente. Ésta es una excelente oportunidad para fortalecer las capacidades de los médicos rurales, como también de ayudarlos a generar redes con especialistas de los hospitales regionales. Además de lo anterior, los médicos rurales tienen derecho a utilizar seis días al año para actividades de formación médica continua y disponen de un día libre al mes para asuntos personales (el doble que otros funcionarios del sector público). Los médicos que trabajan en regiones alejadas tienen cinco días adicionales de vacaciones.

Incentivos externos

Los incentivos externos no son parte del programa, pero pueden ayudar a facilitar la captación de interesados o fomentar la retención de los médicos participantes.

Los incentivos para la captación incluyen los cambios ya señalados al mercado de especializaciones (pago de aranceles para las residencias, mayor número de graduados y crecimiento del sector privado) y la incorporación reciente de internados rurales a los programas de las escuelas de Medicina. De hecho, el 54 % de las escuelas de Medicina acreditadas han agregado internados rurales de 4 a 8 semanas a sus programas de formación médica.

Los incentivos para la retención son el resultado de las mejoras a las condiciones de trabajo en las áreas rurales, entre ellas la expansión de los servicios básicos de salud y educación (en las décadas de 1950 y 1960), las mejoras a la conectividad de las zonas rurales (décadas de 1970 y 1980), la provisión de mejores equipos y remuneraciones a los servicios de salud rurales (décadas de 1990 y 2000), y el acceso a Internet y telefonía móvil (década de 2000).

Al mismo tiempo, los participantes se agrupan en una organización gremial sólida. Este gremio es un participante clave en las negociaciones por mejoras de las condiciones laborales con las autoridades, y ha construido una poderosa red social de asistencia a sus pares, que ayuda a los nuevos participantes a comprender el complejo marco legal del programa. Además, este organismo fomenta la investigación sobre salud rural y organiza reuniones científicas anuales.³⁹

Resultados del programa

Según Bärnighausen & Bloom, es posible evaluar los resultados de un programa en función de los resultados de sus participantes, entre participantes y quienes no participan (efectos), y la eficacia a nivel de población (impactos).¹⁰ Los datos disponibles sólo nos permiten evaluar los resultados del programa; es decir, la captación, la retención, los incentivos asociados a las características del establecimiento de trabajo, y el nivel de desempeño y satisfacción.

Captación

La captación se refiere al nivel de éxito del programa en lo que respecta a postulaciones y el llenado de los cupos. En la Tabla 2 se aprecia que el programa parece estar captando un gran número de postulantes, dado que éstos superan el número de cupos disponibles en cuando menos 2,5 veces y se han incrementado en los últimos tres años. Desde el año 2002, se han registrado tasas de aceptación del 100 %.

Tabla 2.
Tasas de captación y aceptación de médicos en el Programa de Médicos Generales de Zona de Chile, 2001–2009

| Captación de médicos | Promedio 2001–2004 | DE | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 |
|---------------------------------------|--------------------|------|------|------|------|------|
| Número de cupos disponibles | 153,5 | 31,8 | 126 | 144 | 165 | 160 |
| Número de postulantes | 381 | 94,2 | 514 | 593 | 558 | 485 |
| Razón de postulantes/cupos | 2,5 | 0,4 | 4,1 | 4,1 | 3,4 | 3,0 |
| Cupos cubiertos (%) | 99,3 | 1,4 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| Aceptación del cargo (%) ^a | | | | | | |

| Captación de médicos | Promedio 2001–2004 | DE | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 |
|----------------------|--------------------|------|------|------|------|------|
| Primer cuartil | 19 | 1,6 | 19 | 27 | 44 | 50 |
| Segundo cuartil | 39,3 | 15,1 | 37 | 53 | 51 | 42 |
| Tercer cuartil | 52,3 | 14,6 | 43 | 54 | 43 | 41 |
| Cuarto cuartil | 42 | 7,5 | 27 | 9 | 27 | 27 |

DE = desviación estándar.

^a El cálculo de los cuartiles se basa en la clasificación en el *ranking* del último postulante que aceptó el cargo ofrecido.

Fuente: Ministerio de Salud, 2001–2009.³⁸

Sin embargo, un análisis más detenido sugiere que aunque los médicos graduados sí postulan, no necesariamente aceptan los cupos (Tabla 2). Esta tendencia a optar por rechazarlos es más marcada en los postulantes con mejor posición en el *ranking*. Del 2001 al 2004, sólo el 19 % de los postulantes mejor posicionados (primer cuartil) se inscribió en el programa, indicador que alcanzó un máximo de 52,3% en el tercer cuartil. En los dos años previos a este estudio, esta tendencia parece haber mejorado, dado que el programa captó al 44 % y al 50 % de los postulantes ubicados en el primer cuartil, respectivamente. El sistema de puntajes otorga gran importancia a los logros académicos (el 98,5 % del puntaje está conformado por las notas y trabajos de investigación), pero se desconoce si este perfil refleja las habilidades necesarias en un contexto rural.

Retención

La retención representa la proporción de participantes que se quedan en el programa por el período requerido. El abandono del programa es excepcional, y la mayoría de los casos se presenta al inicio del proceso de postulación. Los cargos vacantes suelen ocuparse en convocatorias posteriores a nivel nacional o descentralizado, por lo que muy pocos permanecen vacantes durante más de un año.²⁵ Sin embargo, el programa es menos exitoso cuando se trata de motivar a los médicos para que se queden por el período máximo de residencia, cifra que alcanza tan sólo un 58 %.⁴⁰

Incentivos asociados al establecimiento

Los resultados de los incentivos asociados a las características del establecimiento de trabajo (Tabla 3) muestran una gradiente de puntajes promedio de los médicos que postulan a trabajos en zonas rurales, y sugiere que los cupos en establecimientos con mayor grado de dificultad (y, en consecuencia, mayor oferta de beneficios) efectivamente están captando postulantes mejor posicionados en el *ranking*.

Tabla 3.
Puntaje promedio de médicos que postulan a trabajos en zonas rurales, por categoría de dificultad del establecimiento, en el Programa de Médicos Generales de Zona de Chile

| Categoría del establecimiento ^a | Puntaje promedio de solicitantes ^b | | | | | |
|--|---|------|------|------|------|------|
| | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 |
| A (mayor dificultad del desempeño) | 89,2 | 89,7 | 86,7 | 91,9 | 87,5 | 91,1 |
| B | 86,3 | 88,3 | 87,2 | 90,5 | 86,4 | 89,9 |
| C | 86,9 | 87,2 | 87,2 | 88,4 | 87,1 | 87,8 |

| Categoría del establecimiento ^a | Puntaje promedio de solicitantes ^b | | | | | |
|--|---|------|------|------|------|------|
| | 2004 | 2005 | 2006 | 2007 | 2008 | 2009 |
| D | 85,5 | 86,3 | 85,9 | 85,7 | 86,6 | 85,1 |
| E (menor dificultad del desempeño) | 85,2 | 86,2 | 84,8 | 84,2 | 85,3 | 82,9 |

^a Los establecimientos se califican de A a E según el nivel de dificultad del desempeño, basado en el grado de aislamiento, las condiciones geográficas y climáticas, los servicios básicos disponibles, la calidad y cantidad de infraestructura disponible y la población cubierta.

^b El cálculo del puntaje promedio de los postulantes a cargos en zonas rurales se basa en cuatro parámetros: notas (94,5 puntos), trabajos de investigación (2 puntos), actividades (2 puntos) y voluntariado en establecimientos rurales (1,5 puntos). Puntaje máximo = 100 puntos.

Fuente: Unidad de Destinación y Residencias, Ministerio de Salud.²⁵

En la Tabla 4 se aprecia la proporción de médicos que obtuvo el puntaje máximo en los incentivos asociados a su desempeño individual. El Programa de Médicos Generales de Zona ha motivado con éxito a los médicos para que participen en tareas fuera del ámbito clínico; en particular, promocionando la formación médica continua y las actividades vinculadas a la educación en temas de salud. Pese a que representan una parte importante del puntaje total (28 puntos, 40 %), las áreas menos exitosas fueron participación en actividades de acercamiento a la comunidad, desarrollo de proyectos comunitarios y de labor asistencial, y la aceptación de funciones administrativas.

Tabla 4.
Proporción de médicos que realizan actividades asociadas al desempeño individual en el Programa de Médicos Generales de Zona de Chile

| Tipo de actividad | 2008 (%) ^a |
|---|-----------------------|
| Formación médica continua | 97,5 |
| Educación y capacitación en materia de salud | 74,5 |
| Publicación de trabajos de investigación | 67,5 |
| Actividades de acercamiento a la comunidad | 61,8 |
| Desarrollo de proyectos comunitarios y de labor asistencial | 60,5 |
| Funciones administrativas | 59,2 |

^a Los cálculos se basan en los postulantes que han aceptado las residencias. El cálculo de las proporciones se basó en el puntaje máximo. Para las funciones administrativas y el trabajo en postas rurales, el puntaje máximo depende de la duración de la estancia. Ajustamos los cálculos al número de meses inscrito en el programa, a fin de controlar la duración de la estancia como factor de confusión.

Fuente: Unidad de Destinación y Residencias, Ministerio de Salud.⁴⁰

Satisfacción

Una encuesta representativa reciente a participantes del Programa de Médicos Generales de Zona ($n = 202$, 26 % del total) sugirió que existe un alto grado de satisfacción con el programa: más del 90 % consideró que su experiencia fue positiva y el 69,7 % tiene previsto ejercer como especialista en un hospital de referencia. Los encuestados señalaron las relaciones con su familia y pareja, las condiciones laborales, los ingresos y las relaciones sociales como los factores de mayor influencia en su experiencia como médicos rurales. El aislamiento y las condiciones climáticas fueron los factores de menor relevancia.⁴¹ Esto concuerda con lo observado en estudios previos que destacan la importancia de los incentivos no financieros como factores determinantes en la satisfacción de los participantes.⁴²

Desafíos actuales

Nuestros resultados tienen varias limitaciones. A pesar de las más de cinco décadas de experiencia, la falta de datos retrospectivos hace imposible analizar tendencias de largo plazo y comparar a los médicos que han participado en el Programa de Médicos Generales de Zona con quienes no lo han hecho.

Tenemos cada vez más evidencia de cuáles factores podrían predecir la retención de médicos en los establecimientos rurales, generalmente obtenida mediante encuestas diseñadas con fines específicos.⁴³⁻⁴⁶ El análisis de los predictores de resultados favorables para el programa hubiese potenciado la validez externa de nuestros resultados. Sin embargo, dado que el presente artículo representa el primer informe sobre el Programa de Médicos Generales de Zona de Chile a nivel internacional, decidimos utilizar sólo los datos disponibles en la actualidad.

Pese a estas limitaciones, el estudio alimenta el acervo de conocimientos relacionados con estrategias multidimensionales de retención y captación. El elemento clave del programa es un conjunto agrupado de incentivos financieros y no financieros, organizados de manera estratégica con el fin de alentar a los médicos a participar en actividades de relevancia para la salud pública y prolongar la duración de su estancia. Los resultados sugieren que el programa logra captar el interés de los médicos para que trabajen en zonas rurales, al mismo tiempo que logra altas tasas de retención y satisfacción general.

El programa también incentiva la formación médica continua, la investigación y la educación en materia de salud, lo que concuerda con los resultados de informes anteriores.⁴⁷ Los resultados obtenidos en cuanto a participación en actividades de acercamiento a la comunidad, desarrollo de proyectos comunitarios y de labor asistencial, y tareas administrativas han sido menos prometedores, lo que puede explicarse parcialmente por dos factores. En primer lugar, las oportunidades para los médicos rurales varían y la disponibilidad de cargos directivos y actividades de acercamiento a la comunidad son limitadas. En segundo lugar, no todas las especialidades generan la misma motivación en los participantes, y existe una competencia asimétrica por unas pocas especialidades (en teoría, aquellas asociadas a mayores ingresos o que no requieren de turnos). Esto permite que los médicos con una clasificación menor en el *ranking* (y, por lo tanto, menos actividades) se inscriban en cargos menos competitivos.⁴⁸

Sin embargo, cabe destacar que, al contrario de lo informado en otras experiencias que apuntan a retener médicos en establecimientos rurales de manera permanente, el Programa de Médicos Generales de Zona de Chile siempre se ha considerado un mecanismo para retener a los médicos por un plazo máximo de 6 años, después de los cuales son reemplazados por otro médico que permanecerá en el establecimiento por igual período.⁴⁹

El proceso de postulación también presenta ciertas debilidades relacionadas con la promoción de especialidades que podrían ser necesarias en zonas rurales, pero que no resultan atractivas para los médicos. Esto ocurre, por ejemplo, con las residencias de medicina familiar, que registran tasas muy bajas de aceptación (10,3 % del 2001 al 2007).⁴⁸ En los países desarrollados, es muy probable que los médicos familiares se dediquen a la clínica rural. En este contexto, el desinterés de los médicos chilenos por la medicina familiar podría convertirse en un obstáculo importante para retener a los médicos en zonas rurales de manera más permanente.⁵⁰

Se puede afirmar que, retrospectivamente, el Programa de Médicos Generales de Zona ha logrado acompañar los intereses de los médicos en fase de especialización con las necesida-

des de médicos rurales del país. Sin embargo, podría estar produciéndose un desfase entre la demanda de algunas especialidades y lo que el programa puede ofrecer. En este sentido, el desafío crucial es cómo conciliar las necesidades de las dos partes, lo que requerirá una estrategia mucho más refinada que las empleadas con anterioridad.

Esta conciliación debe comenzar con el fortalecimiento del acervo de evidencia utilizado para tomar las decisiones. En primer lugar, se debe fomentar la investigación para evaluar los resultados del programa. Esto incluye el comparar a sus participantes con otros médicos rurales, analizar el impacto a nivel poblacional y determinar la relación costo/efectividad del programa.

En segundo lugar, se debe promover la realización de estudios más profundos de los incentivos y las motivaciones, con el fin de facilitar la toma de decisiones basada en la evidencia. Estos podrían incluir encuestas para averiguar cuáles son los incentivos y las motivaciones de los participantes, experimentos con una cantidad de opciones limitada en médicos graduados y en ejercicio, y seguimiento longitudinal de cohortes recientes de graduados. Los esfuerzos que se hagan en el futuro para expandir este acervo de conocimientos permitirán que el programa entre en sincronía con las necesidades actuales de la población y cumpla los objetivos de las políticas sanitarias chilenas de mejor manera.

CONCLUSIÓN

El Programa de Médicos Generales de Zona de Chile representa una estrategia exitosa de captación y retención de médicos a las zonas rurales, mediante la combinación coherente de un conjunto de incentivos financieros, educativos y de administración. El presente estudio destaca la importancia de los incentivos no financieros para el comportamiento de un médico. Las intervenciones dirigidas a retener a los médicos y otros profesionales en las zonas rurales deben lograr un equilibrio entre la estabilidad de la organización y la flexibilidad, a fin de garantizar que los incentivos estén alineados con las políticas nacionales de salud y otros desafíos propios de la labor en el área de la salud. Se requiere de un esfuerzo importante para implementar reformas al programa basadas en la evidencia, con el fin de adaptar su diseño exitoso a las necesidades cambiantes de la población chilena.

FINANCIAMIENTO:

Ninguno.

CONFLICTOS DE INTERESES:

Sebastián Peña fue un participante del programa. Jorge Ramírez y Carlos Becerra participan en el programa de residencia en Salud Pública como parte del programa de Médicos Generales de Zona. Jorge Carabantes fue el responsable del programa de 1995 a 2006. Entre el 2006 y el 2008, fue el director de la División de Recursos Humanos del Ministerio de Salud.

REFERENCIAS

1. Chen L, Evans T, Anand S, Boufford JI, Brown H, Chowdhury M, et al., et al. Human resources for health: overcoming the crisis. *Lancet* 2004; 364: 1984-90 doi: 10.1016/S0140-6736(04)17482-5 pmid: 15567015.

2. The world health report 2006: working together for health. Geneva: World Health Organization; 2006.
3. Stilwell B, Diallo K, Zurn P, Vujicic M, Adams O, Dal Poz M. Migration of health-care workers from developing countries: strategic approaches to its management. *Bull World Health Organ* 2004; 82: 595-600 pmid: 15375449.
4. Mullan F. The metrics of the physician brain drain. *N Engl J Med* 2005; 353: 1810-8 doi: 10.1056/NEJMsa050004 pmid: 16251537.
5. Dussault G, Franceschini MC. Not enough there, too many here: understanding geographical imbalances in the distribution of the health workforce. *Hum Resour Health* 2006; 4: 12- doi: 10.1186/1478-4491-4-12 pmid: 16729892.
6. Dieleman M, Harnmeijer J. Improving health worker performance: in search of promising practices. Geneva: World Health Organization; 2006. Available from: http://www.who.int/hrh/resources/improving_hw_performance.pdf [accessed 23 March 2010].
7. Serneels PM, Lindelöw M. For public service or money: understanding geographical imbalances in the health workforce. Washington, DC: The World Bank; 2005. Available from: <http://econ.worldbank.org/resource.php?type=5> [accessed 23 March 2010].
8. Grobler L, Marais BJ, Mabunda SA, Marindi PN, Reuter H, Volmink J. Interventions for increasing the proportion of health professionals practising in rural and other underserved areas. *Cochrane Database Syst Rev* 2009CD005314- doi: 10.1002/14651858.CD005314.pub2 pmid: 19160251.
9. Chopra M, Munro S, Lavis JN, Vist G, Bennett S. Effects of policy options for human resources for health: an analysis of systematic reviews. *Lancet* 2008; 371: 668-74 doi: 10.1016/S0140-6736(08)60305-0 pmid: 18295024.
10. Bärnighausen T, Bloom DE. Financial incentives for return of service in underserved areas: a systematic review. *BMC Health Serv Res* 2009; 9: 86- doi: 10.1186/1472-6963-9-86 pmid: 19480656.
11. Sempowski IP. Effectiveness of financial incentives in exchange for rural and underserved area return-of-service commitments: systematic review of the literature. *Can J Rural Med* 2004; 9: 82-8 pmid: 15603680.
12. Lehmann U, Dieleman M, Martineau T. Staffing remote rural areas in middle- and low-income countries: a literature review of attraction and retention. *BMC Health Serv Res* 2008; 8: 19- doi: 10.1186/1472-6963-8-19 pmid: 18215313.
13. World economic outlook databases. Washington, DC: International Monetary Fund; 2009. Available from: <http://www.imf.org/external/ns/cs.aspx?id=28> [accessed 23 March 2010].
14. La situación de pobreza en Chile 2006. Santiago: Ministry for Planning; 2007. Spanish. Available from: <http://www.mideplan.cl/casen/publicaciones/2006/Pobreza.pdf> [accessed 23 March 2010].

15. Human development report - country fact sheet - Chile. Geneva: United Nations Development Programme; 2008. Available from: http://hdrstats.undp.org/en/countries/data_sheets/cty_ds_CHL.html [accessed 23 March 2010].
16. World health statistics. Geneva: World Health Organization; 2008. Available from: http://www.who.int/whosis/whostat/EN_WHS08_Full.pdf [accessed 23 March 2010].
17. de la Jara JJ, Bossert T. Chile's health sector reform: lessons from four reform periods. *Health Policy* 1995; 32: 155-66 doi: 10.1016/0168-8510(95)00733-9 pmid: 10156636.
18. Allende S. La realidad médico-social chilena. Santiago: Ministerio de Salubridad; 1939.
19. Juricic B, Cantuarias R. La salud rural en Chile: programa para atraer médicos a las zonas rurales [Rural health in Chile: a program to attract physicians to rural areas]. *Bol Oficina Sanit Panam* 1975; 78: 203-11 pmid: 123448.
20. Law 19664. Santiago: Ministry of Health; 2000. Available from: http://www.minsal.cl/ici/leyes_reglamentos/ley19664.pdf [accessed 23 March 2010].
21. Roman O. Las nuevas escuelas de medicina en el panorama médico actual [The new medical schools in Chile and their influence on the medical scenario]. *Rev Med Chil* 2009; 137: 1099-104 pmid: 19915777.
22. Goic A. Proliferación de escuelas de medicina en Latinoamérica: causas y consecuencias [Proliferation of medical schools in latin America. Causes and consequences]. *Rev Med Chil* 2002; 130: 917-24 pmid: 12360803.
23. Carabantes J. Ciclo de Destinación: instrumento de equidad. *Cuad Med Soc* 1998; 34: 18-26.
24. Arteaga O. Desempeño e incentivos en la gestión de recursos humanos en salud: algunas experiencias institucionales del sector público en Chile. Washington, DC: Pan American Health Organization; 2002. Spanish.
25. Proceso de selección para ingreso a la Etapa de Destinación y Formación y otorgamiento de becas primarias. Santiago: Ministry of Health; 2006. Spanish.
26. Carabantes J, Yevenes S. Estudio de categorización establecimientos de baja complejidad. Santiago: Ministry of Health; 2000. Spanish.
27. Bases proceso de selección para acceder a cupos en Programa de Especialización año 2010 para médicos contratados por el artículo 8 de la Ley N 19664, en Etapa de Destinación y Formación de los Servicios de Salud. Santiago: Ministry of Health; 2009. Spanish.
28. Dolea C. Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention. In: First expert meeting to develop evidence-based recommendations to increase access to health workers in remote and rural areas through improved retention. Geneva: World Health Organization; 2009. Available from: http://www.who.int/hrh/migration/background_paper.pdf [accessed 23 March 2010].
29. Reglamento para la concesión de la Asignación de Responsabilidad establecida en la Ley no. 19.664. Decreto 841. Santiago: Ministry of Health; 2001. Spanish. Available from: http://www.minsal.cl/ici/leyes_reglamentos/841.pdf [accessed 23 March 2010].

30. Reglamento para la concesión de la Asignación de Estímulo establecida en la Ley no.19.664. Decreto 847. Santiago: Ministry of Health; 2001. Spanish. Available from: http://www.minsal.cl/ici/leyes_reglamentos/847AZ.pdf [accessed 23 March 2010].
31. Reglamento para pago de bonificación por desempeño individual - Ley no. 19.664, art. 37. Decreto 848. Santiago: Ministry of Health; 2001. Spanish. Available from: http://www.minsal.cl/ici/leyes_reglamentos/BONOINDIVIDUAL848.pdf [accessed 23 March 2010].
32. Reglamento para pago de bonificación por desempeño colectivo institucional - Ley No. 19.664, art. 37. Decreto 849. Santiago: Ministry of Health; 2001. Spanish. Available from: http://www.minsal.cl/ici/leyes_reglamentos/BONOCOLECTIVO849-2.pdf [accessed 23 March 2010].
33. Decreto Ley no. 249, de 1973, Escala unica de grados y sueldos de la administración pública. Santiago: Ministry of Agriculture; 1973. Spanish. Available from: http://alegislativo.bcn.cl/publicadores/pub_link_asistente/admin/ver_archivo_subido.php?id_archivo=306&file=1 [accessed 23 March 2010].
34. Reglamento sobre acceso y condiciones de permanencia en Programas de Especialización Ley no. 19.664, art. 37. Decreto 91. Santiago: Ministry of Health; 2001. Spanish. Available from: http://www.minsal.cl/ici/leyes_reglamentos/ESPECIALIZACION91.pdf [accessed 23 March 2010].
35. Reglamento sobre actividades de capacitación a que se refiere el párrafo segundo del inciso primero del artículo 46 de la Ley no.19.664. Decreto 752. Santiago: Ministry of Health; 2001. Spanish. Available from: http://www.minsal.cl/ici/leyes_reglamentos/CAPACITACION752.pdf [accessed 23 March 2010].
36. Statistical database. Santiago: Banco Central; 2009. Available from: http://si2.bcentral.cl/Basededatoseconomicos/951_portada.asp [accessed 23 March 2010].
37. Imparte instrucciones en relación con el desempeño de profesionales funcionarios de la Etapa de Destinación y Formación en consultorios de atención primaria municipal. Santiago: Ministry of Health; 2006. Spanish.
38. Listado de puntajes definitivos con reposición proceso de selección para ingreso a la Etapa de Destinación y Formación para médicos de la última promoción 2001-2009. Santiago: Ministry of Health; 2000-2008. Spanish.
39. Agrupación de Médicos Generales de Zona [Internet]. 2009 Available from: www.mgz.cl [accessed 23 March 2010].
40. Listado de puntajes definitivos para acceder a cupos de especialización para médicos EDF art no. 8, año académico 2009. Santiago: Ministry of Health; 2008. Spanish.
41. Ramirez J, Rivera P. Experiencia del generalato de zona. Expectativas y certidumbres en torno al ciclo de destinación y formación. Informe final [Experience of the Rural Practitioner Programme: expectations and uncertainties. Final report]. Santiago: Medical Association of Chile; 2008. Spanish.
42. Diaz X. El médico general de zona: imágenes de su trabajo, valores ocupacionales y estudio de satisfacción profesional. Cuad Med Soc 1971; 12: 5-12.

43. Fryer GE, Stine C, Vojir C, Miller M. Predictors and profiles of rural versus urban family practice. *Fam Med* 1997; 29: 115-8 pmid: 9048172.
44. Rabinowitz HK, Diamond JJ, Markham FW, Paynter NP. Critical factors for designing programs to increase the supply and retention of rural primary care physicians. *JAMA* 2001; 286: 1041-8 doi: 10.1001/jama.286.9.1041 pmid: 11559288.
45. Laven GA, Beilby JJ, Wilkinson D, McElroy HJ. Factors associated with rural practice among Australian-trained general practitioners. *Med J Aust* 2003; 179: 75-9 pmid: 12864716.
46. Chan B, Degani D, Crichton T, Pong R, Rourke J, Goertzen J, et al., et al. Factors influencing family physicians to enter rural practice: Does rural or urban background make a difference? *Can Fam Physician* 2005; 51: 1247-.
47. Van Dormael M, Dugas S, Kone Y, Coulibaly S, Sy M, Marchal B, et al., et al. Appropriate training and retention of community doctors in rural areas: a case study from Mali. *Hum Resour Health* 2008; 6: 25- doi: 10.1186/1478-4491-6-25 pmid: 19017381.
48. Estadísticas de las becas de especialización de la Etapa de Destinación y Formación 2001-2007. Santiago: Ministry of Health; 2009. Spanish.
49. Hutten-Czapski P. Rural incentive programs: a failing report card. *Can J Rural Med* 1998; 3: 242-7.
50. Rural practice, keeping physicians in [position paper]. American Academy of Family Physicians; 2009. Available from: <http://www.aafp.org/online/en/home/policy/policies/r/ruralpracticekeep.html> [accessed 23 March 2010].

