

Políticas de salud

Medwave 2014 Nov;14(10):e6041 doi: 10.5867/medwave.2014.10.6041

Hacia una política integral para los trabajadores de la salud

Towards a comprehensive policy for health workers

Autores: Carlos Becerra⁽¹⁾, Tania Herrera⁽²⁾

Filiación:

⁽¹⁾Subdepartamento Gestión y Desarrollo de la Red, Subdirección Médica, Servicio de Salud Aysén, Chile

⁽²⁾Subsecretaría de Salud Pública, Ministerio de Salud, Chile

E-mail: carlos.becerra@saludaysen.gov.cl

Citación: Becerra C, Herrera T. Towards a comprehensive policy for health workers. *Medwave* 2014 Nov;14(10):e6041 doi: 10.5867/medwave.2014.10.6041

Fecha de envío: 6/11/2014

Fecha de aceptación: 21/11/2014

Fecha de publicación: 27/11/2014

Origen: el presente artículo fue inicialmente preparado para un documento de diagnóstico de la salud en Chile en el marco del proceso de elecciones presidenciales en 2013-2014

Tipo de revisión: revisado por pares

Palabras clave: health workers, health reform, planning, Chile

Resumen

Los trabajadores de la salud son claves en el desempeño de un sistema de salud y su crisis ha sido reconocida como un problema global, siendo los principales retos su número, distribución, competencias y condiciones de desempeño. El abordaje de estos aspectos necesariamente debe ser multifactorial, intersectorial e internacional, considerando como determinantes las políticas educacionales para su producción, así como las formas de reclutamiento, mantención y desvinculación a lo largo de su ciclo laboral. En Chile, la gestión de los trabajadores de la salud no tiene una mirada país, por tanto el tipo, número y distribución de los técnicos y profesionales no responden a una planificación ni a una coordinación de nivel nacional con el sector educación. El resultado es que no se está respondiendo a las necesidades en salud de la población, ni tampoco se está logrando ofrecer una carrera funcionaria pública que estimule el buen desempeño y desarrollo de las personas.

Abstract

Health workers are crucial to the performance of a health system. Their situation is critical and this has been recognized as a global problem. The main challenges are their number, distribution, skills and performance conditions. Addressing these issues must necessarily involve a multifactorial, intersectoral and international approach, where determinant factors are: educational policies, forms of recruitment, permanency and termination of contract, issues that arise throughout their working cycle. In Chile, the management of health workers does not follow a comprehensive outlook. The type, number and distribution of technicians and professionals do not respond to a nationwide planning the system is not responding to the health needs of the population, nor is fulfilling the promise of a public service career that encourages good performance, investing in its human resources.

Introducción

Los trabajadores de la salud (TS) son considerados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como claves en la organización y desempeño de los sistemas de salud, ya que de su calidad, competencias y motivación depende el nivel que pueden alcanzar los servicios sanitarios que un determinado país entrega a su población [1]. Se ha

comprobado que indicadores de salud tales como la mortalidad materno-infantil, la cobertura de inmunizaciones y el control de las enfermedades cardiovasculares mejoran en la medida que los países presentan mayor densidad de TS calificados (médicos, enfermeras y matronas) [2].

En la actualidad, el 40% de la población vive en países que no alcanzan 2,28 trabajadores sanitarios por 1.000 habitantes recomendados por OMS, cifra que permite, por ejemplo, coberturas mayores al 80% en atención profesional del parto. La OMS en su Reporte Mundial de 2006 "*Trabajando juntos por la salud*", alerta sobre la crisis de TS que enfrentan los países para asegurar una respuesta adecuada de los sistemas de salud, y asimismo aclara que no existe consenso sobre cómo enfrentar este desafío, considerado de carácter global [2].

Los principales retos que deben enfrentarse en el tema de los TS son su número, distribución, competencias y condiciones de desempeño [2]. El número y distribución aparecen como los desafíos más inmediatos para la gran mayoría de los países, siendo su abordaje multifactorial, intersectorial e internacional [2],[3],[4],[5]. Pero también resultan determinantes las políticas educacionales que un país tiene para la producción de TS [6] y las formas de reclutamiento, mantención y desvinculación de éstos a lo largo de su ciclo laboral. La gestión integral de TS es entonces una necesidad país que requiere un abordaje complejo y cuyos pilares son la planificación y proyección de los requerimientos, utilizando modelos y herramientas de seguimiento y evaluación [7],[8],[9],[10].

En este contexto, Chile se ha sumado al "*Llamado a la Acción de Toronto 2006-2015. Hacia una década de Recursos Humanos en Salud para las Américas*" realizado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en el marco de la VII Reunión Regional de los Observatorios de Recursos Humanos en Salud, el cual propone evaluar veinte metas regionales agrupadas en cinco áreas críticas relacionadas con los principales retos que enfrentan los sistemas sanitarios respecto a los TS [11],[12].

Nuestro país ha cumplido con las dos primeras etapas de esta estrategia, que corresponden a medir la línea de base y el cumplimiento de metas a mitad de periodo [13],[14], por lo que parece pertinente analizar el tema de los TS en función de estos cinco ejes planteados, lo que se pretende realizar en este artículo.

La situación actual de los trabajadores de la salud en Chile

Los cinco ejes planteados en el Llamado a la Acción de Toronto de la OPS corresponden a:

1. Definir políticas y planes de largo plazo para adaptar la fuerza laboral a los cambios previstos en los sistemas de salud.
2. Ubicar a las personas idóneas en los lugares adecuados, de manera de lograr una distribución equitativa de acuerdo a las necesidades de salud de la población.
3. Promover iniciativas nacionales e internacionales para que los países afectados por la migración puedan conservar su personal de salud y evitar carencias en su dotación.
4. Generar ambientes de trabajo saludables que propicien el compromiso con la misión institucional de garantizar la prestación de servicios de salud de buena calidad para toda la población.

5. Crear mecanismos de cooperación entre las instituciones educativas y de servicios de salud para producir profesionales sanitarios sensibles y calificados.

Definir políticas y planes de largo plazo para adaptar la fuerza laboral a los cambios previstos en los sistemas de salud

Respecto a este primer eje, Chile no es un país que se caracterice por planificar sus políticas de provisión de servicios a largo plazo, sino más bien los temas son vistos y analizados con un horizonte marcado por las elecciones de autoridades políticas cada cuatro años. Los TS no están ajenos a esto, y en general el Ministerio de Salud planifica los TS con horizontes aún menores, recabando la información sobre las brechas de los Servicios de Salud año tras año, para la solicitud de nuevos cargos que se negocian sectorialmente con el Ministerio de Hacienda, cuyo objetivo - lejos de la visión sanitaria - es controlar el crecimiento de las plantas de funcionarios del Estado.

Se estima que a la fecha existen aproximadamente 305 000 trabajadores de la salud en Chile [15], de los cuales casi 140 000 trabajan en el sistema público de salud [16]. El número total de médicos por 100 000 habitantes es de 179 (un médico por cada 559 habitantes) siendo el promedio para los países de la OCDE de 310 médicos por 100 000 habitantes [17],[18]. Respecto a las enfermeras, la OPS recomienda que debiese existir al menos una por cada médico y en Chile se alcanza sólo una relación de 0,77 [14], con 151 enfermeras por 100 000 habitantes, muy por debajo del promedio OCDE de 8,6 por mil habitantes [18].

Además del déficit señalado, se observa una distribución desigual de TS entre el sistema público y privado, existiendo sólo 43% de médicos vinculados al sector público que atiende al 80% de la población del país, *versus* 57% a disposición del sistema privado que atiende al 20% restante de la población. Para las enfermeras no es muy distinto, y sólo 38% trabaja en sector público [16],[17].

Por otra parte, existe un problema de latencia entre la incorporación de recursos para el aumento de las plantas y la real incorporación de trabajadores al sistema, ya que tanto en el número como en el tipo de técnicos y profesionales que provee el sistema educativo no cubren la demanda real de éstos. Esto es especialmente problemático en un país en el cual no existen acciones coordinadas entre los actores que participan del proceso de formación, provisión, y mantención de los TS, como es el caso chileno [6].

Junto con esta situación de déficit crónico de TS, no existe ningún organismo que se dedique a cuantificar y explicitar las brechas de los distintos tipos de TS necesarios con una visión sanitaria y de largo plazo. Los observatorios de TS actualmente están inactivos, y el único estudio de brechas realizado por el MINSAL en colaboración con el Banco Mundial está referido sólo a los médicos especialistas [17].

La situación actual, entonces, es que Chile no está planificando sus TS, lo que redundará en una brecha crónica que repercute especialmente en el sistema público,

disminuyendo la posibilidad de que su capacidad instalada logre dar cuenta de las acciones en salud que el sistema requiere.

Ubicar a las personas idóneas en los lugares adecuados, para lograr una distribución equitativa de acuerdo a las necesidades de salud de la población

Junto con la distribución desigual entre los subsistemas público y privado, existe una concentración de los TS en los grandes centros urbanos en desmedro del resto de las regiones. Así por ejemplo, en el área metropolitana existe un médico por cada 471 habitantes; en cambio en la zona sur existe uno por cada 851 [17]. Por lo tanto, la cobertura y calidad de la atención de salud de las personas depende tanto de donde viven como de su tipo de seguridad social.

Por otra parte, un modelo de atención de salud basado en la APS requiere que a lo menos el 40% de la fuerza laboral médica trabaje en ese nivel de atención, sin embargo, en Chile, dicho porcentaje llega sólo al 25% [14]. Esto está relacionado con el perfil de egreso de los distintos técnicos y profesionales de la salud que provee el sistema educativo, cuya formación se realiza en más del 90% del tiempo en hospitales, y por lo tanto las competencias no se relacionan a las necesidades sanitarias del país; y también con la falta de incentivos para la permanencia de los trabajadores en el nivel primario de atención [19].

No existe, por lo tanto, una definición país de qué tipo de trabajadores de la salud requiere el sistema, ni mucho menos de dónde los necesita.

Promover iniciativas nacionales e internacionales para que los países afectados por la migración puedan conservar su personal de salud y evitar carencias en su dotación

Los fenómenos migratorios entre países han llegado a alcanzar tal magnitud, que OMS ha debido publicar un código de prácticas migratorias [20], con el objetivo de moderar los flujos desde países en vías de desarrollo hacia países desarrollados.

Chile es país de destino para miles de profesionales de Latinoamérica, dado el nivel de desarrollo de la medicina y la relativa bonanza económica de los últimos años. Muchos de ellos, en especial los médicos, ingresan al país haciendo uso de convenios internacionales de reconocimiento de sus títulos universitarios [21].

La migración de TS desde otros países sin la necesidad de una validación de sus competencias genera incertidumbre respecto a la calidad de atención sanitaria que estos trabajadores pudiesen ofrecer. Por ello, hace algunos años se creó un instrumento de validación de competencias mínimas (EUNACOM) que son exigibles a los médicos, cuya aprobación era requerida por ley para vincularse con el Estado en sus distintos niveles [22]. Así mismo, otros colegios profesionales, como el de enfermeras y matronas, han iniciado procesos internos que buscan validar exámenes nacionales similares para los egresados de esas carreras, existiendo ya el de enfermería que ha sido aplicado al menos a dos cohortes [23]. Estos exámenes,

además de jugar un rol en el aseguramiento de la calidad de la atención, de algún modo desincentivan la migración de TS en concordancia con los lineamientos de la OMS.

Lamentablemente, en el último tiempo el EUNACOM ha sido cuestionado y se ha intentado eliminar su exigencia, aduciendo problemas en su construcción. A esto se suman el intento por cerrar brechas de especialistas con la contratación de médicos españoles reclutados directamente en ese país, pretendiéndose que ejerzan la medicina - y su especialidad - sin ningún tipo de reconocimiento de título y con incentivos mayores a los ofrecidos a médicos nacionales, lo que va en dirección contraria al código de prácticas migratorias suscrita por Chile [8].

Generar ambientes de trabajo saludables que propicien el compromiso con la misión institucional de garantizar la prestación de servicios de salud de buena calidad para toda la población

La definición de la OMS de un ambiente de trabajo saludable es aquel en el que los trabajadores y el personal superior colaboran en la aplicación de un proceso de mejora continua para proteger y promover la salud, la seguridad y el bienestar de todos los trabajadores y la sostenibilidad del lugar de trabajo [24]. Esta amplia definición implica que son diversas las aristas que se pueden considerar en el análisis del ambiente de trabajo, pero considerando que las relaciones de empleo y trabajo son determinantes sociales de la salud de las personas, a continuación se analizan en forma separada estos dos temas en relación a los trabajadores de salud del sistema público: las condiciones de empleo, que están vinculadas con las diferentes formas de contrato y de remuneraciones de los trabajadores; y las condiciones de trabajo, que se relacionan con los diferentes riesgos a los que se exponen los trabajadores en sus puestos de trabajo.

Condiciones de empleo de los trabajadores públicos de la salud en Chile

En la actualidad existe una compleja legalidad vigente respecto de tipos de vínculos entre trabajadores de salud y el Estado. Profesionales no médicos, técnicos, administrativos y auxiliares en el subsistema público de salud, así como médicos en cargos administrativos públicos, están contratados a través del estatuto administrativo [25] con sistemas de promoción obsoletos y tremendamente burocráticos, que redundan en funcionarios que al final de sus carreras no logran escalar según lo definido por la ley. Los funcionarios de la APS municipal, por su parte, se contratan con cada una de las 345 municipalidades a través del Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal [19] que instala e institucionaliza las diferencias en disponibilidad de recursos entre municipios muy distintos. Los médicos que trabajan para los servicios de salud se vinculan a través de la Ley Médica [26] en sus jornadas diurnas y bajo las condiciones del estatuto del profesional funcionario [27] en trabajos de sistemas de turnos, con un *pool* de incentivos declarado que parece suficiente, pero sin el financiamiento adecuado para hacerlo operativo y efectivo. Cabe destacar que estas legislaciones no tienen vasos comunicantes y, por ende, el desarrollo de un individuo hace casi imposible la educación

continúa y la posibilidad de escalar entre las distintas posiciones del entramado sanitario público.

Respecto a las remuneraciones, la relación público versus privado, es aproximadamente 1:2 [28] lo que provoca que para el caso de los médicos sólo 43% de ellos trabajen vinculados al sistema público de salud, con una alta rotación y sin la capacidad de retener el talento y los esporádicos desarrollos de las especialidades médicas que se pueden observar en la salud pública.

En cuanto a los derechos de los trabajadores, el derecho inalienable de sindicalización en el ámbito público está lleno de inconsistencias, originadas para empezar en que el Código del Trabajo no aplica en lo referente al derecho a organizarse de los trabajadores, sino que se ha generado un sucedáneo, la Ley 19.296, que norma las asociaciones de funcionarios del Estado, no respetando el derecho a negociación colectiva ni a huelga legal [29].

Las complejas tensiones entre los distintos gobiernos y la multiplicidad de asociaciones gremiales, agrupadas por estamentos, y con diversas facciones en su interior, configuran un complejo escenario para el desarrollo de relaciones laborales; sumado a lo anterior, está el entramado jurídico que caracteriza el sistema chileno en que existen múltiples formas y regulaciones legales del empleo con el Estado chileno. Esto además hace que las mejoras sean parceladas y dependan de la fuerza que cada gremio tiene para lograrlas, ya sea a nivel local, regional o nacional. Las mejoras en general, sólo abordan las remuneraciones, en una constante pugna por intentar igualar la oferta de sueldos que hace el sistema privado.

Por último, en cuanto a la mantención de los trabajadores de salud en el sector público, la carrera funcionaria depende de cada uno de los tipos de vinculaciones, donde muchas de ellas son precarias y sin reconocimiento de derechos laborales básicos (contratos de honorarios y de prestaciones de servicios), y otras altamente reguladas en lo formal, pero sin estabilidad laboral o con incentivos que no premian el desarrollo y el crecimiento de las personas, con sistemas de promoción obsoletos y burocráticos, que además no estimulan a la movilidad inherente al ser humano. Hacia el final del ciclo laboral, el incentivo al retiro, consistente en modestos bonos monetarios, no da cuenta del reconocimiento y valoración que el Estado debe ofrecer a quienes han sido sus trabajadores por décadas, ni tampoco se acompaña este proceso de manera integral.

Condiciones de trabajo de los trabajadores públicos de la salud en Chile

Las condiciones en que se desarrolla el trabajo de los funcionarios públicos chilenos, no necesariamente son las más saludables y seguras que se pueden brindar. Las falencias de infraestructura, fármacos e insumos que se ha hecho crónica en el subsistema público, ponen en riesgo a los trabajadores toda vez que los hacen comprometer su seguridad al laborar muchas veces, sin las mínimas condiciones de higiene y protección. En la actualidad, 57% de los establecimientos de salud públicos cuentan con

ambientes de trabajo considerados seguros para los trabajadores; el resto, no [14].

Asimismo, se da la paradoja de que los funcionarios de la salud por una parte, están sometidos a riesgos laborales que comprometen su integridad física y mental de forma compleja y persistente y, por otra, son los que tienen peores coberturas y nivel de prestaciones en cuanto al aseguramiento de accidentes del trabajo y enfermedades profesionales de entre todos los trabajadores del país, ya que en general son afiliados al Instituto de Seguridad Laboral cuya red preferente son los mismos establecimientos públicos donde laboran los funcionarios, red que presenta una oferta limitada de servicios.

Crear mecanismos de cooperación entre las instituciones educativas y de servicios de salud para producir profesionales sanitarios sensibles y calificados

La formación de TS en el modelo educativo actual sólo es capaz de generar alianzas a la hora de establecer convenios docente-asistenciales; no obstante, no existe una política para la formación, sino que éste es un tema entregado al mercado, donde cada establecimiento educacional define en su propio seno qué perfil de técnico o profesional producirá. El sistema de salud recibe luego los "productos formados" no necesariamente con las competencias que se requieren [30].

Una de las mayores deficiencias de los trabajadores de salud actuales corresponde a las competencias blandas requeridas para la provisión de servicios de salud. Muchas veces, el bajo desempeño en satisfacción usuaria del subsistema público tiene que ver justamente con estas capacidades de empatía y buen trato, tan difíciles de lograr en un escenario de sobrecarga de trabajo y una población con demandas no bien satisfechas [31].

Además, en la formación de TS también se observan las desigualdades de distribución regional comentadas anteriormente. Existen pocos polos de desarrollo regional que otorguen oportunidades reales a quienes están vinculados con el territorio y, en vez de ello, el sistema actual obliga a profesionales a laborar en ciertos lugares a través de desempeños obligatorios para poder disponer del recurso en regiones, con escasa posibilidad de vincular a los trabajadores con estos territorios [32].

Conclusiones

Los trabajadores de la salud son el principal capital del sistema sanitario chileno, y el Estado tiene un rol fundamental en articular y coordinar a todos los actores que intervienen en su formación, provisión y gestión, con el objetivo de generar una masa crítica de técnicos y profesionales con perfiles y competencias acorde a las necesidades del país. Sin embargo, en la actualidad no existe una integración entre las políticas educacionales y sanitarias, ni tampoco una planificación de largo plazo sobre el número, distribución y competencias de los trabajadores de la salud.

Cuántos conforman esta fuerza laboral es un tema entregado a autoridades del ámbito financiero, siendo más relevante cuánto crecen las plantas esquemáticas de cada uno de los servicios que cuántos trabajadores realmente se requieren para entregar un buen servicio a la población. Existen además fallas en la distribución de los TS ya sea entre los niveles de atención (déficit en APS, subutilización de los insuficientes especialistas de la atención secundaria y la nula gestión e interconexión de los dispositivos del nivel terciario), entre los subsistemas público y privado (migración hacia el sector privado) y entre grandes ciudades y el resto de los territorios nacionales, incluidas las zonas rurales.

Por otra parte, los trabajadores de salud del sistema público no cuentan con una política de reclutamiento, mantención y desvinculación integrada, sino que existe una compleja legislación fragmentada en estamentos o según los lugares de trabajo, que dificulta las escasas negociaciones que se pueden realizar en un sistema legal que no reconoce el derecho a sindicalización. A esto se suma condiciones de trabajo inseguras y coberturas deficientes en el aseguramiento por accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.

En vista de la situación actual, se hace necesario el desarrollo de una política integral de TS que implicaría la creación de un organismo técnico cuyo objetivo principal sea planificar, en función de las necesidades del país, los TS requeridos con una visión a largo plazo, de modo de contribuir con los objetivos sanitarios del país. Esta política integral necesariamente implica definición de perfiles tanto para técnicos como profesionales en el equipo sanitario y el desarrollo de estrategias para asegurar un empleo decente y ambientes de trabajo saludables.

Una política integral de TS también debería propender a la creación de un plan nacional de desarrollo de polos regionales universitarios que incentive y sustente la permanencia y vinculación a los territorios, en especial de médicos especialistas, a través de una carrera médica funcionaria que asegure remuneraciones adecuadas, pero también posibilidad real de desarrollo de la especialidad en centros públicos de regiones.

Finalmente, Chile debe responder a los compromisos internacionales para desincentivar la migración de TS y evitar la carencia de éstos en el resto de los países.

Notas

Declaración de conflictos de intereses

Los autores han completado el formulario de declaración de conflictos de intereses del ICMJE traducido al castellano por *Medwave*, y declaran no tener conflictos de intereses específicos con el tema del artículo.

Referencias

1. World Health Organization. The World Health Report 2000. Health systems: improving performance. Geneva: WHO, 2000 [on line]. | [Link](#) |
2. World Health Organization. The world health report 2006: working together for health. Geneva: WHO, 2006 [on line]. | [Link](#) |
3. Cameron R. Health human resources trends in the Americas: evidence for action. Washington, D.C: PAHO, 2006.
4. Global Health Workforce Alliance. Health workers for all and all for health workers. The Kampala declaration and agenda for global action. First global forum on human resources for health, Kampala, Uganda, 2008. | [Link](#) |
5. Comisión Europea de Recursos Humanos en Salud. Libro verde sobre la fuerza laboral europea para la sanidad: promoviendo una fuerza laboral sostenible para la sanidad europea. Bruselas, Bélgica, 2008. [on line] | [Link](#) |
6. Frenk J, Chen L, Bhutta ZA, Cohen J, Crisp N, Evans T, et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. *Lancet*. 2010 Dec;376(9756):1923-58. | [CrossRef](#) | [PubMed](#) |
7. Novick M, Rosales C. Desafíos de la gestión de los recursos humanos en salud: 2005-2015. Washington D.C.: OPS, 2006. | [Link](#) |
8. World Health Organization. Models and tools for health workforce planning and projections. Geneva: WHO, 2010. | [Link](#) |
9. Hornby P. Exploring the use of the World Health Organization human resources for health projection model. Reunión HRH Workforce Planning. Washington D.C.: WHO, 2007 [on line]. | [Link](#) |
10. Dal Poz M, Gupta N, Quain E, Soucat ALB. Manual de seguimiento y evaluación de los Recursos Humanos para la Salud. Ginebra: WHO Press, 2009. | [Link](#) |
11. Panamerican Health Organization. Llamado a la Acción de Toronto: 2006-2015. Hacia una década de recursos humanos en salud para las américas. Reunión regional de los observatorios de recursos humanos en salud, Ontario, Canada, 2005. | [Link](#) |
12. Organización Panamericana de la Salud. Manual de medición y monitoreo de indicadores de las metas regionales de recursos humanos para la salud: un compromiso compartido. Washington, D.C.: OPS, 2011. | [Link](#) |
13. Ministerio de Salud. Metas Regionales de Recursos Humanos de Salud: Avances y Desafíos. Santiago de Chile: MINSAL, 2008.
14. Ministerio de Salud. Informe 2da. medición de Metas Regionales de Recursos Humanos en Salud de la OPS 2006-2015, 2013 [on line] | [Link](#) |
15. Gobierno de Chile, Superintendencia de Salud. Estadísticas globales de prestadores individuales de salud a Octubre de 2013. Santiago, Chile: Supersalud, 2013 [on line]. | [Link](#) |
16. Gobierno de Chile, Ministerio de Salud. Departamento de Estadísticas e Información de Salud. Pagina web oficial. Deis.cl [on line]. | [Link](#) |

17. Guillou M, Carabantes CJ, Bustos FV. Disponibilidad de médicos y especialistas en Chile. Rev Med Chil. 2011 May;139(5):559-70. | [Link](#) |
18. Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico. Factbook 2013: economic, environmental and social statistics. OECD iLibrary, 2013 [on line]. | [CrossRef](#) |
19. Gobierno de Chile. Ley 19.378. Establece estatuto de atención primaria de salud municipal. (13-ABR-1995). Leychile.cl [on line]. | [Link](#) |
20. Organización Mundial de la Salud. Código de prácticas mundial de la OMS sobre contratación internacional de personal de salud. Geneva: WHO, 2010. | [Link](#) |
21. Organización Panamericana de la Salud. Migración calificada en salud, impacto financiero, reconocimiento de títulos: retos y perspectivas en los países de la región andina. Lima: OPS, 2013. | [Link](#) |
22. Ministerio de Salud. Ley N° 20.261: crea examen único nacional de conocimientos de medicina (19-ABR-2008). Leychile.cl [on line]. | [Link](#) |
23. Castellano A, Tagle C, Galdames L, Riquelme N, Landman C, Peroni S. Examen nacional de enfermería en Chile: importancia y desafíos. Cienc Enferm. 2011;17(1):27-36. | [CrossRef](#) |
24. Organización Mundial de la Salud. Creación de entornos de trabajo saludables un modelo para la acción: para empleadores, trabajadores, autoridades normativas y profesionales. Geneva. WHO, 2010. | [Link](#) |
25. Ministerio del Interior. Ley N° 18.834: aprueba estatuto administrativo (23-SEP-1989). Leychile.cl [on line]. | [Link](#) |
26. Ministerio de Salud. Ley N° 19.664: establece normas especiales para profesionales funcionarios que indica de los servicios de salud y modifica la ley n° 15.076. (11-FEB-2000). Leychile.cl [on line]. | [Link](#) |
27. Ministerio de Salud. Ley N° 15.076: fija el texto refundido del estatuto para los medico-cirujanos, farmacéuticos o químico-farmacéuticos, bioquímicos y cirujanos dentistas [Internet]. (20-NOV-2001). Leychile.cl [on line]. | [Link](#) |
28. Ramírez C. Las estrategias de las clínicas para "cazar" a los médicos más prestigiosos del país. Economía y Negocios Online. 13 de mayo de 2012 [on line]. | [Link](#) |
29. Ministerio del Trabajo. Ley N° 19.296: establece normas sobre asociaciones de funcionarios de la administración del Estado.(14-MAR-1994). Leychile.cl [on line]. | [Link](#) |
30. Román AO, Pineda RS, Señoret SM. Perfil y número de médicos generales que requiere el país. Rev Med Chil. 2007 Sep;135(9):1209-15. | [Link](#) |
31. Gobierno de Chile, Ministerio de Salud. Medición nacional de satisfacción usuaria en la red pública de salud de Chile. Santiago de Chile: MINSAL, 2009. | [Link](#) |
32. Gobierno de Chile, Ministerio de Salud. Bases concurso especial de becas para médicos cirujanos de la última promoción. Santiago de Chile, 2013. [on line] | [Link](#) |

Correspondencia a:

General Parra #551,
Coyhaique,
Chile



Esta obra de Medwave está bajo una licencia Creative Commons Atribución-No Comercial 3.0 Unported. Esta licencia permite el uso, distribución y reproducción del artículo en cualquier medio, siempre y cuando se otorgue el crédito correspondiente al autor del artículo y al medio en que se publica, en este caso, Medwave.