

Educación de postgrado en pediatría en Chile: desafíos para la calidad formativa en un sistema en expansión

Postgraduate pediatric education in Chile: challenges for training quality in an expanding system

Franco Díaz^{a,b,c}, Jocelyn Riderelli^{a,c}

^aUnidad de Paciente Crítico Pediátrico, Hospital Clínico San Borja Arriarán. Santiago, Chile.

^bUnidad de Investigación y Epidemiología Clínica (UIEC), Escuela de Medicina, Universidad Finis Terrae. Santiago, Chile.

^cRed Colaborativa Pediátrica de Latinoamérica (LAREd Network).

Recibido el 04 de diciembre de 2025; aceptado el 10 de febrero de 2026

¿Qué se sabe del tema que trata este estudio?

La educación de postgrado en pediatría en Chile ha crecido de manera sostenida, con un aumento de programas y de médicos en formación, aunque con heterogeneidad en las mallas curriculares, los campos clínicos y los mecanismos de evaluación.

¿Qué aporta este estudio a lo ya conocido?

Este trabajo ofrece un análisis actualizado del sistema chileno de educación de postgrado en pediatría, centrado en la capacidad formadora, la coherencia curricular y el aseguramiento de la calidad, incorporando lecciones de la experiencia internacional y del rol profesional esperado del pediatra en el mundo actual.

Resumen

La formación de especialistas en pediatría constituye un componente esencial para garantizar una atención de salud segura, integral y equitativa a niños, niñas y adolescentes. En Chile, la educación de postgrado en pediatría ha experimentado un crecimiento sostenido durante las últimas décadas, lo que se ha reflejado en el aumento del número de programas universitarios y de médicos en formación. Este proceso ha respondido a la necesidad de fortalecer el recurso humano en salud infantil; sin embargo, dicha expansión cuantitativa no siempre ha estado acompañada de mecanismos equivalentes y sistemáticos de aseguramiento de la calidad. El objetivo de este manuscrito es analizar críticamente la educación de postgrado en pediatría en Chile, con énfasis en la capacidad formadora de los programas, la organización curricular, el rol de los campos clínicos y de los tutores, y los mecanismos de certificación y de aseguramiento de la calidad del egresado. La brecha de especialistas, la distribución territorial y el contexto demográfico se incorporan como elementos analíticos complementarios, en la medida en que influyen en el diseño, el funcionamiento y los resultados del sistema formador,

Palabras clave:

Educación Médica de Postgrado;
Pediatría;
Residencia;
Acreditación;
Certificación

sin constituir el foco central del análisis. Desde una perspectiva educativa, se examinan las tensiones derivadas de la expansión de cupos formativos en escenarios donde la capacidad docente de los campos clínicos y la disponibilidad de tutores no siempre se han desarrollado de manera proporcional. Asimismo, se analizan los desafíos asociados a la transición hacia modelos de formación basados en competencias, el impacto de las tecnologías de la información y de la inteligencia artificial en el aprendizaje clínico, y el riesgo de implementaciones reduccionistas que privilegien las conductas automáticas por sobre el razonamiento clínico reflexivo. A partir de la experiencia internacional comparada, exponemos que no existen modelos universales directamente transferibles, sino principios de calidad que deben adaptarse a los contextos locales. Se identifican dos enfoques predominantes: modelos centralizados, característicos de Europa continental, con currículos nacionales estructurados y evaluación progresiva; y modelos anglosajones basados en la acreditación independiente y la certificación final estandarizada. Ambos ofrecen lecciones relevantes para el contexto chileno. Fortalecer la educación de postgrado en pediatría en Chile requiere avanzar hacia una mayor coherencia entre el rol profesional, el currículo, la acreditación de programas y la certificación del egresado. Asegurar una formación pediátrica de excelencia no constituye únicamente un desafío académico, sino una responsabilidad ética y de salud pública fundamental para garantizar el derecho a la salud de la infancia y adolescencia.

Abstract

The training of pediatric specialists is essential to ensuring safe, comprehensive, and equitable health care for children and adolescents. In Chile, postgraduate education in pediatrics has expanded steadily over recent decades, as evidenced by the growing number of university programs and the increasing number of physicians in training. While this expansion has strengthened the pediatric health workforce, it has not always been accompanied by equivalent, systematic mechanisms to ensure the quality of training. The objective of this manuscript was to critically examine postgraduate education in pediatrics in Chile, focusing on the training capacity of residency programs, curricular organization, the role of clinical training sites and tutors, and mechanisms for graduate certification and quality assurance. The shortage of specialists, territorial distribution, and demographic context are included as complementary analytical elements, as they influence the design, functioning, and outcomes of the training system, rather than as central objects of analysis. From an educational perspective, we explore the tensions arising from the expansion of training places in settings where teaching capacity on clinical campuses and the availability of teaching staff have not always increased in proportion. We also address the challenges related to the transition toward competency-based education, the influence of information technologies and artificial intelligence on clinical learning, and the risk of reductionist approaches that may favor procedural efficiency over reflective clinical reasoning. Based on comparative international experience, the analysis concludes that there are no universally applicable models, but rather quality principles that must be adapted to local contexts. Two main approaches are identified: centralized systems, characteristic of continental Europe, with structured national curricula and progressive assessment; and Anglo-Saxon models based on independent program accreditation and standardized final certification. Both models offer relevant lessons for the Chilean context. Strengthening postgraduate education in pediatrics in Chile requires greater alignment between professional roles, curricular design, program accreditation, and graduate certification. Ensuring excellence in pediatric training is not only an academic challenge but an ethical and public health responsibility fundamental to safeguarding the right to health for children and adolescents.

Keywords:
Postgraduate Medical Education;
Pediatrics;
Medical Residency;
Accreditation;
Board Certification

*“Muchas de las cosas que necesitamos pueden esperar.
El niño no puede. Ahora es el momento en que sus huesos se están formando,
su sangre se hace, y sus sentidos se desarrollan.
A él no podemos contestarle ‘mañana’, su nombre es ‘hoy’.”*

Gabriela Mistral
(1889-1957)

Introducción

La formación de médicos especialistas en los cuidados de niños, niñas y adolescentes (NNA) constituye un componente esencial para garantizar una atención de salud segura, integral y equitativa. La infancia, entendida hoy como una etapa diferenciada del ciclo vital, es un constructo sociocultural y sanitario de desarrollo relativamente reciente, cuyo reconocimiento ha sido el resultado de procesos históricos, científicos y normativos progresivos. El reconocimiento de las particularidades biológicas, fisiológicas y psicosociales propias de la población pediátrica puede rastrearse hasta comienzos del siglo XIX, período en el que se establecieron las primeras cátedras de pediatría en Alemania y Austria, sentando las bases de la pediatría como disciplina médica independiente.

Tal como fue revisado por Schounhaut L et al.¹ en Andes pediátrica, la educación de pediatría en Chile fue pionera en América Latina, y en 1835 ya se dictaban cursos que incluían específicamente enfermedades de niños en la naciente Escuela de Medicina de la Universidad de Chile. Algo que ejemplifica las dificultades históricas en el reconocimiento de NNA es que la infancia adquirió una dimensión jurídica y universal solo en 1989, con la Convención sobre los Derechos del Niño de las Naciones Unidas. Este tratado estableció un marco normativo vinculante para los Estados, orientando sus políticas públicas y comprometiéndolos a garantizar el cumplimiento de los derechos de la niñez². De manera explícita, el artículo 24 del documento reconoce el derecho de todo niño “al disfrute del más alto nivel posible de salud” y al acceso a servicios de prevención, tratamiento y rehabilitación, lo que incluye la obligación de formar recursos humanos especializados.

En este marco, el pediatra se configura no solo como un agente técnico, sino también como un actor clave en la materialización efectiva del derecho a la salud infantil. El desarrollo histórico y normativo de la pediatría ha consolidado la noción de que la atención de NNA requiere conocimientos y competencias específicas, que trascienden el abordaje de la enfermedad. La práctica pediátrica contemporánea incorpora de manera integral la promoción de la salud, la vigilancia del crecimiento y desarrollo, y la detección precoz de factores de riesgo, dimensiones que influyen de manera decisiva en la salud a lo largo del curso de vida que, en suma, determinan en gran medida la salud de la población³⁻⁵.

La educación médica ha experimentado transformaciones profundas a lo largo de este siglo⁶. Una de las más disruptivas fue, hace poco más de dos décadas, la incorporación masiva de internet y de herramientas digitales, que permitió el acceso inmediato a

información médica en el contexto clínico y facilitó su aplicación directa al lado del paciente mediante dispositivos móviles^{7,8}. Más recientemente, la irrupción de herramientas de inteligencia artificial generativa ha profundizado este cambio, introduciendo un nuevo paradigma en la relación entre el conocimiento, la toma de decisiones y la práctica clínica^{7,9}. En paralelo, la transición desde modelos formativos tradicionales, centrados en la memorización de contenidos, hacia programas basados en competencias ha buscado responder a estas transformaciones; sin embargo, su implementación no está exenta de riesgos¹⁰. Cuando se aplica de manera reduccionista, este enfoque puede favorecer conductas automáticas y evaluaciones fragmentadas, en menoscabo del razonamiento clínico reflexivo necesario para enfrentar escenarios complejos¹¹. Asimismo, la disponibilidad permanente de información digital y herramientas de apoyo cognitivo puede relativizar la importancia de la formación clínica junto a la cama del paciente, con el riesgo de configurar profesionales orientados predominantemente a la ejecución técnica más que al juicio clínico integral¹⁰⁻¹².

El presente manuscrito tiene como objetivo principal analizar críticamente la educación de postgrado en pediatría en Chile, abordando la capacidad formadora de los programas, la organización curricular, el rol de los campos clínicos y de los tutores, y los mecanismos de certificación y de aseguramiento de la calidad del egresado. La brecha de especialistas, la transición demográfica y la experiencia internacional se incorporan como elementos complementarios, en tanto influyen directa o indirectamente en el diseño, el funcionamiento y la evaluación del sistema formador de la especialidad.

Marco normativo y mecanismos de certificación de la especialidad pediátrica en Chile

Chile carece de una ley única o general de especialidades médicas, aunque sí existe un conjunto de normativas que regulan este ámbito. En consecuencia, el título de médico cirujano habilita para ejercer en cualquier área de la medicina a nivel nacional. Sin embargo, desde 2004, el Estado de Chile ha desarrollado progresivamente un marco normativo para el reconocimiento formal de las especialidades^{13,14}. La especialidad de pediatría en Chile fue reconocida formalmente en el año 2007, junto con otras 17 especialidades, mediante el D.S. N° 57. Desde entonces, ha habido un aumento progresivo de pediatras inscritos anualmente ante la Superintendencia de Salud, alcanzando en promedio 280 especialistas al año en el último quinquenio; es decir, casi se ha duplicado en 2 décadas (figura 1).

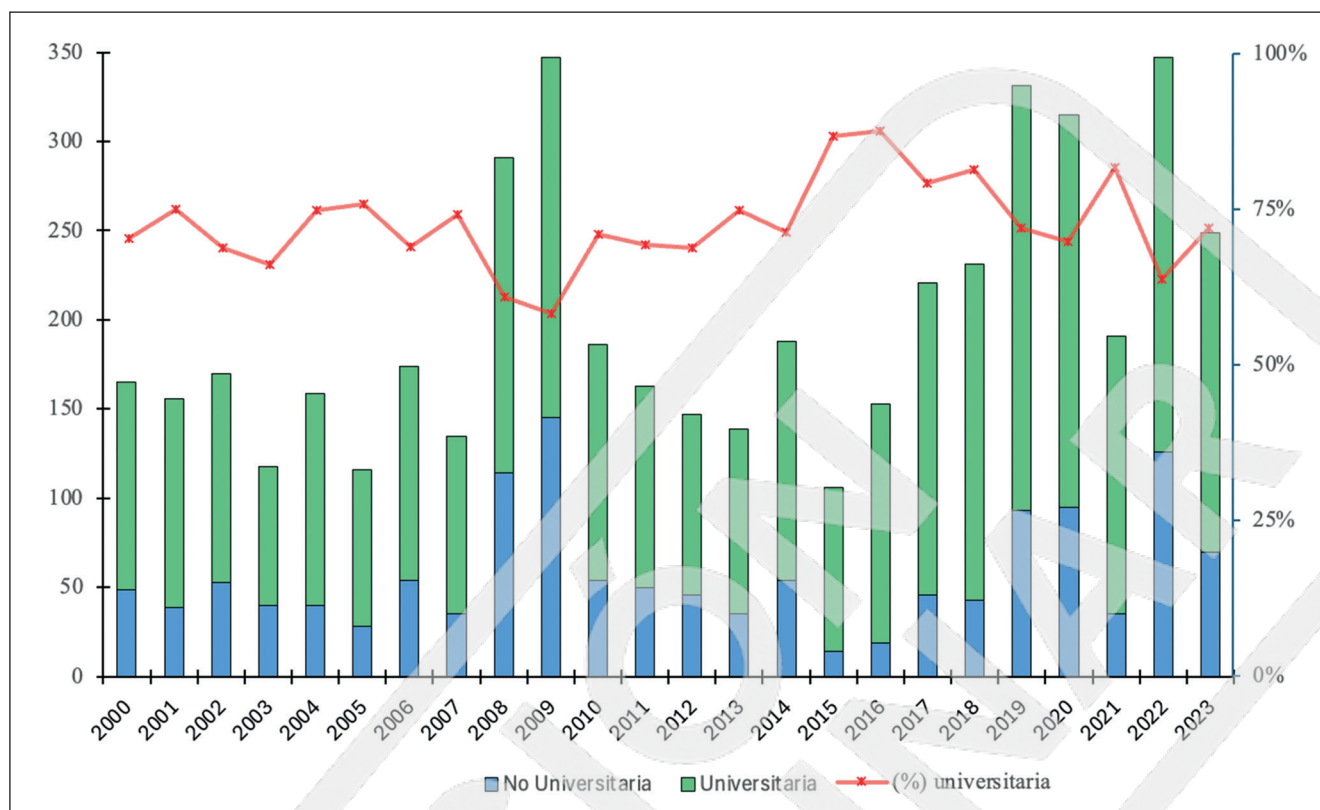


Figura 1. Pediatras inscritos en la Superintendencia de Salud entre 2000 y 2023, según entidad certificadora (universitaria vs. no universitaria), y la frecuencia relativa de certificación universitaria por año. *Elaboración propia según datos del Registro Nacional de Prestadores Individuales de Salud, Superintendencia de Salud, Ministerio de Salud de Chile. Disponible en <https://rmpi.superdesalud.gob.cl/#>

Un médico puede obtener el reconocimiento de especialista en Chile, principalmente por 3 vías^{13,15}:

1. Aprobación de un programa universitario de especialidad en Chile.
2. Aprobación de un programa universitario en el extranjero.
3. Acreditación de competencias adquiridas mediante práctica profesional prolongada y supervisada.

Para los casos 2 y 3, se exige la certificación emitida por una entidad legalmente reconocida para estos fines, como la Corporación Nacional Autónoma de Certificación de Especialidades Médicas (CONACEM; www.conacem.cl).

Es importante notar que la tendencia del número de inscritos con una certificación universitaria es bastante variable y, en promedio, gira en torno al 70% en la tendencia móvil trienal en los últimos 20 años, muy superior a lo observado en la década de los 80 y 90, que alcanzaba a penas al 50%¹³. Previamente al año 2008 (ley N° 20.261), la certificación no universitaria correspondía a múltiples instituciones, como las Fuerzas Armadas (Ejército, Armada y Fuerza Aérea de Chile), Carabineros (DISALCAR) y también a las solicitudes

presentadas por los servicios de salud y directamente por FONASA (asegurador público del sistema de salud chileno), pero en su gran mayoría se realizaba a través de CONACEM (entre el 85% y el 90% por año). Luego de promulgada dicha ley y de su periodo de transición e implementación, desde el año 2016 todas las certificaciones no universitarias de especialidad en pediatría se han otorgado a través de CONACEM.

La ley promulgada en 2008 (ley N° 20.261), al establecer oficialmente que la certificación debe ser realizada por universidades acreditadas, otorga un rol formal al Ministerio de Educación (MINEDUC), como institución que rige las instituciones educacionales, y a la Comisión Nacional de Acreditación (CNA, creada en el año 2006 mediante la ley N° 20.129) como entidad certificadora autónoma de los programas de especialidades médicas. Esto fue reforzado en el año 2015 (ley N° 20.816), lo que generó una coordinación virtuosa tripartita entre el Ministerio de Salud (MINSAL), el MINEDUC y las universidades para asegurar la calidad de la educación médica en especialidades^{13,15}. Sin embargo, al día de hoy persisten falencias graves en su función de garantizar programas de formación de postgrado de excelencia¹⁶⁻¹⁸.

Junto con la proliferación de las casas de estudio que imparten la carrera de medicina, que en octubre de 2025 asciende a 38 escuelas de medicina dependientes de 30 facultades, también surgieron nuevos programas de postgrado en pediatría. Según el reporte de MINEDUC¹⁹, en los últimos 15 años las universidades con programas de formación en pediatría aumentaron progresivamente de 8 a 17, duplicando la matrícula total anual de estudiantes, de 215 a 474 (figura 2A).

Es importante, primero que nada, reconocer que, según lo reportado por la Superintendencia de Educación del Mineduc y la CNA, se otorgan becas (plazas/cupos) en centros universitarios no acreditados de forma sistemática cada año^{19,20}. A modo de ejemplo, en el último trienio (postpandemia), sólo el 25% de los médicos matriculados en primer año ingresaron a programas acreditados (figura 2B).

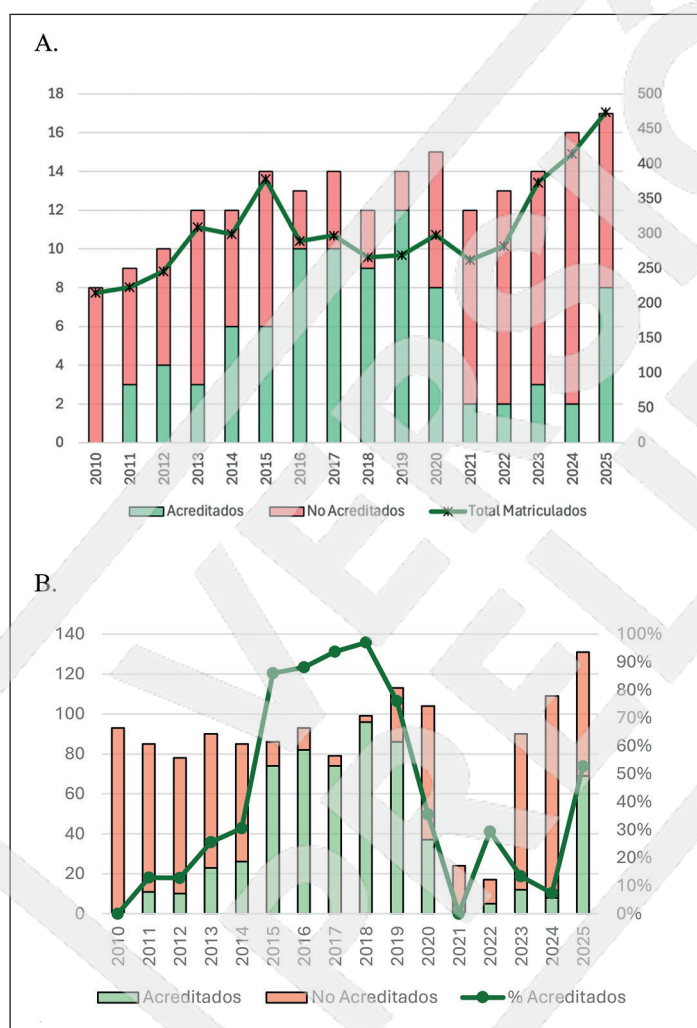


Figura 2. Programas de formación en pediatría general y alumnos matriculados, 2010-2025. **A)** Evolución del número de programas acreditados y no acreditados y del total de matriculados. **B)** Becarios matriculados en primer año en programas acreditados y no acreditados y frecuencia relativa de acreditados. *Elaboración propia según datos del Ministerio de Educación de Chile¹⁹.

El proceso de acreditación, financiado por el Estado y a cargo de la CNA, implica un costo de 191 UTM (aproximadamente USD 15.500) y se basa en la auto-evaluación voluntaria de las instituciones, seguida de una etapa de evaluación externa por pares^{21,22}. Sólo en el año 2023 se publicó un marco de evaluación distinto para los programas de especialidad médica, diferenciándolo de los demás programas de educación superior y postgrado^{17,18,22}. Por lo tanto, aún hay muchas áreas que conllevan una práctica clínica asociada y son pobremente evaluadas, aunque paulatinamente se han ajustado a las condiciones educativas particulares de una especialidad médica²². Los ámbitos propuestos se dividen en 5 dimensiones o áreas de desarrollo: (i) *Docencia y Resultados del Proceso Formativo*, (ii) *Gestión Estratégica y Recursos Institucionales*, (iii) *Aseguramiento Interno de la Calidad*, (iv) *Vinculación con el Medio* y (v) *Investigación, Creación y/o Innovación*. Cada una de ellas se ha estructurado en 3 niveles de desempeño progresivos, cuya suma resulta en la no acreditación o en la acreditación, hasta un máximo de 10 años, lo que refuerza la necesidad de una periodicidad y mejora continua.

Luego de la pandemia, se ha observado una reactivación de la acreditación de los programas (figura 2A), pero aún persiste una gran heterogeneidad en su historial. Mientras que algunas universidades han presentado regularmente a los procesos de acreditación, esforzándose de forma continua, hay otras que solo se han presentado una vez, no han acreditado y no han vuelto a presentarse al proceso en más de una década (figura 3)²⁰. Es importante recalcar que los programas nuevos tienen un periodo de gracia, tras el cual deben presentarse al proceso. La falta de acreditación del programa no impide que sus alumnos continúen cursando el postgrado ni que ingresen nuevos estudiantes con financiamiento público o privado. Esta situación introduce una disociación relevante entre los mecanismos de aseguramiento de la calidad y el funcionamiento efectivo de la estructura educativa formativa, lo que podría transmitir al estudiante un grado significativo de incertidumbre académica y profesional. La formación en programas no acreditados puede limitar la garantía de estándares mínimos en aspectos clave, como la supervisión clínica, la exposición equilibrada a escenarios asistenciales y la coherencia curricular. En este contexto, resulta razonable plantear que, al menos en el proceso de egreso y de otorgamiento del título de especialista, los programas no acreditados cuenten con una supervisión vinculante por parte de un programa acreditado. Lamentablemente, a pesar del riesgo de una adquisición de competencias insuficiente y de un desempeño clínico inadecuado, desde el punto de vista práctico, la certificación del programa no influye de manera significativa en la empleabilidad ni en el de-

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025	CNA 2025	inicio	fin
PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DE CHILE																	NO ACREDITADO	XXX	XXX
UNIVERSIDAD DE CHILE																	ACREDITADO	03-07-24	03-07-29
UNIVERSIDAD DE ANTOFAGASTA																	ACREDITADO	26-06-24	26-06-28
UNIVERSIDAD DE LA FRONTERA																	ACREDITADO	06-03-24	06-03-30
UNIVERSIDAD DE LOS ANDES																	ACREDITADO	12-01-23	12-01-29
UNIVERSIDAD DE VALPARAISO																	NO ACREDITADO	XXX	XXX
UNIVERSIDAD DEL DESARROLLO																	NO ACREDITADO	XXX	XXX
UNIVERSIDAD MAYOR																	ACREDITADO	01-06-22	01-06-26
UNIVERSIDAD DE CONCEPCION																	ACREDITADO	13-11-24	13-11-29
UNIVERSIDAD AUSTRAL DE CHILE																	NO ACREDITADO	XXX	XXX
UNIVERSIDAD DIEGO PORTALES																	ACREDITADO	24-01-24	24-01-26
UNIVERSIDAD SAN SEBASTIAN																	ACREDITADO	09-11-23	09-11-27
UNIVERSIDAD CATOLICA DEL NORTE																	NO ACREDITADO	XXX	XXX
UNIVERSIDAD DE SANTIAGO DE CHILE																	NO ACREDITADO	XXX	XXX
UNIVERSIDAD CATOLICA DEL MAULE																	NO ACREDITADO	XXX	XXX
UNIVERSIDAD NACIONAL ANDRES BELLO																	NO ACREDITADO	XXX	XXX
UNIVERSIDAD DE TALCA																	NO ACREDITADO	XXX	XXX

Figura 3. Programas de postgrado de especialización en pediatría y su estado de acreditación entre 2010 y 2025, según la Comisión Nacional de Acreditación. Rojo: no acreditado. Verde: acreditado. Gris: sin alumnos matriculados. *Elaboración propia según datos del Ministerio de Educación de Chile^{19,20}. **Para algunos programas se han extendido prórrogas o periodos de gracia. Información detallada en: Comisión Nacional de Acreditación. Búsqueda avanzada de acreditaciones: <https://www.cnachile.cl/Paginas/buscador-avanzado.aspx>.

sarrollo académico o profesional de los egresados. La falta de incentivos por parte de las casas de estudios, de los campos clínicos y del estudiante, hace imperiosa la participación de otros involucrados, como las sociedades científicas, académicas o gremiales.

Brechas estructurales en la calidad formativa: capacidad docente, malla curricular y evaluación

Los informes publicados por la CNA revelan que existen programas universitarios de postgrado en pediatría con deficiencias estructurales que trascienden los aspectos administrativos y académicos²⁰. Entre las falencias recurrentes se identifican la disponibilidad insuficiente de docentes dedicados a la supervisión clínica y la sobresaturación de los campos clínicos. Estos factores han sido identificados como limitantes importantes en la adquisición de competencias esenciales por parte de los residentes becados en la experiencia inter-nacional²³⁻²⁵.

Un elemento especialmente crítico es la heterogeneidad de las mallas curriculares académicas. La diversidad de currículum es comprensible y necesaria, ya que cada universidad puede tener su línea de desarrollo, marca institucional y poner énfasis en distintas áreas de la especialidad. Desafortunadamente, en muchos centros, la distribución y el tiempo de rotación no están informados de forma clara ni se mantienen en

años sucesivos, lo que resulta incierto para la mayoría de los estudiantes tanto al momento de la postulación como al comenzar el primer año. Existen programas de pediatría que, según los reportes de CNA, no incluyen rotaciones fundamentales para la formación de un pediatra, como endocrinología, nefrología o infectología. Esta omisión genera vacíos formativos relevantes que pueden comprometer la práctica profesional posterior. Otro ejemplo de brechas formativas que se repiten con frecuencia es la carencia de estadías en atención primaria de manera óptima, el exceso de tiempo hospitalario y la ausencia de rotaciones clínicas innovadoras enfocadas en problemas de la pediatría contemporánea, como la salud mental del adolescente o los niños con necesidades especiales de atención en salud^{25,26}.

En un plano más conceptual, debemos preguntarnos qué consideramos hitos fundamentales para la formación de un pediatra y definir qué características debe tener una rotación clínico-académica de postgrado óptima. Actualmente existen estadías que no cuentan con cuerpo docente formal ni con profesionales asociados a programas universitarios. Quizás pudiéramos concordar en que las rotaciones clínicas sean principalmente asistenciales y que gran parte del aprendizaje esté dado por el “*haciendo aprendo*”, pero los postulantes, los becados y también los empleadores debieran estar al tanto, ya que perdería el sentido una educación universitaria formal. Sin distar mucho de esa situación, se han reportado rotaciones a cargo de un único médico, sin el respaldo de un equipo ni de un servicio clínico de

la subespecialidad formalmente constituido. Más allá de las competencias clínicas asistenciales del especialista a cargo, cabe preguntarse si es deseable, necesario o indispensable contar con una práctica de docencia o de investigación asociada. En otros lugares, la tutoría clínica de especialidad se realiza sin especialistas formados ni acreditados. Todos estos factores inciden tanto en el desarrollo de competencias específicas como en la profundidad del proceso educativo, que carece de un ambiente académico propicio.

Una manifestación concreta de la mencionada heterogeneidad es la variabilidad en los requisitos de titulación. En algunas universidades, simplemente es necesario un examen final teórico a cargo de una comisión interna, integrada por docentes de la misma institución y tutores de rotaciones. En otros, sólo se requiere entregar una tesis, tesina o trabajo de beca; y en otros, se exige una evaluación práctica con rotaciones supervisadas y un examen oral ante una comisión externa, en un formato similar al utilizado por CONACEM. Si bien la exigencia de un trabajo de investigación es frecuente, no existe una claridad uniforme respecto de si este debe limitarse a un proyecto en etapa inicial o si se requiere una investigación finalizada, publicada o en proceso de publicación. Esta dificultad también se ha descrito de manera transversal en Norteamérica y Europa²⁷⁻²⁹.

Equilibrio entre la capacidad formadora, la calidad y la brecha de la especialidad

Lo observado en nuestro país es un dilema presente en la mayoría de los países: lidiar con la falta de especialistas, con la capacidad formadora, con la calidad de los egresados y, finalmente, con su distribución geográfica.

Si bien el análisis de los indicadores globales sugiere que Chile presenta una densidad de pediatras por cada 100.000 NNA comparable al promedio internacional, esta lectura agregada resulta insuficiente para dimensionar adecuadamente el problema³⁰. Al igual que en otros países de ingresos medios, la principal dificultad no radica en un déficit absoluto de especialistas, sino en una marcada centralización geográfica y en una distribución inequitativa de los profesionales. Aunque no existen datos oficiales completamente consolidados, el último informe sobre la Formación y Dotación de Médicos Especialistas en Chile, elaborado por la Asesoría Técnica Parlamentaria del Congreso Nacional, estimó para el año 2023 una densidad cercana a 90 pediatras por cada 100.000 niños en regiones como la Metropolitana, Valparaíso, Biobío y Los Lagos. En contraste, esta cifra puede reducirse a un tercio o incluso a la mitad en la Macrozona Norte y en el Extremo Sur

del país^{15,31,32}. Además, se estima que solo el 60% de los pediatras tienen una relación contractual con el servicio de salud pública¹³. Estas brechas geográficas se ven, además, acentuadas por la coexistencia de dos subsistemas de salud paralelos, público y privado, con lógicas de provisión diferenciadas.

La estrategia del MINSAL ha sido mejorar el financiamiento mediante el Plan de Formación y Retención de Especialistas en el Sector Público de Salud, en curso desde el año 2014^{15,33,34}. En este periodo, el número de cupos anuales de pediatría financiados por el gobierno ha aumentado aproximadamente en un 50%. Para optar o postular a un programa de especialización en pediatría universitaria financiada por el MINSAL, el médico tiene varias opciones^{14,15,17,34}:

- **Concurso Nacional de Ingreso a los Servicios de Salud (CONISS):** orientado a médicos que desean ingresar al sistema público en la *Etapa de Destinación y Formación*. Los seleccionados se destinan a zonas con déficit de profesionales, especialmente en áreas rurales o de difícil acceso.
- **Concurso Nacional de Especialidades Médicas (CONE):** los profesionales seleccionados realizan su formación en universidades acreditadas y, tras completarla, deben cumplir un *Período Asistencial Obligatorio* (PAO) en el sistema público.
- **Concursos para médicos en Etapa de Destinación y Formación (EDF):** orientados a médicos generales que han cumplido su período de destinación y buscan acceder a programas de especialización, comprometiéndose posteriormente a retornar al sistema público para cumplir su PAO.

Para el año 2025 se ofertaron formalmente 75 cupos de especialidad pediátrica EDF, 67 CONE y 77 CONISS. Sin embargo, sólo el 50% fue adjudicado, según el sistema de postulación en línea del Gobierno de Chile^{19,35}.

También existen becas privadas, cuyo objetivo es habitualmente la devolución asistencial o docente en universidades y en consorcios privados de salud. Cada uno de ellos tiene sus propias bases y mecanismos de selección.

Finalmente, las universidades pueden otorgar, de manera discrecional y según su capacidad formadora, cupos *autofinanciados*, en los que el alumno paga directamente a la universidad la matrícula anual y el arancel mensual, sin estipendio y sin compromiso formal de devolución. En estos casos, a diferencia del concurso ministerial, no existe una postulación única y conjunta, lo que constituye uno de los puntos más débiles del sistema en materia de transparencia.

Estos 2 últimos mecanismos varían según el año del concurso y la especialidad postulada. En el caso de la especialidad de pediatría, globalmente representan

entre el 10 y 15 %, pero en algunos programas puede llegar a casi la mitad^{19,35}.

Cabe señalar que cada institución formadora establece requisitos de admisión adicionales a los exigidos por los concursos ministeriales. Los postulantes deben habilitarse previamente en cada universidad antes de participar en el proceso de selección correspondiente, independientemente de la modalidad de financiamiento. Este proceso puede incluir el pago de aranceles administrativos y, en algunos casos, la realización obligatoria de evaluaciones psicológicas financiadas por el propio postulante. En conjunto, estos costos pueden ascender hasta USD 150 por cada institución a la que se postule y son de carácter no reembolsable.

Los puntos antes señalados no están diferenciados respecto del estado de acreditación de los programas de formación. Esta situación refuerza la necesidad de avanzar hacia una mayor información, estandarización y transparencia en los procesos de selección, financiamiento y destinación.

Experiencia comparada internacional: centralización formativa vs. estandarización de egreso

La calidad de la formación en especialidades médicas ha sido objeto de análisis en diversas regiones del mundo, incluyendo Europa, Norteamérica y América Latina³⁶⁻⁴⁰. A pesar de múltiples esfuerzos, no existe consenso sobre un modelo único de regulación y evaluación^{38,41}. Debido a las diferencias y complejidades de los sistemas de salud y de educación, los expertos concuerdan en que cada país debiera considerar propuestas acordes con sus necesidades y capacidades, incluyendo los ámbitos económicos y políticos.

En la experiencia internacional, es posible identificar, en términos generales, dos modelos predominantes de formación de médicos especialistas. El primero, característico de los países anglosajones, se basa en un sistema de acreditación independiente de cada programa, con una malla curricular flexible que permite cierta variabilidad entre instituciones, pero asegura la enseñanza de competencias esenciales. Este modelo se complementa con una certificación nacional estandarizada, generalmente mediante un examen de egreso transversal. En contraste, los países europeos continentales han optado por un modelo de regulación centralizada, en el que el Estado no solo acredita los programas, sino que también asigna cupos de formación y define un currículum nacional obligatorio. Este enfoque se apoya en una evaluación longitudinal, continua y estandarizada a lo largo del proceso formativo, sin requerir habitualmente un examen nacional final para la certificación del especialista.

Canadá ha implementado uno de los modelos más innovadores: el CanMEDS (*Canadian Medical Education Directives for Specialists*)^{42,43}. Este se centra en la formación de un médico experto en un área de la medicina, definiendo un marco integral que abarca desde lo curricular hasta la evaluación por etapas, y estableciendo competencias esenciales y de excelencia, adaptadas a las necesidades nacionales. Este fue desarrollado por el *Royal College of Physicians and Surgeons of Canada* (RCPSC), que también es el ente regente de los 2 instrumentos de salida (egreso) para la certificación: un examen nacional único y el *Final In-Training Evaluation Report* (FITER). Es importante recalcar que RCPSC solo indica las competencias a alcanzar en la estructura de CanMEDS, pero los programas tienen variabilidad en su currículum para impartirlas. En ese sentido, FITER se instala como un estándar para todos los estudiantes, previo a rendir el examen de certificación profesional. En este modelo, las sociedades científicas, como la *Canadian Paediatric Society*, no tienen un rol directo en la acreditación de programas ni en la certificación de los egresados, pero son actores clave en el apoyo curricular y en la generación de normas, guías clínicas y educación continua.

En forma similar, Estados Unidos también se basa en un modelo de niveles progresivos de desempeño (*milestones*), pero la calidad de la educación de postgrado pediátrica se sustenta en una articulación funcional entre tres organismos. Primero, el Accreditation Council for Graduate Medical Education (ACGME) acredita los programas de residencia según estándares nacionales desde el punto de vista institucional (infraestructura, gobernanza, investigación) y los particulares de la especialidad (cuerpo académico, relación académica/alumno, rotaciones clínicas y competencias mínimas, entre otros), pero el currículum específico del programa es autónomo de cada centro. La certificación del profesional egresado y su mantención son otorgadas por el American Board of Pediatrics (ABP), mediante un examen nacional único. Tanto la ACGME como la ABP son entidades privadas sin fines de lucro. Finalmente, el rol de las sociedades científicas, como la American Academy of Pediatrics (AAP), complementa este marco al desarrollar guías curriculares, educación médica continua y lineamientos clínicos, enfocados en el ejercicio profesional, en forma no vinculante.

En Europa continental, predomina un modelo centralizado bajo control estatal. El sistema MIR (Médico Interno Residente) español está regulado por el Ministerio de Sanidad, que define un currículum único nacional, acredita las unidades docentes y asigna los cupos de formación. La participación de entidades académicas, como la Comisión Nacional de la Especialidad de Pediatría, es consultiva y no vinculante⁴⁴. Francia, tras una reforma implementada en 2017, adoptó un mode-

lo similar, con un currículo nacional obligatorio que establece objetivos pedagógicos, competencias clínicas y profesionales, rotaciones mínimas y modalidades de evaluación. Instituciones académicas, como el *Collège National des Enseignants de Pédiatrie*, participan como asesores técnicos. En ambos casos, el fuerte rol del Estado asegura la homogeneidad y el control de calidad, aunque con menor flexibilidad pedagógica. A pesar de que existe el *European Board of Paediatrics* (EBP), que define estándares y recomendaciones, los procesos de acreditación y certificación son voluntarios y opcionales, pero adquieren fuerza en países con una regulación más débil o limitada⁴⁵.

En América Latina, los países han priorizado la expansión cuantitativa por encima de la regulación cualitativa. Brasil mantiene el sistema más estructurado, con acreditación obligatoria a través de la *Comissão Nacional de Residência Médica*. Al igual que en Chile, México, Colombia y Argentina conservan esquemas mixtos o voluntarios, lo que ha derivado en una gran heterogeneidad entre los programas y egresados^{6,46,47}.

Rol del pediatra: una tensión estructural entre la atención primaria y la secundaria, y las expectativas socioculturales

En conjunto con la educación y la certificación, es necesario reflexionar sobre el rol del pediatra como profesional de la salud, así como sobre las expectativas socioculturales. Estos no son homogéneos entre los distintos sistemas de salud de los países, sino que responden a tradiciones organizacionales y modelos formativos. Por ejemplo, en los sistemas anglosajones la atención primaria infantil y el control del niño sano recaen predominantemente en médicos generales o de familia, mientras que el pediatra desempeña un rol de consultor especializado⁴⁸. En países como Estados Unidos, esta atención se realiza casi en su totalidad por pediatras (> 80%)⁴⁹. En Chile persiste una marcada expectativa *pediatro-céntrica*, en la que el pediatra es concebido como el médico de referencia para la población infantil, particularmente en la atención ambulatoria y en el control del niño sano, resaltando su labor preventiva y educativa dirigida también a las familias. Estas expectativas, sin embargo, chocan con la estructura del sistema de salud, acentuada por la existencia de 2 sistemas paralelos de salud, privado y público. En el primero, los controles de salud son realizados por pediatras y especialistas, mientras que, en el segundo, al que pertenecen más del 80% de los niños chilenos, la atención primaria de salud de niños es realizada predominantemente por médicos generales y profesionales no médicos.

Es importante recalcar nuevamente que este aspecto contrasta diametralmente con el sistema de formación de postgrado, históricamente orientado al ámbito hospitalario, y con una preparación ambulatoria variable entre los programas y los campos clínicos. Del mismo modo, es un desafío enfrentar en las próximas décadas la consolidación de la transición epidemiológica con una población envejecida, con una baja tasa de fecundidad y natalidad, asociada a un número creciente de niños con patologías crónicas de alta complejidad, propias de un sistema de salud avanzado.

Esta tensión estructural no constituye solo un problema asistencial, sino un desafío educativo central, que exige alinear la formación de postgrado, los mecanismos de evaluación y los estándares de calidad con las funciones que el pediatra está llamado a desempeñar en el sistema de salud chileno.

Conclusiones

El análisis de la educación de postgrado en pediatría en Chile pone de manifiesto un sistema en expansión que enfrenta tensiones estructurales relevantes. Más allá de la discusión sobre brechas de especialistas o sobre la distribución territorial, el principal desafío radica en cómo se organiza, supervisa y evalúa la formación pediátrica, así como en la capacidad del sistema para garantizar estándares formativos equivalentes entre programas.

La heterogeneidad curricular, las asimetrías en la tutoría clínica, la tensión entre las necesidades asistenciales y la capacidad docente, y la ausencia de mecanismos robustos y periódicos de aseguramiento de la calidad constituyen riesgos concretos para la coherencia del proceso educativo. En este escenario, la expansión de cupos formativos sin una gobernanza educativa clara puede comprometer la homogeneidad de las competencias de los egresados.

Avanzar hacia una educación de postgrado en pediatría de excelencia requiere una política formativa explícita, centrada en una malla mínima común, acreditación obligatoria y periódica de los programas, evaluación longitudinal de competencias y certificación transparente del egresado. La participación activa de universidades, campos clínicos y sociedades científicas resulta indispensable para alinear los objetivos académicos, asistenciales y éticos de la formación pediátrica.

El pediatra del siglo XXI enfrenta desafíos clínicos, sociales y éticos cada vez más complejos, en un contexto de inequidad, cambio tecnológico y nuevas vulnerabilidades de la infancia. Sin embargo, su misión esencial sigue siendo la misma: proporcionar una atención integral, humana y basada en evidencia a NNA y sus familias. Para ello, Chile, al igual que toda la región, ne-

cesita avanzar en garantizar una formación pediátrica de excelencia. La excelencia en la educación pediátrica no es un privilegio académico, sino una responsabilidad ética y de salud pública que involucra a múltiples actores de la sociedad, incluida la comunidad profesional.

Declaraciones

Los autores utilizaron exclusivamente bases de datos públicas para los análisis.

Uso de Inteligencia Artificial

Los autores declaran que la herramienta Creative Writing Coach (OpenAI) se utilizó para una revisión gramatical y ortográfica, y para mejorar la claridad y la coherencia narrativa del manuscrito, sin intervención generativa en el contenido científico.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Referencias

- Schonhaut Berman L, Chávez Zúftiga P, Vargas Catalán NA. Los inicios de la enseñanza de pediatría en Chile y la fundación de hospitales de niños. *Andes pediátr.* 2023;94(1):112-8. doi: 10.32641/andespediatr.v94i1.4618
- United Nations. Convention on the Rights of the Child. New York: United Nations; 1989 [cited 2025 Oct 30]. Available from: <https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-child>
- Fallat ME, Glover J; American Academy of Pediatrics, Committee on Bioethics. Professionalism in pediatrics. *Pediatrics.* 2007;120(4):e1123-33. doi: 10.1542/peds.2007-2230
- Perrin JM, Flanagan P, Katkin J, Barabell G, Jonathan P; Committee on Child Health Financing. The unique value proposition of pediatric health care. *Pediatrics.* 2023;151(2):e2022060681. doi: 10.1542/peds.2022-060681
- Jeyaraj R, Kelly D. What makes a good paediatrician? A focused review of Good Medical Practice 2024. *Arch Dis Child Educ Pract Ed.* 2025;110:125-9. doi: 10.1136/archdischild-2023-326506
- González-Flores P, Luna de la Luz V. La transformación de la educación médica en el último siglo: innovaciones curriculares y didácticas (parte 1). *Investig Educ Med.* 2019;8(30):95-109. doi: 10.22201/facmed.20075057e.2019.30.18165
- Loaiza Amoroso V, Serrano Paredes K de L. La revolución digital en la educación médica: explorando el papel transformador de las herramientas digitales. *Sinerg Educ.* 2024;9(2).
- Kumar A, Liu G, Chi J, Kugler J. The Role of Technology in the Bedside Encounter. *Med Clin North Am.* 2018 May;102(3):443-451. doi: 10.1016/j.mcna.2017.12.006.
- Chávez-Martínez O, Ragacini LA. Educación médica e inteligencia artificial: perspectivas y desafíos éticos. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* 2025;63(5):e6736. doi: 10.5281/zenodo.16748310
- Omran A, Philp N, Otokpa MJ, Kirk A. Clinical Case Summary and Presentation: A Pilot Study to Address the Gap and Improve Medical Students' Performance in Bedside Teaching. *Cureus.* 2025;17(7):e87539. doi: 10.7759/cureus.87539
- Schwartzstein RM, Iyer AA. Critical thinking for 21st-century medicine-moving beyond illness scripts. *JAMA.* 2025;334:1509-10. DOI:10.1001/jama.2025.14901
- Garibaldi BT, Russell SW. Strategies to Reinvigorate the Bedside Clinical Encounter. *N Engl J Med.* 2025;393(21):2142-2150. doi: 10.1056/NEJMra2500226
- Superintendencia de Salud. Caracterización de las especialidades médicas en Chile en 2022. Santiago: Ministerio de Salud; 2023 Jul [cited 2025 Oct 20]. Available from: https://www.superdesalud.gob.cl/app/uploads/2024/02/articles-26547_recurso_1.pdf
- López Moreno JM. El proceso de acreditación de especialistas en pediatría en Chile. *Rev Chil Pediatr.* 2014;85(5):599-607. doi: 10.4067/S0370-41062014000500012
- Lampert MP. Formación y dotación de médicos especialistas en Chile. Asesoría Técnica Parlamentaria del Congreso Nacional; 2023 Sep [cited 2025 Nov 11]. Available from: https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/34986/1/BCN_medicos_especialistas_nacional_y_regional_FINAL.pdf
- Consejo de Rectores de las Universidades Chilenas. Análisis de criterios y estándares de la CNA. Santiago: CRUCH; 2020 Nov [cited 2025 Oct 20]. Available from: <https://www.cnachile.cl/SiteAssets/Paginas/criterios-y-est%C3%AIndares/CRUCH.pdf>
- Hoffman MG. Evolución del plan de formación de especialistas en Chile. *Cuad Méd Soc (Chile).* 2024;64(2):91-9. doi: 10.56116/cms.v64.n.2.2024.1987
- Gnecco P. Situación de la Formación Médica en Chile de Pregrado y Postgrado al año 2024 y sus Desafíos: una mirada desde el Colegio Médico de Chile *Cuad Méd Soc. (Chile).* 2024;64(2): 61-9. DOI:10.56116/cms.v64.n.2.2024.2019
- Ministerio de Educación. Base matrícula histórica 2007-2025. Santiago: Mineduc; 2025 Jul 14 [cited 2025 Oct 4]. Available from: https://mifuturo.cl/wp-content/uploads/2025/07/Matricula_2007_2025_WEB_15_07_2025.zip
- Comisión Nacional de Acreditación. Búsqueda avanzada de acreditaciones [Internet]. [cited 2025 Oct 21]. Available from: <https://www.cnachile.cl/Paginas/busador-avanzado.aspx>
- Comisión Nacional de Acreditación. Reglamento de procesos de acreditación de programas de postgrado y especialidades en salud. Resolución DJ 045-4 Exenta. Santiago; 2019 Dec 19 [cited 2025 Oct 21]. Available from: https://www.cnachile.cl/SiteAssets/Paginas/Acreditacion-institucional/DO_APOST.pdf
- Comisión Nacional de Acreditación. Guía para la elaboración del informe de autoevaluación. Santiago; 2024 Apr [cited 2025 Oct 21]. Available from: <https://www.cnachile.cl/SiteAssets/Lists/Acreditacion/AllItems/Gu%C3%ADa-Informe-Autoevaluaci%C3%B3n-Esp-M%C3%A9dicas-24-04.pdf>
- Atsawarungruangkit A. Residency program characteristics associated with pass rate of the American Board of Pediatrics certifying exam. *Adv Med Educ Pract.* 2015;6:517-24. DOI:10.2147/AMEP.S90022
- Carceller A, Blanchard AC, Barolet J, et al. Cómo llegar a ser un buen pediatra: un equilibrio entre la formación teórica y la formación clínica. *An Pediatr (Barc).*

- 2009;70(5):477-87.DOI:10.1016/j.anpedi.2009.02.003
25. Schonhaut BL, Millán KT, Hanne AC. Formación de especialistas en pediatría y su adecuación a la realidad epidemiológica y laboral. *Rev Chil Pediatr.* 2007;78(6):599-606. DOI:10.4067/S0370-41062007000700005
 26. Schonhaut BL. Los desafíos de la enseñanza de pediatría ambulatoria en el contexto del Chile actual. *Andes Pediatr.* 2006;77(4):405-11. doi: 10.4067/S0370-41062006000400012
 27. Pound CM, Robinson J, Giglia L, et al. Scholarly training objectives for paediatric residents in Canada. *Paediatr Child Health.* 2019;24(2):76-80. doi: 10.1093/pch/pxy070
 28. Kanna B, Deng C, Erickson SN, et al. The research rotation: a competency-based structured approach. *BMC Med Educ.* 2006;6:52. doi: 10.1186/1472-6920-6-52
 29. Geyer BC, Kaji AH, Katz ED, et al. A national evaluation of the scholarly activity requirement in residency programs. *Acad Emerg Med.* 2015;22:1337-44. doi: 10.1111/acem.12802
 30. Harper BD, Nganga W, Armstrong R, et al. Where are the paediatricians? An international survey to understand the global paediatric workforce. *BMJ Paediatr Open.* 2019;3(1):bmjpo-2018-000397. doi: 10.1136/bmjpo-2018-000397
 31. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Dotación de personal en el sistema nacional de salud; informe anual Glosa N°01 c. Santiago: MINSAL; 2021 [cited 2025 Nov 10]. Available from: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/05/Informe-de-Brechas-RHS_-Glosa-01-letra-c.pdf
 32. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Brechas de personal de salud. Informe Ley de Presupuestos N° 21.516. 2023 Jun 29 [cited 2025 Nov 10]. Available from: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2021/05/Glosa-01-d-Ano-2023.pdf>
 33. Salinas P. Ciclo de Médico General de Zona e identidad profesional: un espacio consolidador. *Cuad Méd Soc. (Chile)* 2025;65(2):57-61. doi: 10.56116/cms.v65.n.2.2025.2316
 34. Ministerio de Salud. Plan de ingreso, formación y retención de especialistas. Santiago: MINSAL; 2025 [cited 2025 Nov 1]. Available from: <http://bibliotecadigital.dipres.gob.cl/bitstream/handle/11626/22819/PLAN%20DE%20INGRESO%2c%20FORMACI%3%93N%20Y%20RETENCI%3%93N%20DE%20ESPECIALISTAS.pdf>
 35. Ministerio de Salud. Sistema de postulación en línea [Internet]. [cited 2025 Oct 4]. Available from: <https://postulacionenlinea.minsal.cl/>
 36. Meric R, Stone RG, Lupu VV, et al. The Diversity of Pediatric Residency Programs across Europe: Quality Assurance of Training, Night Shifts, and Wages. *J Pediatr* 2020;226:319-320.e2. doi: 10.1016/j.jpeds.2020.08.001
 37. Dalt LD, Callegaro S, Mazzi A, et al. A model of quality assurance and quality improvement for post-graduate medical education in Europe. *Méd Teach* 2010;32:e57-64. doi: 10.3109/01421590903199734.
 38. Dos Santos RA, Snell L, Tenorio Nunes MD. The link between quality and accreditation of residency programs: the surveyors' perceptions. *Med Educ Online.* 2017;22(1):1270093. doi: 10.1080/10872981.2016.1270093
 39. Schumacher DJ, Kinnear B, Poitevien P, et al. Advancing, graduating, and attesting readiness of pediatrics residents. *Pediatrics.* 2025;155(6):e2025070594. doi: 10.1542/peds.2025-070594
 40. Forson-Dare Z, Du NR, Ocran A, et al. How Good is Good Enough?: Current-Day Pediatric Residency Program Directors' Challenges in Assessing and Achieving Resident Procedural Competency. *Acad Pediatr.* 2023;23(2):473-82. doi: 10.1016/j.acap.2022.11.005
 41. Sutherland K, Leatherman S. Does certification improve medical standards? *BMJ.* 2006;333(7565):439-41. doi: 10.1136/bmj.38933.377824.802
 42. Royal College of Physicians and Surgeons of Canada. Guide of roles and competencies for CanMEDS [Internet]. [cited 2025 Nov 11]. Available from: <https://canmeds.royalcollege.ca/guide>.
 43. Manquilepi Riquelme CA. Evaluación de competencias CanMEDS: diseño de un protocolo para evaluar el profesionalismo en residentes de la Escuela de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile. *Investigación en Educación Médica.* 2017;6(22):e43. doi: 10.1016/j.riem.2017.01.105
 44. Arriola Pereda G, Labarta Aizpún B, Sánchez MJ, et al. Situación actual de la formación en pediatría y áreas específicas: retos y necesidades. *An Pediatr (Barc).* 2023;99:252-6. doi: 10.1016/j.anpede.2023.09.004
 45. Dornbusch HJ, Kurz R, Del Torso S, et al. Is there a 'European Paediatrics'? *Front Pediatr.* 2024;12:1326157. doi: 10.3389/fped.2024.1326157
 46. Lara Perez EA. Enseñanza-aprendizaje de la pediatría. Un diagnóstico situacional y decálogo de propuestas. *Pediatría de México* 2009;11(2):76-8.
 47. Vargas P, Cabrera H, Montalvo J, et al. Análisis comparativo de la certificación, recertificación y acreditación en Latinoamérica para la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria. *Rev Bras Med Fam Comunitaria.* 2016;12(Suppl 1):61-70. doi: 10.5712/rbmf12(1)1275
 48. Patel S, Hodgkinson T, Fowler R, Pryde K, Ward R. Integrating acute services for children and young people across primary and secondary care. *Br J Gen Pract.* 2020;70(693):158-159. doi: 10.3399/bjgp20X708917
 49. Phillips RL Jr, Bazemore AW, Doodoo MS, Shipman SA, Green LA. Family physicians in the child health care workforce: opportunities for collaboration in improving the health of children. *Pediatrics.* 2006;118(3):1200-6. doi: 10.1542/peds.2006-0051