

Mecanismos para incentivar el aumento de la dotación de médicos especialistas en Zonas rurales o de difícil acceso. Australia, Francia y Colombia.

Autor

Marcela Cáceres Lara
mcaceres@bcn.cl
Tel.: (56) 32 226 3934

Nº SUP: 139528

Resumen

En respuesta a una solicitud parlamentaria, en el presente informe se da cuenta de la existencia de normativas y políticas públicas tendientes a incentivar el establecimiento de médicos especialistas en zonas de difícil acceso, remotas o rurales. Para ello se consideraron tres países, a saber, Australia, Colombia y Francia.

Algunos hallazgos del presente informe

En zonas rurales y remotas, se generan “desiertos sanitarios”, entendiéndose por estos, aquellas zonas con servicios médicos insuficientes. Los profesionales de la salud prefieren instalarse en zonas urbanas por motivos económicos y para disfrutar de mejores condiciones laborales. Las condiciones de trabajo previstas en las zonas aisladas o rurales -aislamiento, gran carga de trabajo, frecuentes llamadas para atención continuada, etc.-, son factores que influyen en la decisión de los estudiantes y médicos jóvenes.

En Australia, el año 2019, se respaldó el desarrollo de una Estrategia Nacional de la Fuerza Laboral Médica 2021-2031, cuyo objetivo es una mejor planificación de la misma a futuro. Documenta las principales preocupaciones del personal médico, como la mala distribución geográfica y el desequilibrio entre disciplinas especializadas, además de la necesidad de más médicos aborígenes e isleños del Estrecho de Torres. También contempla una estrategia para una sanidad rural más fuerte, que se centra en las comunidades rurales y remotas y en otras zonas que tienen dificultades para atraer a médicos, enfermeros y otros profesionales sanitarios afines. A esto hay que agregar los programas de apoyo a médicos especialistas y médicos generales y especialistas rurales y regionales.

En Francia se cuenta con mecanismos para fomentar el establecimiento de médicos generales y especialistas en zonas rurales y sub-atendidas. Estos incentivos pueden diferenciarse por categorías financieras, tales

como alicientes convencionales para instalarse en zonas con escasez de médicos, becas y ayudas económicas para estudiantes e internos, y ayuda financiera de las autoridades locales. También existen medidas relacionadas con la formación y otras vinculadas con apoyo a los profesionales y mejora de las condiciones de trabajo.

Finalmente, Colombia cuenta con una normativa en la que destaca la figura del Servicio Social Obligatorio, que se realiza en conformidad a la Ley 1.164 de 2007, para los egresados de los programas de educación superior del área de la salud, el cual debe ser efectuado en poblaciones deprimidas urbanas o rurales o de difícil acceso a los servicios de salud, en entidades relacionadas con la prestación de servicios, la dirección, la administración y la investigación en las áreas de la salud. Se realizará como requisito obligatorio en la profesión de la salud, con posterioridad a la obtención del título.

Introducción

Las condiciones de trabajo son un factor crucial en la elección del lugar donde los médicos establecen su práctica, como muestran algunas encuestas (Ono, Schoenstein y Buchan, 2014)¹. Las mismas advierten que el equilibrio entre vida profesional y familiar, el control sobre las horas y las cargas de trabajo y las oportunidades de intercambio con colegas, son factores que pesan mucho en las decisiones de estudiantes y médicos jóvenes. Las condiciones de trabajo previstas en las zonas submedicalizadas –con aislamiento, gran carga de trabajo, frecuentes llamadas para atención continuada, etc., son factores que influyen en la decisión de los estudiantes y los médicos jóvenes (Polton, Chaput, Portela, & Millien, 2021).

La frecuencia de las guardias y la dificultad de encontrar sustitutos no son, por tanto, perspectivas muy atractivas para los médicos jóvenes. De hecho, algunos datos muestran que en las zonas rurales el número de horas de trabajo es mayor, así como la frecuencia de las guardias (Ono, Schoenstein y Buchan, 2014)². Además, el gran número de pacientes que hay que tratar, las consiguientes limitaciones de los tiempos de consultas, son fuentes de insatisfacción para los médicos establecidos (Polton, Chaput, Portela, & Millien, 2021).

Por el contrario, también hay opiniones en que la autonomía, la amplitud de la práctica clínica y las responsabilidades (los médicos que ejercen en zonas donde los especialistas son limitados, por lo que ellos mismos llevan a cabo procedimientos que no podrían hacer en un entorno urbano), son fuentes de satisfacción profesional para los médicos con este tipo de práctica (Viscomi, Larkins y Gupta, 2013; McGrail y otros, 2010)³.

¹ Citado en: “*Remédier aux pénuries de médecins dans certaines zones géographiques. Les leçons de la littérature internationale*”, p. 8.

² *Ibíd.*

³ *Ibíd.*

Las políticas públicas buscan una cobertura universal en materia de salud, pero lo cierto es que en particular en zonas rurales y remotas se generan los denominados “**desiertos sanitarios**”, entendiéndose por estos, regiones con servicios médicos insuficientes. Incluso, en países de Europa, por ejemplo, si bien el número de médicos se ha ido incrementando y la cantidad de médicos especialistas ha ido aumentando en mayor medida que los médicos generales, hay múltiples puestos vacantes. En general, los profesionales de la salud prefieren instalarse en zonas urbanas por motivos económicos y para disfrutar de mejores condiciones laborales y también personales (Asociación Internacional de la Seguridad Social, AISS, 2021). Estos ‘desiertos sanitarios’ pueden afectar negativamente la salud de las personas que viven en zonas con servicios insuficientes. Las largas distancias y la menor movilidad de las personas de edad avanzada complican la situación, mientras las largas listas de espera pueden afectar negativamente la salud de su población.

En este contexto, en algunos países se han generado mecanismos de distinta índole dirigidos a los médicos especialistas y también a los generales, con el fin de hacer frente a la problemática de los desiertos médicos y la carencia de facultativos especialmente en zonas rurales y remotas, para asegurar el acceso universal a la salud.

Con este fin se han seleccionado tres países, a saber, Australia, Colombia y Francia que disponen de incentivos para los médicos en zonas rurales y/o de difícil acceso.

Situación y mecanismo de incentivos para médicos generales y médicos especialistas en Australia, Colombia y Francia

Con el propósito de garantizar el acceso a servicios sanitarios adecuados para todos, en particular para las personas que viven en zonas rurales y remotas, países como Australia, Colombia y Francia, han adoptado algunas medidas con el fin de fomentar el trabajo de médicos generales y/o especialistas en zonas rurales, apartadas o de difícil acceso.

A continuación, se revisarán políticas públicas puestas en práctica en Australia y Francia, así como algunos aspectos normativos en el caso colombiano.

1. Australia

a. National Medical Workforce Strategy 2021–2031

El 8 de marzo de 2019, el Consejo de Salud de Gobiernos Australianos (COAG) respaldó el desarrollo de la Estrategia Nacional de la Fuerza Laboral Médica 2021-2031, cuyo objetivo es una mejor planificación de la misma en un futuro. Esta articula cómo las organizaciones que financian, educan, forman, emplean, regulan y apoyan a los médicos colaborarán para producir una fuerza laboral de alta calidad en las localidades y especialidades necesarias (Australian Government, Department of Health and Aged Care, 2022).

La estrategia documenta las principales preocupaciones del personal médico australiano, a saber, la mala distribución geográfica y el desequilibrio entre disciplinas especializadas; la subespecialización y el generalismo; el trabajo y el bienestar de los médicos en formación; la necesidad de más médicos aborígenes e isleños del Estrecho de Torres; y la necesidad de dejar de depender de suplentes y licenciados en medicina extranjeros, a pesar del aumento del número de licenciados nacionales (Australian Government, Department of Health and Aged Care, 2022).

b. Estrategia para una sanidad rural más fuerte (Stronger Rural Health Strategy, SRHS)

Esta estrategia pretende crear un personal sanitario sostenible y de alta calidad que se distribuya por todo el país en función de las necesidades de la comunidad. Se centra en las zonas rurales y remotas, así como en otras zonas que tienen dificultades para atraer a médicos, enfermeros y otros profesionales sanitarios afines.

El SRHS incluye una serie de incentivos, tales como financiación específica y acuerdos de vinculación que ofrecen a los médicos más oportunidades de formarse y ejercer en las zonas rurales de Australia. También refuerza el papel de las enfermeras y otros profesionales sanitarios para ofrecer modelos de atención primaria más multidisciplinarios y basados en el trabajo en equipo.

El SRHS, consta de muchas iniciativas organizadas en torno a 3 temas que son **enseñar, formar, y contratar y retener** (Australian Government, Department of Health and Aged Care, 2023).

i. Enseñar

Red de Facultades de Medicina Murray-Darling: En la región de Murray-Darling se crearon cinco programas de facultades de medicina rurales para formar la Red de Facultades de Medicina Murray-Darling, lo que significa que los estudiantes de medicina pueden permanecer en sus comunidades mientras estudian.

La ampliación del **Programa de Formación Multidisciplinar en Salud Rural** (RHMT por sus siglas en inglés), que ofrece más plazas rurales a los estudiantes de carreras de salud. El programa RHMT ofrece a los estudiantes la oportunidad de formarse en comunidades rurales y remotas a través de una red de centros de formación. Su objetivo es mejorar la contratación y retención de profesionales de la medicina, enfermería, odontología y afines en las zonas rurales y remotas de Australia.

ii. Entrenar

Como parte de esta actividad, se encuentra el **Programa de formación de médicos jóvenes** (*Junior Doctor Training Program, JDTP*) que financia apoyo educativo para médicos jóvenes que trabajan y se capacitan en entornos rurales de atención primaria y apoyo salarial para aquellos que trabajan en hospitales privados.

Los objetivos de este programa son garantizar un suministro continuo de médicos para prestar servicios sanitarios en toda Australia; impartir educación, formación y supervisión a los médicos en formación de los centros rurales de atención primaria; y aumentar el acceso a una formación de alta calidad para los

médicos en formación de las zonas rurales y el sector privado.

El Programa consta de dos líneas: la **Línea de atención primaria rural** que proporciona financiamiento para el salario y estudios de los médicos en formación que trabajan y se forman en centros rurales de atención primaria y; la **Línea de Hospitales Privados**, la cual entrega apoyo salarial para los médicos en formación que trabajan en hospitales privados (Australian Government, Department of Health and Aged Care, 2023).

iii. Reclutar y retener

El **Programa de Incentivos para la fuerza laboral** tiene dos corrientes. Una es, “Flujo médico” (*Doctor Stream*) que ofrece incentivos para que los médicos trabajen en zonas rurales. Otra es, “Práctica” (*Practice Stream*) que apoya prácticas generales para emplear enfermeras, profesionales de la salud de los aborígenes e isleños del Estrecho de Torres y otros, incluidos farmacéuticos que no dispensan medicamentos (Australian Government, Department of Health and Aged Care, 2023).

c. Programas de apoyo a médicos y especialistas

Se financian programas e iniciativas de apoyo a médicos y especialistas cuyo objetivo es:

- Reforzar la planificación de la mano de obra
- Garantizar una mano de obra altamente capacitada y calificada
- Abordar la escasez de personal y mejorar el acceso a los servicios sanitarios, especialmente en las zonas regionales, rurales y remotas.
- Apoyar al personal sanitario indígena para que preste a los aborígenes e isleños del Estrecho de Torres una atención culturalmente segura (Australian Government, Department of Health and Aged Care, 2023).

Con estos objetivos, las iniciativas son:

➤ Programa de Incentivos para el Personal Sanitario (WIP), que mejora el acceso a una asistencia sanitaria de calidad en zonas regionales, rurales y remotas mediante incentivos económicos. El WIP consta de tres líneas de incentivos:

La **Línea de Práctica**, que paga incentivos a los consultorios para que apoyen la atención multidisciplinar basada en equipos, mediante la participación de una serie de profesionales de la salud.

La **Línea de Médicos**, que paga incentivos directamente a los médicos que prestan atención primaria en centros Monash modificado⁴ (MM) 3-7.

El **pago por competencias avanzadas rurales**, que remunerará directamente a los médicos que presten tanto atención primaria como urgencias y/o competencias avanzadas en ubicaciones MM3-7.

⁴ El Modelo Monash Modificado (MMM) define si una localidad es metropolitana, rural, remota o muy remota.

- Programa de Formación de Especialistas, que apoya puestos de formación en zonas regionales, rurales y remotas, y en centros privados para mejorar las competencias y la distribución de la mano de obra especializada, dando a los participantes experiencia en una gama más amplia de entornos sanitarios.

Este programa tiene por objeto mejorar la mano de obra especializada ofreciendo puestos de formación de calidad en distintos entornos para ampliar las experiencias de los participantes y aumentar el número de especialistas que trabajan en zonas regionales, rurales y remotas. Ayuda a cubrir los salarios de los especialistas en prácticas en puestos de formación fuera de los hospitales docentes metropolitanos tradicionales. Ofrece a los participantes experiencia en una gama más amplia de entornos sanitarios, entre ellos, hospitales privados, salas de especialistas, clínicas y consultas, servicios médicos para aborígenes y entornos no clínicos.

El programa apoya puestos de formación, a través de facultades de medicina especializadas, que incluyen 920 plazas de formación, otros 100 puestos de capacitación a través de la Red Integrada de Formación Rural, y puestos de supervisor y aprendiz, así como educación e infraestructura en el marco del Proyecto Tasmania.

Para ayudar a cubrir el salario anual de los especialistas en prácticas, proporciona a las universidades \$105 mil dólares australianos por puesto equivalente a tiempo completo, una asignación adicional de \$25 mil dólares para la carga de apoyo rural en puestos de formación en zonas regionales, rurales y remotas, y una asignación de \$30 mil dólares para infraestructura privada y supervisión clínica en puestos de formación en el sector privado (Australian Government, Department of Health and Aged Care, 2023).

La formación debe realizarse en un centro acreditado por uno de los trece colegios de médicos especialistas con los que existe un acuerdo. Estos establecen normas profesionales, acreditan los centros de formación y coordinan la educación y formación de los futuros médicos colegiados.

- Programa de apoyo a los becarios no profesionales, que proporciona a los médicos ayuda económica para obtener su beca con el *Australian College of Rural and Remote Medicine* (ACRRM) o el *Royal Australian College of General Practitioners* (RACGP). Al ayudar a los médicos a conseguir una beca, el programa garantiza que puedan acceder a mayores descuentos de Medicare al tiempo que prestan una atención de alta calidad (Australian Government, Department of Health and Aged Care, 2023).

d. Médicos generales y especialistas rurales y regionales

Se apoya a los médicos y especialistas rurales y regionales de múltiples maneras:

- El Programa Ruta Nacional Rural General (*National Rural Generalist Pathway*) reconoce las necesidades y competencias adicionales de los médicos generales rurales. Les ayuda a satisfacer las diversas necesidades sanitarias de los australianos de zonas regionales, rurales y remotas.

- El Programa de Asistencia a los Trabajadores Temporales rurales (*Rural Locum Assistance Program*) apoya y contrata a personal local para que los profesionales rurales puedan tomarse vacaciones y las organizaciones puedan cubrirlas, garantizando que no haya carencias de personal.
- La Actividad de Apoyo al Personal Sanitario Rural financia a las Agencias de Personal Rural para atraer, contratar y apoyar a los profesionales sanitarios de las comunidades rurales y remotas.
- El Programa de Formación Multidisciplinar en Salud Rural apoya a los estudiantes de carreras de salud para que realicen una formación rural. Este programa busca, entre otras cosas, proporcionar experiencias eficaces de formación rural a los estudiantes, ayudar a los profesionales sanitarios rurales a mejorar la salud de los aborígenes y los isleños del Estrecho de Torres, aumentar el número de estudiantes de medicina y salud procedentes de zonas rurales, y crear redes y experiencias de formación clínica rural que animen a los estudiantes a permanecer en la comunidad cuando terminen su formación.
- El John Flynn Prevocational Doctor Program anima a los médicos pre-vocacionales a salir de los hospitales metropolitanos y fomenta el interés por una carrera profesional en la medicina general rural (Australian Government, Department of Health and Aged Care, 2023).

2. Colombia

En Colombia existe la figura del **Servicio Social Obligatorio**, prestación que se realiza en cumplimiento de un deber legal en conformidad al artículo 33 de la Ley 1164 de 2007, reglamentado por la Resolución 774 de 2022 del Ministerio de Salud y Protección Social.

En virtud de la **Ley 1.164 de 2007 por la cual se dictan disposiciones en materia del Talento Humano en Salud**, el Gobierno Nacional dispone de un Programa de Estímulos e Incentivos dirigido al personal de Salud que, entre otras cosas, busca mejorar la presencia y actuación del talento humano en este ámbito, necesarios por disciplina, en aquellas áreas geográfico-poblacionales en las cuales las reglas del mercado no operan. También, para fomentar los programas de formación especializada del talento humano en salud, en disciplinas y áreas prioritarias⁵.

Las **becas crédito** son parte del programas de estímulos e incentivos y son otorgadas teniendo en cuenta las necesidades prioritarias de formación de este talento humano en las áreas clínicas y/o quirúrgicas y de investigación, con dedicación exclusiva en las distintas especialidades reconocidas en salud, focalizando de acuerdo con la capacidad de financiamiento de los beneficiarios, las necesidades regionales y los recursos disponibles⁶ (Congreso de Colombia, 2007).

Los profesionales de la salud que hayan prestado el servicio social en lugares de difícil acceso junto a otros profesionales, tendrán prioridad para acceder a las becas crédito ofrecidas por el gobierno Nacional.

⁵ Artículo 30.

⁶ Artículo 31.

La ley crea el **Servicio Social Obligatorio, SSO**,⁷ para los egresados de los programas de educación superior del área de la salud, el cual debe ser efectuado en poblaciones deprimidas urbanas o rurales o de difícil acceso de los servicios de salud, en entidades relacionadas con la prestación de servicios, la dirección, la administración y la investigación en las áreas de la salud.

El Estado debe velar y promover que las “instituciones prestadoras de servicios (IPS), organismos de Instituciones de Protección Social, Direcciones Territoriales de Salud, ofrezcan un número de plazas suficientes, acorde con las necesidades de la población en su respectiva jurisdicción y con el número de egresados de los programas de educación superior de áreas de la salud”⁸.

El servicio social debe prestarse, por un periodo no inferior a seis meses, ni superior a un año. Se realizará en una profesión de la salud, con posterioridad a la obtención del título como requisito obligatorio y previo para la inscripción en el Registro Único Nacional. El cumplimiento del Servicio Social se hará extensivo para los nacionales y extranjeros graduados en el exterior, sin perjuicio de lo establecido en los convenios y tratados internacionales.

El personal de salud que preste el Servicio Social en lugares de difícil acceso, tendrá prioridad en los cupos educativos de programas de especialización brindados por las universidades públicas, siempre y cuando cumplan con los demás requisitos académicos exigidos. Igualmente, gozarán de descuentos en las matrículas de acuerdo con los porcentajes establecidos por las entidades educativas. El Gobierno Nacional reglamentará los incentivos para las entidades públicas o privadas de los lugares de difícil acceso que creen cupos para la prestación del servicio social⁹.

A su vez, la **Resolución 774 de 2022 Por la cual se reglamenta el Servicio Social Obligatorio para los egresados de los programas de educación superior del área de la salud**, establece diferentes modalidades para el mismo. Así este puede efectuarse en instituciones prestadoras de servicios de salud habilitadas, a través de planes de salud pública de intervenciones colectivas o programas de promoción y mantenimiento de la salud con énfasis en zonas de difícil acceso o dispersas en IPS¹⁰ habilitadas; programas de salud dirigidos a poblaciones vulnerables (población reclusa, desplazados, indígenas, menores en abandono bajo la protección del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar - ICBF, centros de atención a personas mayores, entre otros); fuerzas militares y policía nacional¹¹.

La coordinación de la apertura, aprobación, número y cierre de plazas, acorde con las profesiones y modalidades que se ajusten a las características de salud de su población y condiciones de sus planes, programas y proyectos, es resorte de las secretarías de salud departamentales y distritales, así como de los organismos de dirección de las instituciones donde se aprueben las mismas¹² (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022).

⁷ El Servicio Social creado en la presente ley sustituye para todos los efectos del personal de la salud, al Servicio Social Obligatorio creado mediante la Ley 50 de 1981.

⁸ Artículo 33.

⁹ Artículo 33, Parágrafo 4°.

¹⁰ Institutos prestadores de Salud.

¹¹ Artículo 8.

¹² Artículo 14.

La remuneración de los profesionales del SSO, **deberá ser equivalente a la de cargos desempeñados por profesionales similares en la misma institución**. Cuando en ésta no existan cargos ocupados por profesionales similares, la remuneración deberá ser equivalente a la de mayor valor de cargos desempeñados por profesionales similares en las instituciones de la región o municipio más cercano al lugar de prestación del Servicio Social Obligatorio.

Cuando el Servicio Social Obligatorio **deba prestarse en zonas con poblaciones deprimidas urbanas y rurales o de difícil acceso a los servicios de salud, las instituciones establecerán incentivos para los profesionales de la salud que ocupen dichas plazas, tales como pago de transporte aéreo, marítimo, fluvial o terrestre, subvención del alojamiento y alimentación, entre otros**¹³ (Ministerio de Salud y Protección Social, 2022).

El profesional en medicina que aspire a ser inscrito en el Sistema Nacional de Residencias Médicas, deberá haber definido su situación frente al Servicio Social Obligatorio¹⁴. Por su parte, los profesionales inscritos en el proceso de asignación, **que no obtuvieren plaza quedarán exonerados del Servicio Social Obligatorio y tramitarán la autorización del ejercicio profesional ante la entidad competente**.

a. Proyecto de ley Gobierno del Presidente Gustavo Petro

Por su parte, existe un proyecto de ley del gobierno del Presidente Gustavo Petro, por medio del cual se transforma el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones. En este mismo, se introducen modificaciones al Servicio Social Obligatorio (SSO), señalando que “las plantas de personal de salud que cumplen el SSO se articularán especialmente a los equipos de Atención Primaria Integral en Salud, APIRS y a los equipos de atención en donde sean necesarios, especialmente en regiones apartadas”.

Además, en el marco del Sistema Nacional de Residencias Médicas, de que trata la Ley de 1.917 de 2018¹⁵, “los médicos residentes podrán ser incluidos en los equipos de atención en regiones apartadas según las necesidades de cada región conforme al concepto de Territorios Saludables, mediante convenios entre las autoridades regionales y las instituciones hospitalarias, públicas o privadas, donde estén realizando su práctica de formación especializada”¹⁶ (Ministerio de Salud y Protección Social, 2023).

Cabe señalar que un médico residente es una persona que se ha graduado como médico general, que ha realizado su servicio social obligatorio y que decide ser especialista médico quirúrgico y los odontólogos que cursan la especialización médico quirúrgica en cirugía oral y maxilofacial, proceso que cumple internado en un hospital o clínica, con dedicación de tiempo completo. Ello, según la Ley 1.917 del 12 de julio de 2018, que creó el Sistema Nacional de Residencias Médicas con el cual **se les garantiza una remuneración mensual no inferior a tres salarios mínimos mensuales como apoyo**

¹³ Artículo 32.

¹⁴ Artículo 36.

¹⁵ Más información ver en: <http://bcn.cl/3f7q6>

¹⁶ Artículo 129.

para sus actividades educativas, afiliación a salud y riesgos profesionales, derecho a receso remunerado y turnos, entre otros beneficios (Congreso de Colombia, 2018).

3. Francia

En Francia, la reducción de personal del sector sanitario, sobre todo en determinadas especialidades, como pediatría, ginecología, psiquiatría o dermatología, y la distribución desigual en las distintas regiones del país, han sido identificadas como las causas principales de los ‘desiertos sanitarios’ (Asociación Internacional de la Seguridad Social, AISS, 2021). No obstante, en los últimos quince años se pusieron en práctica un conjunto de medidas para luchar contra este problema. (Polton, Chaput, Portela, & Millien, 2021).

Los análisis realizados por la *Direction de la Recherche, des Études, de L'évaluation et des Statistiques* (DREES) sobre la base del panel de observación de las prácticas y condiciones de la medicina general, pone de relieve los efectos generacionales. La posibilidad de ejercer en grupo fue la razón de elegir su lugar de ejercicio actual para el 73% de los médicos menores de 40 años y sólo el 27% de los mayores de 60. La disponibilidad de asistencia sanitaria en la zona también es un criterio de elección más frecuente (56%, frente al 48%), al igual que las facilidades para la familia (71%, frente al 57%) (Chaput, et al., 2020)¹⁷.

Desde el 2020, algunas regiones insuficientemente atendidas, han tenido más o menos dificultades (según las especialidades) para mantener una oferta suficiente de médicos. Esta situación persiste a pesar de la puesta en marcha de incentivos para que los médicos se instalen en las regiones sub-atendidas (Direction générale du Trésor, 2019).

A continuación, se mencionan distintos tipos de incentivos, agrupados según se trate de medidas financieras, relacionadas con la formación o vinculadas con el apoyo a los profesionales y mejora de las condiciones de trabajo.

a. Medidas financieras

Incentivos convencionales para instalarse en zonas con escasez de médicos

Las primeras medidas se introdujeron en 2007 mediante una cláusula adicional al convenio médico de 2005 que correspondía a un aumento del 20% de los honorarios para los médicos que ejercen en grupos en zonas poco densas. El acuerdo de 2011 modificó este sistema estableciendo un 10% para los médicos que ejercen en grupo, 5% para los que ejercen en el marco de una agrupación sanitaria, con un límite máximo a los importes totales y añadió ayudas a la inversión. También se incorporó una remuneración adicional para los médicos que no ejercían en zonas con pocos recursos, pero que aceptaban renunciar a parte de su tiempo de atención médica para ayudar a sus colegas. Estas medidas se sustituyeron en el acuerdo de 2016 por cuatro tipos de ayudas:

¹⁷ Citado en: “*Remédier aux pénuries de médecins dans certaines zones géographiques. Les leçons de la littérature internationale*”, P. 10.

- i. El contrato de ayuda a la instalación, "*Contrat D'aide à L'installation pour les Médecins*, CAIM, que ofrece una ayuda global a la instalación de hasta €50.000 a los médicos que se establezcan en una zona insuficientemente abastecida y con compromiso de ejercer en ella durante cinco años consecutivos (Polton, Chaput, Portela, & Millien, 2021). Debe trabajar en una práctica grupal y ayudar a proporcionar servicio fuera de horario (Direction générale du Trésor, 2019).
- ii. Los médicos que se disponen a dejar la profesión y que se comprometen a apoyar a un nuevo colega en su consulta durante tres años pueden firmar un Contrato de Transición (COTRAM) y recibir una remuneración adicional (10% de los honorarios, con un límite máximo) (Polton, Chaput, Portela, & Millien, 2021). Es un acuerdo destinado a profesionales mayores de 60 años que estén considerando jubilarse. Durante un período de tres a seis años, pueden recibir hasta €20.000 al año por supervisar a un colega menor de 50 años que trabaja en la práctica en un área vulnerable (y que también puede beneficiarse de un Coscom) (Direction générale du Trésor, 2019).
- iii. Se aplica un acuerdo de coordinación y estabilización de profesionales (COSCOM) a todos los profesionales que trabajan en el sector de los desiertos sanitarios, siempre que se desempeñen en una práctica grupal. Reciben €5.000 al año durante un período de tres a seis años, además de €360 al mes si la consulta acoge a un pasante (Direction générale du Trésor, 2019).
- iv. Un acuerdo regional de solidaridad entre profesionales (CSTM), cuyo objetivo es incentivar a los médicos que trabajan en áreas donde hay un número suficiente de profesionales para ofrecer consultas en áreas desatendidas. Reciben un subsidio correspondiente al 10% de las tarifas que perciben en las zonas desatendidas (hasta un máximo de €20.000 al año) (Direction générale du Trésor, 2019).

Contractualización con las agencias regionales de salud, ARS¹⁸

Introducido en el Código de Salud Pública francés por la Ley de Financiación de la Seguridad Social de 2013, el Contrato Territorial de Médico General (PTMG) está diseñado para alentar a médicos jóvenes a establecerse en la práctica privada en zonas insuficientemente atendidas, ofreciéndoles ingresos garantizados durante la vigencia del contrato, así como una mayor protección social en caso de accidente o baja por maternidad, durante la vigencia del contrato (Polton, Chaput, Portela, & Millien, 2021, pág. 53). Para ello las Agencias Regionales de Salud pueden otorgar el estatus de "Médico General Regional" (PTMG) a jóvenes médicos generales que aún no hayan establecido su práctica o tengan menos de un año de ejercicio. Los médicos de cabecera regionales reciben una compensación adicional de la oficina local del Fondo Nacional del Seguro de Salud (CPAM). A cambio, el médico debe realizar al menos 165 consultas al mes y al menos parte de su actividad en una zona donde el suministro, el acceso o la continuidad de la asistencia sanitaria sean frágiles. (Direction générale du Trésor, 2019).

¹⁸ Regional Healthcare Agencies o Agencias Regionales de Salud.

El régimen de ingresos garantizados y protección social se amplió a otras especialidades médicas en 2015, a través del contrato territorial de médico ambulatorio (PTMA). Este estaba disponible para cualquier médico (médico general o especialista, ya sea que cobraran las tarifas fijas establecidas por la Seguridad Social (médicos del Sector 1) o si cobraban más y no totalmente reembolsables (Sector 2).

Lo anterior se completó en 2017 con la creación del médico territorial sustituto (PTMR), cuyo objetivo es facilitar las sustituciones en zonas con escasos recursos. Este contrato compromete al profesional que lo firma a trabajar en uno o varios consultorios médicos de zonas con escasos recursos, con un volumen mínimo de acciones, a cambio de una remuneración mínima garantizada y un servicio de apoyo administrativo. También se ha establecido un contrato específico para los profesionales aislados con actividad estacional (Polton, Chaput, Portela, & Millien, 2021). Desde 2017, el acuerdo Practicante Regional de Reemplazo o Sustituto (PTMR) ha facilitado a las ARS la sustitución de médicos en zonas desatendidas (Direction générale du Trésor, 2019).

Desde finales de 2020, estos cuatro contratos se han fusionado en un único acuerdo, el contrato de inicio de año o "*Contrat de Début D'exercice, CDE*" (Polton, Chaput, Portela, & Millien, 2021). Este constituye una de los instrumentos nacionales activados para animar a los médicos privados a instalarse en zonas frágiles, en términos de prestación sanitaria. Para ello, el CDE simplifica y normaliza los contratos existentes (PTMG, PTMA, PTMR y PIAS) agrupándolos en un contrato único con una duración de 3 años, no renovable. Está abierto a los médicos jóvenes registrados desde hace menos de un año en el consejo nacional de la orden, pero también a los sustitutos (estudiantes de 3er ciclo o sustitutos con tesis). Su objetivo es un sistema más simple, más legible, más abierto y con términos igualmente ventajosos (Ministère de la Santé et de la Prevention, 2021).

Becas y ayudas económicas para estudiantes e internos

El Contrato de Compromiso de Servicio Público (CESP), introducido por la Ley de Hospitales, Pacientes, Salud y Territorios (HPST) de 21 de julio de 2009 y reafirmado posteriormente por el Pacto del Territorio Sanitario, ofrece a los estudiantes de medicina una beca de estudios de €1.200 brutos al mes. En contrapartida, se comprometen a ejercer en las zonas con escasa oferta de médicos durante un periodo igual al de la beca (Polton, Chaput, Portela, & Millien, 2021). A cambio, en cuanto terminen su formación, se comprometen a ejercer la medicina en áreas carentes de continuidad asistencial (Direction générale du Trésor, 2019).

Ayuda financiera de las autoridades locales

Las autoridades locales también ofrecen numerosas becas y ayudas económicas a cambio de instalarse en sus territorios. Una encuesta realizada en 2019 mostró que al menos 20 consejos departamentales ofrecen becas de estudio y alrededor de diez ofrecen ayudas financieras (aparte del apoyo a la inversión en centros de salud multi-profesionales) (Polton, Chaput, Portela, & Millien, 2021, pág. 53).

b. Medidas relacionadas con la formación

En 2019, el Observatorio Nacional de Demografía de las Profesiones Sanitarias, *Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé*, puso en práctica un nuevo método de distribución de puestos de pasantes entre las subdivisiones para reequilibrar el reparto en favor de los territorios menos dotados. Aunque este mecanismo no basta para eliminar las carencias locales, contribuye a mejorar la equidad global del sistema. El Pacto Territorial por la Sanidad, puesto en marcha en 2012 y reforzado en 2015, introdujo una serie de medidas para desarrollar las prácticas en consultorios médicos y en centros de salud. Se basa en el desarrollo de equipos de atención primaria y comunidades profesionales regionales para facilitar la aparición de nuevos lugares de prácticas, y ofrece apoyo financiero a los estudiantes y becarios que realizan sus prácticas en zonas alejadas de sus centros de formación (Polton, Chaput, Portela, & Millien, 2021, pág. 53).

Un decreto de 2017 acercó los centros de salud a los centros de salud universitarios, en el marco de un impulso al desarrollo de centros de formación clínica en medicina ambulatoria. Además de las medidas nacionales, las autoridades locales están intensificando sus iniciativas para incitar a los futuros médicos a realizar un periodo de formación en su zona: pago de prácticas, facilidades de alojamiento, pero también jornadas de descubrimiento y fines de semana, stands de promoción de la región en las universidades, etc. (Mangeny y Gremy, 2018)¹⁹. Además, se han adoptado iniciativas en determinados sectores para tratar de diversificar el origen territorial y social de los estudiantes de medicina, a saber:

- El programa AlterPACES, implementado en quince universidades desde 2014, ofrece una vía de acceso en el segundo año de estudios de salud a los estudiantes que hayan cursado el segundo o tercer año de una licenciatura en otra universidad.
- Algunas facultades de medicina han creado centros PACES²⁰, en ciudades universitarias más pequeñas, para facilitar el acceso a los estudios de medicina a jóvenes de otras partes de la región.
- Varias colectividades locales han creado dispositivos para facilitar el acceso a los estudios de medicina a los jóvenes procedentes de medios sociales menos favorecidos.

La reforma del acceso a los estudios sanitarios incluida en la Ley de Salud de 2019 ha generalizado y extendido el principio de poder acceder a las carreras de medicina, obstetricia, odontología y farmacia a través de una licenciatura, incluso en las universidades que no tienen facultad de salud (Polton, Chaput, Portela, & Millien, 2021).

c. Medidas de apoyo a los profesionales y mejora de las condiciones de trabajo

El Pacto por el Territorio Sanitario (2012) incluyó compromisos de mejora de las condiciones laborales acordados con las aspiraciones de los profesionales:

¹⁹ Citado en: *Ibíd.*

²⁰ El PASS es la nueva denominación del PACES, tras la reforma del PACES que entró en vigor para el curso 2020/2021. El primer semestre consiste en un plan de estudios básico común a todos los estudios sanitarios.

- Desarrollar el trabajo en equipo aumentando el número de estructuras multi-profesionales Casas de Salud, -*Maison de Santé*²¹, y centros de salud);
- Facilitar su participación en la investigación y la formación;
- Acelerar la transferencia de competencias.

También se ha prestado apoyo a los médicos jóvenes en el proceso de creación de su propia consulta, con la introducción de una "ventanilla única" regional y un asesor de instalación en cada región.

Las autoridades locales también han adoptado numerosas iniciativas. Muchas de ellas han puesto a disposición local inversión en infraestructura para albergar y equipar a los grupos de trabajo. Algunos han ido más lejos, como el consejo departamental de Saône-et-Loire, que ha creado un centro de salud departamental multisede, con estructuras y sucursales repartidas por toda la región. Los médicos que trabajan en este son contratados y remunerados por el departamento. Este proyecto tiene un fuerte componente de apoyo y orientación, con especial atención a las condiciones de la práctica (equipamiento, formación, intercambios entre médicos) (Polton, Chaput, Portela, & Millien, 2021, pág. 54).

Por su parte, el plan "Mi Salud 2022" incluye medidas a largo plazo para abordar la escasez de médicos que fue consagrada en la Ley de Organización y Transformación del Sistema Sanitario. Entre ellas figuró la eliminación de la política "numerus clausus", que restringía el número de médicos al final del primer año de la escuela de medicina, y se aumentó el número de consultas por médico mediante la creación de la profesión de asistente médico. (Direction générale du Trésor, 2019).

Referencias

Referencias Generales

Asociación Internacional de la Seguridad Social, AISS. (21 de Abril de 2021). *¿Hay algún médico? Soluciones al problema de los desiertos sanitarios*. Recuperado el 20 de Septiembre de 2023, de <https://ww1.issa.int/es/analysis/there-doctor-addressing-challenge-medical-deserts>

Australian Government, Department of Health and Aged Care. (15 de Marzo de 2022). *National Medical Workforce Strategy 2021-2031*. Australia. Recuperado el 14 de Septiembre de 2023, de https://www.health.gov.au/sites/default/files/documents/2022/03/national-medical-workforce-strategy-2021-2031_1.docx

Australian Government, Department of Health and Aged Care. (28 de Abril de 2023). *What we're doing for medical doctors and specialists*. Australia. Recuperado el 14 de Septiembre de 2023, de <https://www.health.gov.au/topics/doctors-and-specialists/what-we-do#programs-supporting-medical-doctors-and-specialists>

²¹ Según el artículo L6323-3 del Código de Salud Pública de Francia, las "*maisons de santé*" (centros de salud) prestan asistencia sin alojamiento y pueden participar en iniciativas de salud pública, así como en iniciativas de prevención y educación sanitaria e iniciativas sociales.

Direction générale du Trésor. (11 de Octubre de 2019). Trésor-economics. *Combating France's medical deserts(247)*. Francia. Recuperado el 21 de Septiembre de 2023, de <https://www.tresor.economie.gouv.fr/Articles/2019/10/11/tresor-economics-no-247-combating-france-s-medical-deserts>

Ministère de la Santé et de la Prevention. (22 de Marzo de 2021). *Contrat de début d'exercice (CDE)*. Francia. Recuperado el 20 de Septiembre de 2023, de <https://sante.gouv.fr/professionnels/se-former-s-installer-exercer/contrat-de-debut-d-exercice-cde/CDE>

Polton, D., Chaput, H., Portela, M. e., & Millien, C. (Diciembre de 2021). *Remédier aux pénuries de médecins dans certaines zones géographiques. Les leçons de la littérature internationale.(89)*. Francia. Recuperado el 20 de Septiembre de 2023, de <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2021-12/DD89.pdf>

Referencias Normativas

Congreso de Colombia. (3 de Octubre de 2007). *Ley N°1164 de 2007 Por la cual se dictan disposiciones en materia del Talento Humano en Salud*. Colombia. Recuperado el 15 de Septiembre de 2023, de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/LEY%201164%20DE%202007.pdf

Congreso de Colombia. (12 de Julio de 2018). *Ley N°1917 Por el cual se reglamenta el Sistema de Residencias Médicas en Colombia, su mecanismo de financiación y se dictan otras disposiciones*. Colombia. Recuperado el 15 de Septiembre de 2023, de <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=87441#:~:text=Por%20medio%20de%20la%20cual,y%20se%20dictan%20otras%20disposiciones.>

Ministerio de Salud y Protección Social. (17 de Mayo de 2022). *Resolución 774 de 2022*. Colombia. Recuperado el 15 de Septiembre de 2023, de https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%20774%20de%202022.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (13 de Febrero de 2023). *Radicación Proyecto de Ley “Por medio de la cual se transforma el Sistema de Salud y se dictan otras disposiciones”*. Colombia. Recuperado el 15 de Septiembre de 2023, de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/proyecto-ley-reforma-salud-msps.pdf>

Nota aclaratoria

Asesoría Técnica Parlamentaria está enfocada en apoyar preferentemente el trabajo de las Comisiones Legislativas de ambas Cámaras, con especial atención al seguimiento de los proyectos de ley. Con lo cual se pretende contribuir a la certeza legislativa y a disminuir la brecha de disponibilidad de información y análisis entre Legislativo y Ejecutivo.



Creative Commons Atribución 3.0
(CC BY 3.0 CL)