

Política Integral para el Recurso Médico de la Atención Primaria de Chile

Comprehensive Policy for Primary Health Care Medical Resource Chile

Dr. Camilo Bass del Campo¹, Inés Guerrero Montofre², Fabricio Villacís Coronel³, Omar Ulloa Gutierrez⁴, Ingrid Kremser Ruiz⁵

Resumen

La actual reforma en salud planteó dar un impulso inédito a la Atención Primaria de Salud (APS) y conseguir la cobertura necesaria para solucionar el mayor número de problemas en la consulta médica junto a la implementación de programas de promoción, prevención y rehabilitación de la salud comunitaria. A pesar de las intenciones declaradas, existen problemas no abordados que amenazan el éxito de este proceso, por ejemplo, la ausencia de una política integral de desarrollo del recurso médico de la atención primaria, lo que produce que en la actualidad persista un significativo déficit de horas médicas en este nivel de atención.

La Agrupación Nacional de Médicos de Atención Primaria surge frente a la necesidad de enfrentar los problemas que nos afectan, y está conformada por los médicos que trabajamos en el nivel primario del Sistema Público de Salud en Chile, incluye a los médicos con contrato municipal, así como aquellos regidos por el Artículo 9 de la Etapa de Destinación y Formación y los de la Etapa de Planta Superior de la Ley Médica con desempeño en los centros de salud. Nuestra organización desde sus inicios ha abordado de manera activa y propositiva la búsqueda de una política integral para el desarrollo del recurso humano de la Atención Primaria, así como también de un modelo de atención donde el nivel primario de salud sea capaz de responder con calidad y dignidad a las demandas de la comunidad. La propuesta de política integral para el desarrollo de los médicos de APS está contenida dentro de las 10 demandas determinadas por nuestra organización, que incluyen disminuir el déficit de al menos 1.500 médicos APS, mejorar los rendimientos de atención, trabajar en condiciones que permitan otorgar una atención de calidad, aumento de la resolutivez, destinar tiempo para prevención y promoción de salud, disminuir la inestabilidad laboral, regular la atención de urgencias, mejorar las remuneraciones, reuniones clínico administrativas de estamento y participación en los Consejos de Desarrollo.

El objetivo de este trabajo consiste en evidenciar la importancia de la implementación de una Política Integral para los Médicos APS, para mejorar la calidad de la atención que podemos brindar a la comunidad, fortaleciendo la permanencia de los médicos en el primer nivel de atención, además de la resolutivez que debe brindar la Atención Primaria de nuestro país.

Palabras Clave: Médicos, Atención Primaria, Política de Recursos Humanos.

Artículo recibido el 15.11.12. Aceptado el 19.4.13.

- 1 Presidente de la Agrupación Nacional de Médicos de Atención Primaria. camilobass@yahoo.com
- 2 Vicepresidenta de la Agrupación Nacional de Médicos de Atención Primaria.
- 3 Secretario General de la Agrupación Nacional de Médicos de Atención Primaria.
- 4 Secretario de Finanzas de la Agrupación Nacional de Médicos de Atención Primaria.
- 5 Prosecretaria de la Agrupación Nacional de Médicos de Atención Primaria.

Abstract

The current health reform raised unprecedented boost to the Primary Health Care (PHC) and get the coverage needed to solve the most problems in medical practice by the implementation of programs of promotion, prevention and rehabilitation of health Community. Despite the stated intentions, there are problems not addressed that threaten the success of this process, for example, the absence of a comprehensive resource development of primary care physician, which currently produces a significant gap persists hour medical care at this level.

The National Association of Primary Care Physicians address the need arises to deal with problems that affect us, and is comprised of physicians who work in the primary level public health system in Chile, including municipal contract physicians and as those governed by Article 9 of Destination and Training Stage and Stage of Plant Senior Medical Act performing at health centers.

Our organization since its inception has dealt active and purposeful search for a comprehensive policy for human resource development for primary care, as well as a model of care which the primary care level is able to respond with quality and dignity to the demands of the community.

The proposed comprehensive policy for the development of PHC physicians is contained within the 10 claims identified by our organization, including reducing the deficit of at least 1,500 doctors APS, improve yields care, work permit granted under care quality, increased problem-solving, allocating time for prevention and health promotion, decrease job instability, regular emergency care, better wages, estate administrative clinical meetings and participation in the Development Councils.

The aim of this paper is to demonstrate the importance of implementing a Comprehensive Policy for Medical APS to improve the quality of care we provide to the community, strengthening the retention of physicians in primary care as well of resoluteness that should provide primary care in our country.

Keywords: *Physicians, Primary Care, Human Resources Policy.*

I. INTRODUCCIÓN

La actual reforma en salud planteó dar un impulso inédito a la Atención Primaria de Salud (APS) y conseguir la cobertura necesaria para solucionar el mayor número de problemas en la consulta médica junto a la implementación de programas de promoción, prevención y rehabilitación de la salud comunitaria.⁽⁶⁾

A pesar de las intenciones declaradas en la reforma, implementada desde hace más de cinco años, de situar a la APS como el eje central del sistema de salud, y que han aumentado progresivamente los recursos destinados a este nivel de atención, en la práctica existen problemas no abordados que amenazan el éxito de este proceso. Un ejemplo relevante es la ausencia de una política integral de desarrollo del recurso médico de la atención primaria, lo que produce que en la actualidad persista un significativo déficit de horas médicas en

este nivel de atención, consistente en un rango entre 1.364 a 7.488 jornadas médicas de 44 hrs.^(7,8) (Tabla 1)

Dentro de estas intenciones se encuentra el aumentar la resolutividad en el nivel primario, factor clave para cumplir las expectativas de esta reforma. Esto se traduce en la capacidad de diagnosticar y tratar adecuadamente la patología prevalente, con los métodos diagnósticos y terapéuticos disponibles, derivar oportunamente lo que corresponda e influir en la incidencia de patologías a través de métodos eficaces de prevención.⁽⁹⁾

Aun antes de la reforma destacaba la importancia que tiene el trabajo médico del nivel primario de atención. Esta realidad se ha hecho más evidente en la medida en que han aumentado el acceso y la cobertura de la población. En el año

6 Rosselot, E. (2003). La atención primaria y el proyecto de reforma de la salud. (<http://www.med.uchile.cl/2003/marzo/1026-la-atencion-primaria-y-el-proyecto-de-reforma-de-la-salud.html>).

7 Estudio de brechas de oferta y demanda de médicos especialistas en Chile. Colaboración Técnica Banco Mundial – Gobierno de Chile. Serie Cuadernos de Redes N° 31. Enero 2010.

8 Primary Care- Will It Survive? N Engl J Med 355; 9.

9 Programa de resolutividad en Atención Primaria año 2008. Ministerio de Salud de Chile. Subsecretaría de redes asistenciales. División de Atención Primaria en Salud. Departamento de diseño y gestión de APS.

Tabla 1:
Estimación del Déficit de Médicos de APS en el Sistema Público de Chile

Médicos	Cantidad Disponible	Cantidad Necesaria	Déficit Absoluto	Déficit en %
1/3.333	2.310 ¹	3.674	1.364	- 37,1%
1/1.125 ²	2.310	9.798	7.488	- 76,4%
1/2.000	2.310	6.124	3.814	- 62,3%

Fuente: Elaboración Propia con información de:

¹ Estudio de brechas de oferta y demanda de médicos especialistas en Chile. Colaboración Técnica Banco Mundial – Gobierno de Chile. Serie Cuadernos de Redes N° 31. Enero 2010.

² Primary Care- Will It Survive? N Engl J Med 355; 9.

2007, las atenciones de los médicos de atención primaria correspondieron al 71,1% del total de consultas médicas no urgencias (16.430.089 de 23.107.703), por otro lado, en los Servicios de Atención Primaria de Urgencias se atendieron 6.278.006 personas, lo que constituye un 39,5% del total de 15.891.637 atenciones de urgencias del sistema público.⁽¹⁰⁾

La Estrategia de Atención Primaria de Salud:

Starfield define la APS como *“la atención permanente brindada en el primer punto de contacto, orientada a la persona, que satisface las necesidades de salud de cada persona. Refiere solamente aquellos casos demasiado poco comunes como para mantener el nivel de resolución, y coordina la atención cuando las personas reciben servicios en otros niveles de atención.”*⁽¹¹⁾ Además, demuestra con evidencia las características de los beneficios que conlleva a los países contar con una atención primaria fuerte:

- Mejores resultados en la salud.⁽¹²⁾
- Costos menores.⁽¹³⁾
- Mayor equidad en salud.⁽¹⁴⁾

En nuestro país, la APS se ha definido de la siguiente manera: *“apunta a problemas más comunes en la comunidad a través de servicios promocionales, preventivos, curativos y de rehabilitación para maximizar la salud y el bienestar. Integra la atención cuando existe más de un problema de salud, actúa en el contexto donde existe la enfermedad e influye en la respuesta de las personas ante los problemas de salud. Organiza y racionaliza el despliegue de todos los recursos, básicos y especializados para promover, mantener y mejorar la salud.”*⁽¹⁵⁾

El Modelo de Salud Familiar:

El Modelo de Atención con Enfoque Integral y Familiar en el Nivel Primario, se orienta a proporcionar a los individuos, familia y comunidad, el cuidado de la salud que responda a sus necesidades de manera integral, continua, oportuna y eficaz, que sea accesible y de calidad, a través de los Centros de Salud Familiar que contando con equipos de salud capacitados, ejecutan actividades con Enfoque Familiar.⁽¹⁶⁾

Este modelo se basa en el trabajo con la población a cargo manteniendo un contacto cercano y permanente con su equipo de cabecera, en todo el ciclo vital, en el proceso salud-enfermedad y en todos los niveles de intervención en la red articulada de servicios.⁽¹⁷⁾

10 Barría M. Presentación ¿Crisis de la salud? Nuestra situación sanitaria, Minsal (2008).

11 Barbara Starfield, MD. Global Imperatives for Primary Care. Presented at the First Iberoamerican Regional Congress-WONCA Iberoamerican CIMF. Plenary Session: Building a Primary Care-based Health System. Buenos Aires, Argentina (12-10- 2006).

12 Puntaje en Atención Primaria y Mortalidad Prematura en 18 países de la OCDE. Macinko et al, Health Serv Res 2003; 38:831-65.

13 Puntaje en Atención Primaria versus gasto en salud, 1997. Barbara Starfield, MD. Puntaje en Atención Primaria versus gasto en salud, 1997.

14 Análisis de Estados en EEUU: Atención Primaria y Esperanza de Vida. Shi et al, J Fam Pract 1999; 48:275-84.

15 Manual de Apoyo a la Implementación del Modelo de Atención Integral con Enfoque Familiar y Comunitario en Establecimientos de Atención Primaria. Minsal 2008.

16 Modelo de Atención Integral-Familiar-Comunitario y Redes Asistenciales. Minsal.

17 Manual de Apoyo a la Implementación del Modelo de Atención Integral con Enfoque Familiar y Comunitario en Establecimientos de Atención Primaria. Minsal 2008.

II. LA ORGANIZACIÓN DE LOS MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA:

La Agrupación Nacional de Médicos de Atención Primaria está conformada por los médicos que trabajamos en el nivel primario del Sistema Público de Salud en Chile, incluye a los médicos con contrato municipal, así como aquellos regidos por el Artículo 9 de la Etapa de Destinación y Formación y los de la Etapa de Planta Superior de la Ley Médica con desempeño en los centros de salud.

Nuestra Agrupación Nacional surge frente a la necesidad de organizar a los Médicos de la APS para tener una vía de expresión que permitiera resguardar los intereses de los médicos que se desempeñan en este nivel de atención, situación que hasta esa fecha no había sido abordada de forma seria y concreta por ninguna otra instancia, lo cual se manifestaba por la grave situación laboral en la que nos encontrábamos, traducida en una alta rotación de médicos en los consultorios del país y las deletéreas consecuencias hacia el modelo de atención de salud.

Nuestra organización desde sus inicios ha abordado activa y propositivamente la búsqueda de una política integral para el desarrollo del recurso humano de la Atención Primaria, así como también de un modelo de atención donde el nivel primario de salud sea capaz de responder con calidad y dignidad a las demandas de la comunidad.

Tenemos como misión “Organizar y liderar a los médicos del nivel primario público de salud, validar el rol que cumplen en la comunidad, representar sus inquietudes y necesidades comunes y evidenciar la problemática del trabajo médico en la APS y de su funcionamiento en general”.

Nuestra Visión es “Convertirnos en la organización representativa de los médicos de atención primaria de todo Chile, que lidere la construcción de una política integral para el desarrollo de los médicos y el equipo de salud en este nivel de atención, promoviendo una práctica clínica de excelencia, en condiciones laborales adecuadas, de acuerdo a un Modelo de APS que contribuya a la construcción de una Salud Pública más solidaria, equitativa y digna para todos los usuarios y usuarias de nuestro país”.

Nuestros Objetivos:

1. Acoger las inquietudes y necesidades comunes de los médicos de la atención primaria de salud.
2. Validar la importancia del médico de la atención primaria en el sistema público de salud.
3. Contribuir a la construcción de una política de desarrollo profesional de los médicos de atención primaria.
4. Instaurar espacios de discusión en torno al ejercicio profesional como una instancia de mejoramiento continuo de las condiciones laborales y la práctica clínica.
5. Promover la atención primaria como elección laboral con condiciones de trabajo e incentivos adecuados en todo el país.

III. PROPUESTAS DE LOS MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA:

La Agrupación Nacional de Médicos de APS ha realizado una propuesta para mejorar el Sistema de Salud de Chile, que consiste básicamente en las siguientes líneas de acción:

- I. Fortalecer la Red de Salud Pública, mediante un Plan Nacional de Salud.
- II. Dotar de médicos y especialistas a los Servicios de Salud y la APS.
- III. Situar a la APS como puerta de entrada y pilar fundamental del Sistema de Salud.

Financiamiento de la APS:

Para lograr el objetivo de dar respuesta a la mayor parte de los problemas de salud de los usuarios del sistema, la APS requiere contar con los recursos suficientes, además de un mecanismo de financiamiento adecuado.

El Ministerio de Salud ha reconocido como insuficiente el presupuesto que destina a las prestaciones co-

rrespondientes al modelo integral de salud. Además, diversos estudios dan cuenta de la escasez del monto asignado. Por ejemplo la Universidad Católica asigna un valor mínimo per cápita (correspondiente a valor del año 2010) de \$3.777⁽¹⁸⁾. Estas evidencias demuestran la necesidad de mejorar el financiamiento de la atención primaria, para responder adecuadamente a las demandas de salud de la población.

En relación al mecanismo de financiamiento vía per cápita, éste demuestra ser más equitativo al compararlo con los aportes municipales, lo que se refleja en que el coeficiente de Gini del aporte per cápita (corresponde a 0,38, comparado con el de los ingresos municipales de 0,53)⁽¹⁹⁾. Otros mecanismos de financiamiento -por ejemplo vía programa o pago por prestaciones- no son capaces de producir incentivos a la eficiencia en la utilización de recursos por parte de los proveedores.

Por otro lado, se deben reevaluar las actividades de APS, reformulando la canasta básica adecuándola a lo que realmente debiera hacerse, es decir, incorporar acciones de prevención y promoción de salud, además de mejoras a la capacidad resolutoria (apoyo diagnóstico y del arsenal farmacológico).

Recurso Médico en APS:

En lo que se refiere a los médicos de atención primaria, desde el Primer Congreso Nacional, efectuado en la Ciudad de Concepción en noviembre del año 2004, al abordar nuestra problemática se realizó la división del trabajo médico en las siguientes áreas:

- 1) Condiciones Laborales.
- 2) Situación Contractual.
- 3) Desarrollo Profesional.

Con el trabajo realizado hasta el momento, se han determinando propuestas que han sido entregadas a las autoridades ministeriales, obteniendo algunos avances parciales, los que fueron conseguidos fundamentalmente a través de las movilizaciones del Colegio Médico el año 2007, y que quedaron contenidos en el *Acta de Acuerdo entre el Ministerio de Salud, el Colegio Médico de Chile, el Colegio de Cirujano Dentistas de Chile y el Colegio de Químico Farmacéuticos de Chile*,⁽²⁰⁾ efectuada el 5 de octubre de 2007. En donde relacionado a los Médicos de Atención Primaria, el Ministerio de Salud asume los compromisos del Concurso Nacional de Becas de Especialidad y un sueldo base bruto mínimo.

Posteriormente, durante ese mismo año se desarrolló el trabajo de la Mesa de Fortalecimiento del Sistema Público de Salud, de donde emanaron acuerdos que asumió el Ministerio de Salud, que se encuentran en los documentos *Compromisos para el fortalecimiento del sistema público de salud*⁽²¹⁾ e *Informe Final del Grupo de trabajo de fortalecimiento del sistema público de salud*.⁽²²⁾ Sin embargo, hasta la fecha, estos compromisos han tenido un desarrollo incipiente.

Las iniciativas mencionadas, en conjunto con otras situaciones que han sido trabajadas con las autoridades ministeriales, como por ejemplo; la asignación de especialidad para los médicos de atención primaria, se encuentran en la perspectiva de crear una **Política Integral para el Recurso Médico de la Atención Primaria**, con el objetivo de hacer atractivo el trabajo en este nivel de atención y así disminuir el déficit y la alta rotación de los médicos en APS. Lo que va en directo beneficio de la población que se atiende en el Sistema Público de Salud, al mejorar la calidad de la atención brindada.

En este sentido, la Agrupación Nacional de Médicos de Atención Primaria, ha definido **10 demandas a desarrollar dentro de esta política**.

18 Asociación Chilena de Municipalidades. Financiamiento de la APS. Una Preocupación De Todos. Modelo de salud familiar y financiamiento en el marco de la atención primaria de salud municipal como estrategia de desarrollo local. 2010.

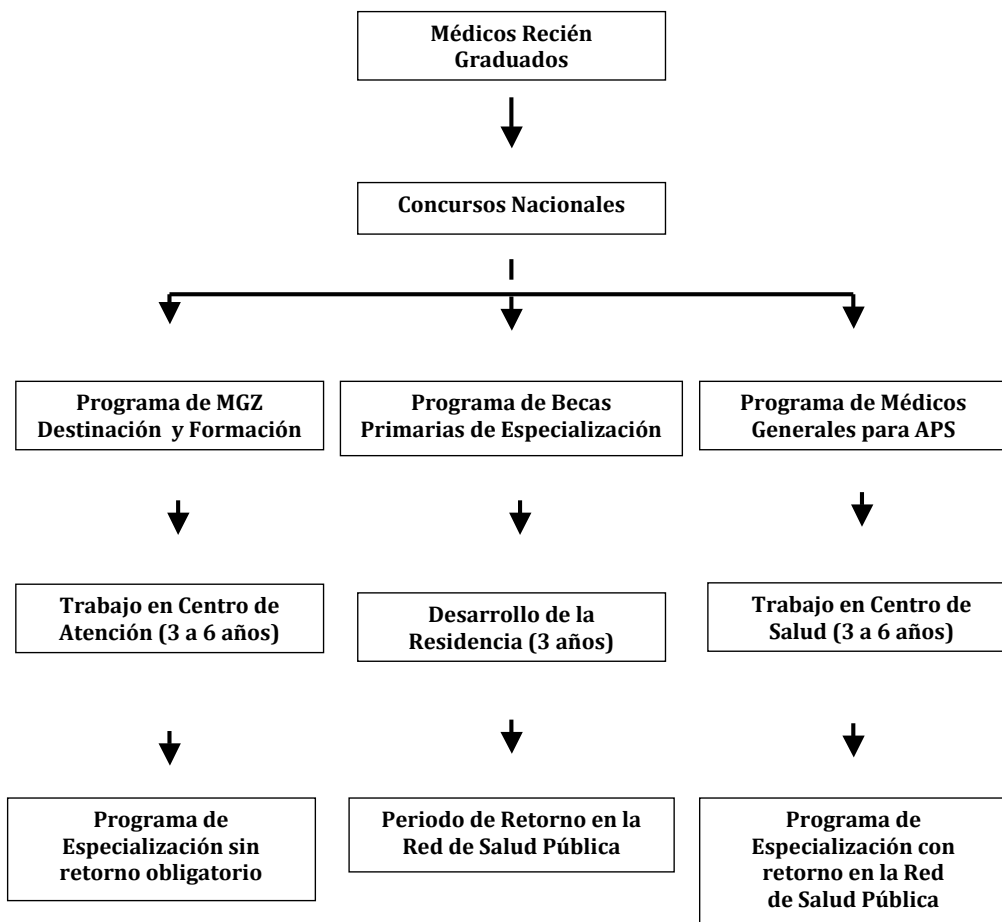
19 Ximena Riesco. Financiamiento y Equidad en el financiamiento de la Atención Primaria de Salud en Chile. Simposio Fortalecimiento del Sistema Per cápita. División de Atención Primaria – MINSAL. (2 y 3 Abril 2008).

20 "Acta de Acuerdo entre el Ministerio de Salud, el Colegio Médico de Chile, el Colegio de Cirujano Dentistas de Chile y el Colegio de Químico Farmacéuticos de Chile". Minsal, 2007.

21 "Compromisos para el fortalecimiento del sistema público de salud". Minsal, 2007.

22 "Informe Final del Grupo de trabajo de fortalecimiento del sistema público de salud". Minsal, 2007.

**Figura 1:
Concursos Nacionales para Médicos Recién Graduados***



* Propuesta para la elaboración de una política de desarrollo profesional de los médicos de atención primaria. Departamento de formación y acreditación, Colegio Médico de Chile. Cuad Méd Soc (Chile) 2010, 50 (2): 150-155.

Demandas de los Médicos de Atención Primaria:

1. Disminuir el déficit de al menos 1.500 médicos en la Atención Primaria:

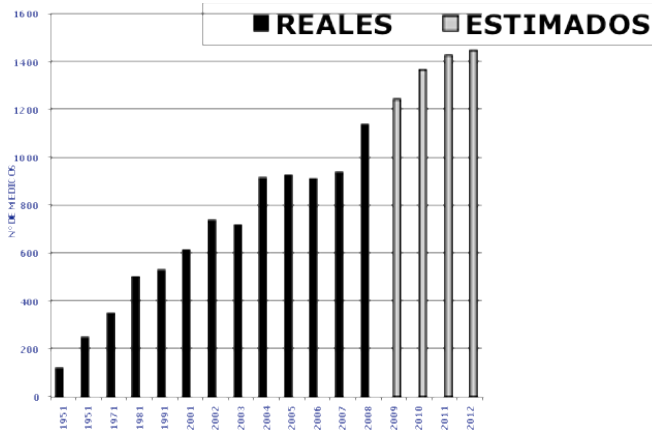
Actualmente existe un déficit de un 37,1 %, lo que equivale a 1.364 jornadas médicas completas (44 hrs. semanales) utilizando el estándar ministerial de 1 médico cada 3.333 personas inscritas en los consultorios. Sin embargo, las publicaciones internacionales refieren la insuficiencia de este estándar, determinando la necesidad de un médico cada 1.125⁽²³⁾ personas, con lo que el déficit aumenta a un 76,4%, lo que corresponde a 7.488 jornadas completas. En este desolador

panorama, la Agrupación Nacional de Médicos de Atención Primaria plantea un estándar más ajustado a nuestra realidad, pero que sea capaz de responder con la calidad requerida a las demandas de la población. El que corresponde a un médico cada 2.000 personas, para lo que se requeriría de 3.814 médicos en jornada completa, 62,3% de déficit actual.

Para responder a la necesidad de médicos generales y especialistas para la APS, se plantea el **Programa de Médicos Generales para APS**. Esta propuesta considera integrar a los médicos recién egresados al Sistema Público de Salud, para que inicien su ejercicio profesional, a través de concursos nacionales, disponiendo de tres alternativas para su incorporación. La primera opción la constituye el Programa de Médicos

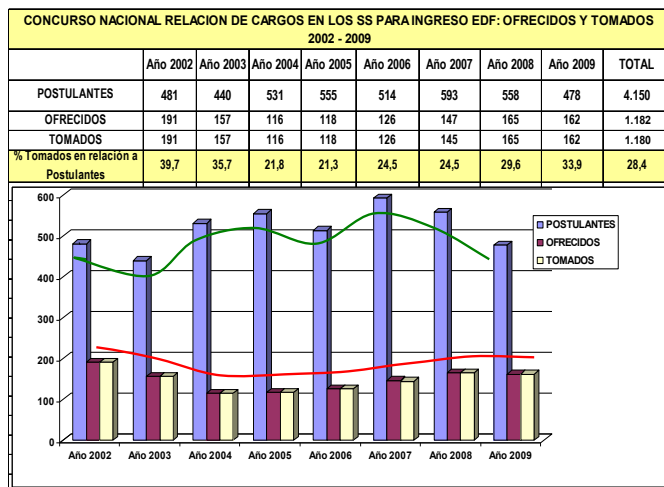
23 Primary Care- Will It Survive? N Engl J Med 355; 9.

Figura 2:
Egreso Anual de Médicos de Universidades Chilenas*



* Román, O. (2009). Presentación "Formación de Médicos en Chile en Función de las Necesidades del País". Seminario "Médicos Generales y Especialistas para la Atención Primaria. Agrupación Nacional de Médicos de Atención Primaria.

Figura 3:
Concurso Nacional de Médicos Generales de Zona en Etapa de Destinación y Formación*



* Feliú, M. (2009). Presentación "Plan de Formación de Especialistas en Chile". Seminario "Médicos Generales y Especialistas para la Atención Primaria. Agrupación Nacional de Médicos de Atención Primaria.

Generales de Zona en Etapa de Destinación y Formación que se encuentra actualmente en vigencia. Este se complementaría con la reposición del Programa de Becas Primarias de Especialización, a los que se adicionaría el Programa de Médicos Generales para la Atención Primaria de Salud. (Figura 1)⁽²⁴⁾

24 Propuesta para la elaboración de una política de desarrollo profesional de los médicos de atención primaria. Departamento de

En el nuevo Programa de Médicos Generales para la Atención Primaria se contempla que médicos recién egresados sean incorporados a la dotación de los Servicios de Salud para trabajar en los consultorios públicos. En este contexto contarán con la posibilidad de postular a una beca de especialidad, luego de un periodo asistencial obligatorio, que se continuará con el periodo de devolución como especialista en la red pública de salud.

Consideramos que la implementación inmediata de este programa es factible dada la disponibilidad actual de médicos, ya que están egresando anualmente más de 1.000 médicos de las universidades chilenas (Figura 2)⁽²⁵⁾. Sólo una fracción de estos logra incorporarse al Programa de Médicos Generales de Zona en etapa de destinación y formación, con un promedio de los últimos 8 años de 28,4% (Figura 3)⁽²⁶⁾.

2. Mejorar los rendimientos de atención:

Esto se relaciona directamente con la calidad de la atención de salud, en lo que atañe a la posibilidad de otorgar una atención integral a las personas teniendo como objetivos; la detección, el control y el tratamiento de las enfermedades, así como la prevención de ellas y la promoción de la salud. Ya que los actuales rendimientos con los que se trabaja, llevan a un detrimento permanente de la relación médico-paciente, en donde el médico debe examinar, diagnosticar, tratar, controlar, educar, orientar al paciente, registrar los datos en la ficha clínica y en la estadística en un poco más de diez minutos, o incluso en algunas comunas en menor tiempo, lo cual es técnica y éticamente insuficiente. En este sentido, se proponen los siguientes rendimientos de atención: **un mínimo de 15 minutos para la atención de morbilidad**, además de ajustar el tiempo mínimo para las actividades de control de salud (por ejemplo, patologías de salud mental y del

formación y acreditación, Colegio Médico de Chile. Cuad Méd Soc (Chile) 2010, 50 (2): 150-155.

25 Román, O. (2009). Presentación "Formación de Médicos en Chile en Función de las Necesidades del País". Seminario "Médicos Generales y Especialistas para la Atención Primaria. Agrupación Nacional de Médicos de Atención Primaria.

26 Feliú, M. (2009). Presentación "Plan de Formación de Especialistas en Chile". Seminario "Médicos Generales y Especialistas para la Atención Primaria. Agrupación Nacional de Médicos de Atención Primaria.

adulto mayor), lo que conllevará a una mejor relación médico-paciente, calidad de atención y resolutivez. Además, creemos necesario trabajar en base a indicadores de calidad (objetivos sanitarios), más que de cantidad de atenciones.

3. Trabajar en condiciones que permitan otorgar una atención de calidad:

Relacionado con el punto anterior, para otorgar una atención de calidad, no sólo se requiere contar con más tiempo para la atención médica, sino que además, se debe disponer de herramientas terapéuticas adecuadas. Esto se traduce en la necesidad de tener un arsenal farmacológico disponible para toda la población que se atiende en los consultorios, así como también una batería de exámenes, tanto de laboratorio como de imagen, acorde con los conocimientos médicos actuales.

4. Aumento de la Resolutivez (Formación Médica Continua y Concurso Nacional de Especialidades):

Son indiscutibles la falta de resolutivez y los largos tiempos de espera que sufren los usuarios de la APS al ser derivados a un centro de mayor complejidad, para así ser evaluados por algún médico especialista, asunto que en algunas localidades puede demorar meses o incluso años. Frente a esto proponemos al Ministerio la creación de un Programa de Desarrollo Profesional Continuo, que logre responder integralmente a la necesidad de capacitación y actualización permanente que requiere el recurso médico de la atención primaria, para otorgar una mejor calidad de atención, con la resolutivez correspondiente.

Esta Política debiera basarse en las siguientes etapas:

- a) Comenzar por medio del **Programa de Médicos Generales para la APS**, que integre a los médicos recién egresados a la dotación de los Servicios de Salud, para que trabajen en los consultorios públicos, a través de un Concurso Nacional. A los que se les efectuará un **proceso de inducción**, para orientarlos acerca de quehacer en APS.
- b) Durante el proceso de desarrollo de los médicos en la APS, se debe **participar en las consultorías**

que efectúan los especialistas en los centros de salud, en diversas áreas de la medicina, así como también **realizar pasantías en el nivel secundario**, lo que debiera producir un natural intercambio de experiencias entre los niveles de atención y mejorar el funcionamiento de la red de salud.

- c) Los médicos de APS al terminar su primer año de trabajo en este nivel de atención, debieran contar con la posibilidad de capacitarse mediante la realización de un **Diploma de carácter clínico**, que permita adquirir los conocimientos necesarios para un mejor desempeño. Ejemplos de estos diplomados son de salud familiar, de aumento de la resolutivez en la atención primaria, u otros en especialidades básicas.
- d) En el caso de los médicos que deseen continuar trabajando en atención primaria como **Especialistas en Medicina Familiar**, debieran poder optar a dicha especialidad a partir del primer año de trabajo.
- e) En el caso de otras especialidades, se debe fortalecer el desarrollo del **Concurso Nacional de Becas de Especialización para Médicos de Atención Primaria**, donde se capacite a los médicos con desempeño en los consultorios municipales y de los Servicios de Salud, para trabajar en las distintas especialidades. Con esto se logrará disminuir los largos tiempos de espera, atendiendo las patologías que se pueden resolver en la atención primaria, sin el uso de equipos médicos de alto costo, además de descongestionar el nivel secundario y terciario de atención. Lo que producirá, además de la resolución del problema antes descrito, un mayor incentivo para el profesional que ejerce en la atención primaria. La programación del Concurso Nacional de Becas de Especialidades para Médicos de Atención Primaria, en cuanto al número y tipos de becas, debiera cubrir las necesidades de atención de salud de la población, las que tendrían que estar contenidas en un **Plan Nacional de Salud**.
- f) El periodo de devolución de estas especialidades se realizará en la red de atención pública de salud, de acuerdo a las necesidades de cada nivel,

debiendo cautelar incentivos adecuados para la permanencia de los médicos en el Sistema Público. Los especialistas deben contar con una **Asignación de Especialidad, correspondiente a un mínimo del 40% del sueldo.**

- g) Los médicos con una permanencia mayor de cinco años, debieran poder realizar **pasantías en el extranjero en atención primaria**, para adquirir conocimientos que puedan mejorar el funcionamiento de la APS.
- h) Posteriormente, con la experiencia ganada luego de siete años en el nivel primario de atención, debiera existir la posibilidad de realizar un **Diploma o Magíster en Gestión**, que posibilite a los médicos de atención primaria a optar a dirigir los centros de salud, aportando con la visión médica y administrativa a conseguir los mayores logros en la salud y atención de salud de la comunidad a cargo.

5. Destinar tiempo para Prevención y Promoción de Salud:

La labor del médico en la APS no se limita a la atención de enfermedades de la población adscrita a un centro de salud, como actualmente se trabaja en el nivel primario de atención. Debido a los conocimientos adquiridos, así como por el rol social con que cuenta nuestra profesión, es necesario que los médicos de consultorios podamos realizar labores de prevención y promoción de salud, tanto en el centro de salud como en la comunidad. Los malos indicadores de nuestro país en relación con los hábitos de vida de la población, justifican que se le otorgue relevancia a estos aspectos, y para poder cautelar su implementación y desarrollo proponemos que un 20% de la jornada de los médicos APS se destine a la prevención y promoción de salud. Sólo así evitaremos la carga de enfermedad que sufriremos en los próximos años.

6. Disminuir la inestabilidad laboral:

Las condiciones de contrato de los médicos de Atención Primaria distan mucho de ser óptimas. A nivel nacional cerca de un 80 % de los médicos que traba-

jan en consultorios lo hacen bajo condiciones de contrato a plazo fijo, situación a todas luces discriminatoria, sobretodo si tomamos en cuenta que el Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal determina que el 80% de los funcionarios debe estar contratado en forma definitiva. En este sentido, proponemos que se establezca la proporcionalidad de contratos indefinidos por categoría, determinando iguales oportunidades de contratación para los diferentes estamentos que conforman el equipo de salud.

7. Regular el tema de la atención de urgencias en atención primaria:

Los Servicios de Atención Primaria de Urgencias (SAPU) han gozado de un gran desarrollo. Esta situación ha producido que la atención de urgencias desde el nivel primario de atención dentro del Sistema Público de Salud sea cada vez más significativa (en el año 2007, las atenciones de urgencias realizadas en los SAPU, llegaron a 6.278.0065, lo que constituye un 39,5% del total de atenciones de urgencias del Sistema Público de Salud para ese mismo año).⁽²⁷⁾ En este contexto es importante destacar que, en la práctica de los médicos de Atención Primaria, de las atenciones que se realizan en los SAPU, el porcentaje de resolución de casos es mayor del 95%, es decir, que la derivación hacia las Unidades de Emergencia Hospitalarias es menos del 5% de las consultas ingresadas.

De acuerdo a los antecedentes mencionados, se propone la apertura de un amplio debate acerca del tema de la atención de urgencias en el Sistema Público de Salud, considerando toda la red de atención, y la importancia que tiene el fortalecimiento del nivel primario, en la solución de éste.

Por lo tanto, planteamos que se deben tomar las medidas necesarias para que la capacidad de la atención primaria supere ampliamente la situación actual y ofrezca una mejor respuesta a la atención de salud de la comunidad. En este sentido, desde la Atención Primaria, para conseguir el funcionamiento adecuado de la red de atención de urgencias, habría que trabajar en los siguientes aspectos:

27 Barría M. Presentación ¿Crisis de la salud? Nuestra situación sanitaria, Minsal (2008).

- a) La contratación de los médicos que trabajan en los Servicios de Atención Primaria de Urgencias por medio de la Ley Médica, siendo en la práctica integrados como funcionarios de la red de atención de urgencias. Con una protección jurídica adecuada, obteniendo los derechos laborales correspondientes, y regularizando la situación ilegal en la que se encuentran trabajando actualmente los médicos en los SAPU.
- b) Efectuar la planificación de una Capacitación Médica continua, que permita a los profesionales acceder a los conocimientos necesarios, con su respectiva actualización, en vista a brindar la atención en situaciones complejas.
- c) Regular el rendimiento de atención, adecuando las dotaciones y otros recursos a la demanda asistencial. Ya que un rendimiento elevado, pone en riesgo calidad de la atención, aumentando errores involuntarios.
- d) Dotar a todos los centros de salud de implementación adecuada para la atención de urgencias vitales.
- e) Se debe normar la implementación de la atención de urgencias en los centros de salud en horario no SAPU.

8. Mejorar las remuneraciones:

En relación al problema en los salarios médicos, los que son insuficientes para incentivar a los médicos para trabajar y permanecer en la Atención Primaria. **Proponemos un sueldo mínimo mensual de \$1.300.000 para todos los médicos de atención primaria que comiencen su carrera profesional**, tanto los médicos en Artículo 9 de la Ley 19.664, como los médicos con contrato municipal. Esta remuneración es equivalente al sueldo que están percibiendo los becados de los programas ministeriales. En el caso de los médicos con contrato por el estatuto municipal, su sueldo actualmente corresponde a un valor que se basa en un sueldo base nacional mínimo y el resto son asignaciones de distinto tipo, todas ellas modificables a criterio de las municipalidades y sus concejos. Creemos incon-

veniente e injusta dicha modalidad, ya que nuestro ingreso anual no debiera establecerse dependiendo del criterio de la autoridad comunal de turno, para lo cual proponemos que el sueldo mínimo sea fijado mediante una Asignación Médica Municipal, vía Artículo 23c del Estatuto de Atención Primaria, como una asignación estable dentro de las remuneraciones, y de carácter nacional.

9. Reuniones Clínico Administrativas de Estamento:

Como una forma de coordinar la mejor atención de las personas, a través de acuerdos logrados por los médicos que atendemos a la comunidad, es que se hace imprescindible que los médicos de atención primaria contemos con el tiempo para celebrar **Reuniones Clínico Administrativa de Estamento Médico**, en todos los consultorios del país, que permitan además la coordinación comunal en algunos aspectos interconsultorios. La duración de estas reuniones debiera ser de una hora semanal, sumables en caso de que tengan una periodicidad inferior.

10. Participación en los Consejos de Desarrollo:

En la Atención Primaria, la interrelación entre la comunidad y los integrantes de los equipos de salud, médicos incluidos, es muy relevante para el éxito de la implementación y desarrollo de las políticas de salud a nivel local. En este sentido, cobra relevancia la participación de representantes del estamento médico en las reuniones de los Consejo de Desarrollo o Consejos Locales de Salud, ya que la sinergia que se puede producir en la interrelación de los médicos con la ciudadanía es un factor importante al preocuparnos por la satisfacción de los usuarios como co-responsables del cuidado de su salud.

IV. PRIORIDADES DE LOS MÉDICOS DE ATENCIÓN PRIMARIA:

La Directiva Nacional Ampliada de la Agrupación de Médicos de Atención Primaria decidió efectuar una priorización de los problemas que nos aquejan, para su resolución al corto plazo. Los temas priorizados se relacionan con el conjunto de medidas necesarias para el fortalecimiento de este nivel de atención y para avan-

zar en situarla como columna del Sistema Público de Salud. Queremos hacer presente la necesidad y urgencia de abordar los puntos aquí mencionados, ya que están poniendo en crisis el desarrollo del recurso humano médico de Atención Primaria en particular, y el futuro de los consultorios, en general:

Financiamiento y Salarios

Aumentar el per cápita basal de la APS a un mínimo de \$ 4.000: La falta de equidad existente entre comunas no puede ser solventada por las arcas municipales, por lo que el Ministerio de Salud debe aportar un presupuesto suficiente para las prestaciones correspondientes al modelo integral de salud. Además, se deben reevaluar las actividades de APS, reformulando la canasta básica adecuándola a lo que realmente debiera hacerse, es decir, incorporar acciones de prevención y promoción de salud, además de mejoras a la capacidad resolutoria (apoyo diagnóstico y del arsenal farmacológico).

Fijar un sueldo mínimo mensual para todos los médicos de APS de \$1.300.000: No se trata de una cifra antojadiza sino de una remuneración equivalente al sueldo que están percibiendo los becados de los programas ministeriales. Proponemos que este sueldo mínimo se efectúe mediante una Asignación Médica Municipal, vía Artículo 23c del Estatuto de Atención Primaria, como una asignación estable dentro de las remuneraciones, y de carácter nacional.

Gestión Clínica

Mejorar los rendimientos de atención a un mínimo de 15 minutos para la atención de morbilidad: Los actuales rendimientos con los que se trabaja, llevan a un detrimento permanente de la relación médico-paciente, en donde el médico debe examinar, diagnosticar, tratar, controlar, educar, orientar al paciente, registrar los datos en la ficha clínica y en la estadística en un poco más de diez minutos, o incluso en algunas comunas en menor tiempo, lo cual es técnica y éticamente insuficiente.

Establecer la obligatoriedad de reuniones clínico-administrativas de estamento médico en todos los centros del país: Esto que debiera ser una medida exigida por los propios centros para el desarrollo clínico de la APS, ha sido impulsada por los propios médicos y

todavía en muchos consultorios, no se otorga el tiempo necesario para su realización.

Especialistas

Dotar de becas suficientes al Concurso Nacional de Becas de Especialidades para Médicos de Atención Primaria, en coherencia con un Plan Nacional de Salud: Debe terminarse con la constante amenaza a la que se ve sometida su realización, en cuanto a calidad, pertinencia y número de cupos, poniendo en entredicho el acuerdo construido el 5 de octubre de 2007 entre el Colegio Médico y el Minsal para desarrollar un programa de formación médica que actúe como incentivo para el profesional que ejerce en la Atención Primaria y como una respuesta a las necesidades de atención de especialidades en salud de la población.

Instaurar una Asignación de Especialidad (correspondiente a un 40% del sueldo total): Esto corresponde a un legítimo incentivo para la permanencia de los médicos especialistas en la Atención Primaria, contribuyendo a terminar con la alta rotación de profesionales que termina afectando la integralidad y continuidad de la APS.

Urgencias

Incorporar a los médicos de urgencia de la APS a la Ley Médica y reglamentar los SAPUS: Se debe terminar con la ilegalidad en que trabajan los médicos en los Servicios de Atención Primaria de Urgencias y contratarlos por medio de la Ley Médica, incorporándolos como funcionarios de la red de atención de urgencias. Esto es ineludible si consideramos la relevancia que han tomado los SAPU en el contexto sanitario del país, ya que según datos de 2007, realizan más de 6 millones de atenciones anuales, correspondientes al 39,5% del total de atenciones de urgencias del Sistema Público de Salud para ese mismo año, y cuyo porcentaje de resolución de casos es mayor del 95%, es decir, que la derivación hacia las Unidades de Emergencia Hospitalarias es menos del 5% de las consultas ingresadas.

Con estas prioridades los médicos APS, esperamos mejorar la calidad de la atención que podemos brindar a la comunidad, fortaleciendo la permanencia de los médicos en el primer nivel de atención, además de la resolutoriedad que debe brindar la Atención Primaria de nuestro país.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rosselot E. *La atención primaria y el proyecto de reforma de la salud*. 05 de marzo de 2003. Página de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. [acceso 10 de diciembre de 2011]; Disponible en: <http://www.med.uchile.cl/2003/marzo/1026-la-atencion-primaria-y-el-proyecto-de-reforma-de-la-salud.html>
2. Ministerio de Salud. *Estudio de brechas de oferta y demanda de médicos especialistas en Chile*. Colaboración Técnica Banco Mundial – Gobierno de Chile. Serie Cuadernos de Redes N° 31. Ministerio de Salud. Enero 2010.
3. Bodenheimer T. *Primary Care- Will It Survive? The New England Journal Of Medicine*. (August 31, 2006) *N Engl J Med* 355; 9.
4. Ministerio de Salud. *Programa de Resolutividad en Atención Primaria*. División de Atención Primaria en Salud. Departamento de Diseño y Gestión de APS. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Ministerio de Salud. 2008.
5. Barría MS. *Presentación “¿Crisis de la salud? Nuestra situación sanitaria*. Ministerio de Salud. Santiago. Chile. 2008.
6. Starfield B. *Global Imperatives for Primary Care*. Presented at the First Iberoamerican Regional Congress-WONCA Iberoamerican CIMF. Plenary Session: Building a Primary Care-based Health System. Buenos Aires, Argentina. 2006.
7. Macinko et al. *Puntaje en Atención Primaria y Mortalidad Prematura en 18 países de la OCDE*. *Health Serv Res* 2003; 38:831-65.
8. Starfield B. *Puntaje en Atención Primaria versus gasto en salud*. 1997.
9. Shi et al. *Análisis de Estados en EEUU: Atención Primaria y Esperanza de Vida.*, *J Fam Pract* 1999; 48:275-84.
10. Ministerio de Salud. *Manual de Apoyo a la Implementación del Modelo de Atención Integral con Enfoque Familiar y Comunitario en Establecimientos de Atención Primaria*. Ministerio de Salud. 2008.
11. Ministerio de Salud. *Modelo de Atención Integral-Familiar-Comunitario y Redes Asistenciales*. Ministerio de Salud.
12. Asociación Chilena de Municipalidades. *Financiamiento de la APS. Una Preocupación de Todos*. Modelo de salud familiar y financiamiento en el marco de la atención primaria de salud municipal como estrategia de desarrollo local. 2010.
13. Riesco X. *Financiamiento y Equidad en el financiamiento de la Atención Primaria de Salud en Chile*. Simposio Fortalecimiento del Sistema Per cápita. División de Atención Primaria, Ministerio de Salud. 2008.
14. Ministerio de Salud. “Acta de Acuerdo entre el Ministerio de Salud, el Colegio Médico de Chile, el Colegio de Cirujano Dentistas de Chile y el Colegio de Químico Farmacéuticos de Chile”. Ministerio de Salud. 2007.
15. Ministerio de Salud. “Compromisos para el fortalecimiento del sistema público de salud”. Ministerio de Salud. 2007.
16. Ministerio de Salud. “Informe Final del Grupo de trabajo de fortalecimiento del Sistema Público de Salud”. Ministerio de Salud. 2007.
17. Colegio Médico de Chile. *Propuesta para la elaboración de una política de desarrollo profesional de los médicos de atención primaria*. Departamento de formación y acreditación, Colegio Médico de Chile. *Cuad Méd Soc (Chile)* 2010, 50 (2): 150-155.
18. Román O. *Presentación “Formación de Médicos en Chile en Función de las Necesidades del País”*. Seminario “Médicos Generales y Especialistas para la Atención Primaria. Agrupación Nacional de Médicos de Atención Primaria. 2009.
19. Feliú M. *Presentación “Plan de Formación de Especialistas en Chile”*. Seminario “Médicos Generales y Especialistas para la Atención Primaria. Agrupación Nacional de Médicos de Atención Primaria. 2009.