

# El modelo de atención integral de salud, base doctrinaria del programa de formación de médicos especialistas básicos para la atención primaria de salud

## The Comprehensive Medical Care Model as a conceptual basis of the training programme of specialists for primary health care

Dr. Manuel Ipinza Riveros<sup>1</sup>

### Resumen

---

El año 2007 se inicia un Programa de Formación de Médicos Especialistas Básicos para la Atención Primaria Urbana de Salud, con un carácter experimental, financiado por el Ministerio de Salud, con la participación académica de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile y con el involucramiento de dos municipios de la Región Metropolitana.

Se entrega información acerca de los antecedentes históricos del Programa, la doctrina que lo inspira, su evolución desde el inicio hasta hoy, el estado actual del mismo y sus perspectivas de desarrollo a futuro.

Se concluye que es un Programa consolidado, que tiene el carácter de una Política de Estado y que es bien evaluado por todas las contrapartes involucradas.

Por todo lo anterior se vislumbran perspectivas de crecimiento y de expansión del mismo a futuro y asimismo se identifican las dificultades que podrían existir para ello.

---

*Palabras clave:* Médicos Especialistas Básicos; Atención Primaria de Salud; Política de Recursos Humanos; Modelo de Atención Integral

---

### Abstract

---

In 2007, a new Programme of Basic Specialists for Urban PHC was started by the Ministry of Health, with the participation of the Faculty of Medicine of the University of Chile in two municipalities of the Metropolitan Region. The Programme is based on previous national experience.

At present the Programme is consolidated as a new government Policy in the field of Health Care Resources for the public sector. The results so far are encouraging and its expansion, including the incorporation of new medical specialties, is envisaged.

---

*Key words:* Basic Specialties; Primary Health Care; Health Care Human Resources Policy; Comprehensive Health Care Model.

---

---

**Recibido el 04 de mayo de 2010. Aceptado el 31 de mayo de 2010**

<sup>1</sup> Coordinador General del Programa, Ministerio de Salud. Profesor Adjunto, Departamento de Educación en Ciencias de la Salud, Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. Correspondencia a: mipinza@minsal.cl

## 1. ANTECEDENTES GENERALES

Los principios y características de este modelo fueron originalmente enunciados, a mitad de la década de los cincuenta, por un grupo de profesionales de la salud, académicos de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, encabezados por el Profesor de Higiene y Medicina Preventiva y Social y a la sazón además Director de la Escuela de Medicina, Dr. Benjamín Viel Vicuña (1). Ellos fueron aplicados en la atención de salud de un sector de la población de Santiago y plenamente validados en el transcurso de su experiencia de ejecución por más de 15 años (2; 3; 4; 5; 6; 7; 8). Son retomados por el Ministerio de Salud en el “Plan de Salud 1996, Componente Programático” y convertidos por este hecho en **Principios de la Política de Salud orientadores del Modelo de Atención deseado para Chile** (9).

Chile se ha caracterizado a lo largo de su historia por desarrollar acciones de promoción y de fomento de la salud, así como de prevención de la enfermedad. Gracias a ello, ya a mediados del siglo XIX controló la Peste Bubónica que continuaba asolando a los países de América Latina. A comienzos del siglo XX controló la malaria, y asimismo lo hizo con el Cólera, hazaña que volvería a repetir a comienzos de los noventa frente a la nueva pandemia que azotó al continente. Erradicó la Viruela decenas de años antes de la fecha establecida como meta por la OMS para el mundo, y lo mismo ocurrió con posterioridad con la Poliomielititis y ahora con el Sarampión. A pesar de las crisis económicas cíclicas que han afectado al país en los últimos veinte años, la desnutrición secundaria, grave y moderada, es parte de la historia. Lo mismo ocurre con las enfermedades diarreicas infantiles, que eran la principal causa de muerte en ese grupo etéreo hace treinta años atrás. Los Programas de Alimentación Complementaria de los niños y de las embarazadas fueron pioneros en el mundo y lo mismo ocurre ahora con la alimentación de los adultos mayores. Chile entró, antes que la mayoría de los países de la tierra, incluidos los más desarrollados, a la fase de eliminación de la Tuberculosis, enfermedad que continúa siendo en ellos un serio problema de salud pública. Podríamos seguir enumerando otros logros alcanzados gracias al saneamiento ambiental, al control de los alimentos, a los Programas y Campañas de Vacunación y a la educación sanitaria.

En el Plan de Salud de 1996 se define el modelo de Atención Integral de Salud como **“... la atención eficiente, eficaz y oportuna, que se dirige, más que al paciente o a la enfermedad como hechos aislados, a las personas consideradas en su integridad física y mental y como seres sociales pertenecientes a una familia, que está en un permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural”**.

Los postulados esenciales de esta doctrina son los siguientes:

- Atención planificada y programada de acuerdo a políticas, planes, normas y estrategias nacionales, debidamente adaptadas a cada realidad local;
- Atención de cobertura universal según necesidades, continua en el espacio y en el tiempo y a lo largo de todo el ciclo vital;
- Integración en todo momento de lo somático y lo psíquico, lo individual y lo social, la promoción de la salud, la prevención, la curación y la rehabilitación de la enfermedad;
- Atención de carácter educativo deliberado y permanente;
- Atención focalizada en la familia como sujeto básico de acción;
- Preocupación por el medio ambiente físico, psicosocial y cultural, en estrecha coordinación y acción con otros sectores e instituciones;
- Organización de los establecimientos de salud por niveles de complejidad que apunten a configurar sistemas de redes integrales de máxima resolutivez y autosuficiencia, descentralizadamente administrados;
- Población sectorizada territorialmente, a cargo de un equipo de salud integral, responsable por la calidad, efectividad, oportunidad y eficiencia de la atención entregada y de su impacto en la salud de esa población;
- Existencia de una **Ficha Familiar** única, que contenga el conjunto de fichas clínicas individuales, además de un informe social familiar sustentado en una visita domiciliaria ;
- Ubicación de los establecimientos de primera línea de atención lo más próximos posible a la población usuaria;

- Supervisión y apoyo permanente por los equipos de especialistas de los establecimientos de la red de mayor complejidad.
- Supervisión y auditoria sistemática por parte de las autoridades de los Servicios de Salud respectivos.

**El Equipo de Salud** constituye el recurso más importante del sistema de atención en general y lo es aún más en el caso del primer nivel del mismo. Desde la perspectiva de una atención integral y de un enfoque biopsicosocial, el trabajo más complejo corresponde precisamente al que se realiza a este nivel. Por otra parte, la satisfacción que proporciona el atender a personas y familias en su entorno comunitario, ocupacional y educacional, no tiene parangón para quienes escogieron la atención de salud como su opción de trabajo. Si a este equipo además se le dota de tecnologías diagnósticas y terapéuticas apropiadas, y se le apoya técnicamente desde los otros componentes del sistema, la capacidad resolutoria del mismo deberá ser muy efectiva, y por lo tanto el impacto de su acción en la salud y en la satisfacción de la población, igualmente muy alta.

El Modelo de Atención deberá reforzar en el futuro su carácter anticipativo, poblacional e integral, privilegiando la promoción y el fomento de la salud, así como la prevención de las enfermedades, y al mismo tiempo deberá proveer una atención curativa de la más alta calidad y resolución.

Se velará por la integralidad funcional de la red asistencial y por la complementación sinérgica de la misma, procurando resolver el mayor número de problemas de salud de la población en los establecimientos de primera línea de atención.

## **2. ANTECEDENTES ESPECÍFICOS DEL PROGRAMA ACTUAL**

El actual Programa de Formación de Médicos Especialistas Básicos para la Atención Primaria de Salud, debidamente adaptado a las actuales condiciones políticas, administrativas, demográficas, epidemiológicas y económico-sociales del país, se inspira en el Modelo de Atención Integral de Salud antes citado, el que fuera ejecutado y validado en Chile, como ya se dijo antes, entre 1958 y 1973 (10).

En el año 2000 el Presidente y el Past President de la Sociedad Chilena de Salubridad, le presentaron a la Ministra de Salud Dra. Michelle Bachelet, una propuesta para formar Médicos Especialistas Básicos para la Atención Primaria (11) que permita en forma progresiva corregir el grave déficit cuantitativo y cualitativo de la atención de salud de la población en los Consultorios bajo administración municipal. El objetivo final de esta propuesta era mejorar la resolutoria de estos establecimientos y contribuir de esta manera a la equidad en un contexto de integralidad del sistema público de atención.

Esta propuesta fue aprobada a mediados del año 2001 por la Ministra y el Subsecretario de Salud de la época, Dr. Ernesto Benhke. El programa se habría iniciado a comienzos del año 2002 pero el cambio de gabinete ministerial lo impidió.

El año 2006 los autores de la propuesta anteriormente mencionada la vuelven a presentar a las autoridades de gobierno de ese momento (12)

En reacción a la misma, la Presidenta de la República, Dra. Michelle Bachelet instruyó a la Ministra de Salud, Dra. Soledad Barría, para que adoptara las medidas necesarias con el fin de implementar el programa en el más breve plazo posible.

Luego de varios encuentros de intercambio de informaciones y de opiniones entre profesionales del Ministerio de Salud y autoridades académicas de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, en los cuales se llegó a acuerdos preliminares acerca del programa, en el mes de diciembre de 2006 la Ministra de Salud envió una carta a la Decana formalizando la solicitud de que sea dicha institución la que inicie en el país este nuevo programa en 2 comunas urbanas pobres de la Región Metropolitana.

*En distintas partes de dicha carta se dice que:*

*"Es política de este ministerio aumentar la capacidad resolutoria de la atención primaria de salud.*

*"para ello ha propuesto una serie de medidas, entre otras...la incorporación de un....profesional médico en especialidades básicas: medicina interna; pediatría; gineco-obstetricia; y psiquiatría general,*

*"con mayor adherencia a los centros de atención primaria y con especial énfasis en los centros urbanos. Se abriría un nuevo canal de formación y destinación.*

*"tendrán, entre otras funciones, la de otorgar una atención continua al grupo familiar, en sus respectivas especialidades, y conformar con el resto del personal de salud del centro, el equipo de salud familiar de las poblaciones territorialmente asignadas a dichos equipos."*

La Decana, en carta fechada el 31 de enero de 2007 responde afirmativamente a la solicitud de la Ministra y por su parte dice:

*"La oportunidad de desarrollar un programa de servicio al país asociado a estándares de excelencia académica, como es el de formación de especialistas médicos que aumenten la capacidad resolutive de la atención primaria de salud, es un desafío para la Universidad de Chile que aceptamos gustosos..."*

*"de acuerdo con nuestra visión, el programa de formación de especialistas para la atención primaria se basa en el desarrollo íntegro de los programas para cada especialidad (medicina interna, ginecología-obstetricia, pediatría y psiquiatría de adultos)..."*

*"el desarrollo de cada programa se extenderá a un total de 6 años, programándose de manera de distribuir el 50% del tiempo total en el programa de formación y 50% en las actividades de atención primaria..."*

En su carta la Decana sugirió que el programa académico, de acuerdo a los programas regulares acreditados, se iniciara en abril del año 2008.

Se concordó en que dicho programa se extendería a lo largo de 6 años, lapso en el cual los médicos becados alternarán períodos semestrales de trabajo exclusivo en Consultorio, con períodos semestrales de formación académica exclusiva en el Campus Occidente de dicha institución (13).

Los becados, además, durante su permanencia en los Consultorios, serían sujetos de un programa complementario de formación en Salud Pública (14).

Se creó un Comité de Programa con participación de académicos de la Facultad y de profesionales del

Ministerio de Salud, el que elabora en detalle el plan de puesta en marcha y de ulterior desarrollo del mismo.

Por decisión de la Ministra de Salud se designó un Coordinador General del Programa y se contrató a partir de julio de 2007 a los primeros médicos que se incorporaron a consultorios de la comuna de Cerro Navia. El propósito de esta decisión es dar una clara señal de apoyo a esta nueva Política de Gobierno respecto a la formación de recursos humanos médicos para fortalecer al Sistema Público de Atención. En los meses siguientes se van agregando más médicos hasta llegar a un número de 20, los que se siguen incorporando a un consultorio de Cerro Navia y a uno de la comuna de Lo Prado (15).

El primero de abril de 2008 se inició formalmente el programa de formación académica de 19 becados. En una ceremonia realizada en el Ministerio de Salud, con la presencia de todos los actores involucrados, se quiso solemnizar la puesta en marcha de esta nueva Política de Salud, fiel continuadora de la mejor tradición chilena en la materia.

### **3. DESCRIPCIÓN DEL PROGRAMA (16)**

El año 2008 el programa se llevó a cabo con la exclusiva participación académica de la Universidad de Chile. El año 2009 se suman otras 3 Universidades: De Santiago; de Valparaíso; y del Desarrollo. El año 2010 se agrega además la Universidad de Concepción.

En el aspecto clínico se cumple exactamente el programa académico vigente y acreditado para las especialidades básicas pertinentes: Medicina Interna, Pediatría, Obstetricia y Ginecología y Psiquiatría. La combinación de la formación hospitalaria con asistencia en Consultorio, en partes iguales, implica que el Programa se extienda a seis años. Esta extensión no introduce diferencia alguna en cuanto al programa académico con respecto al diseño en tiempo completo durante tres años. No genera nuevos títulos de especialidad; no forma "especialistas" en atención primaria o salud familiar. Cada Facultad participante entregará anualmente al Ministerio de Salud, en el mes de octubre, la información acerca del número de "cupos" nuevos acreditados que puede ofrecer al año siguiente.

El programa incluye módulos de Salud Pública teórica y aplicada, susceptibles de acreditación por cada Universidad

participante, como actividad de perfeccionamiento. Estos módulos pueden constituir una asignatura más en el curriculum de cada una de las especialidades de determinada Facultad; o bien, pueden ser desarrollados por docentes acreditados de Salud Pública en el tiempo de consultorio, distribuidos a lo largo de los seis años del Programa. La modalidad será adoptada en conjunto para cada cohorte en cada Facultad. Los módulos incluirán el enfoque integral -personal, familiar y comunitario - de la atención; epidemiología y demografía; planificación y programación; administración sanitaria, y ciencias sociales y de la conducta.

El aspecto clínico hospitalario se imparte en los Centros formadores de alto nivel de cada Facultad de Medicina participante.

La práctica de atención médica de primera línea (APS) transcurre en Consultorios o Centros de Salud urbanos seleccionados según los siguientes criterios (15):

- Que estén en comunas urbanas que presenten un déficit de médicos en relación con la demanda observada y/o con la norma vigente.
- Que estén sectorizados, de manera que los becados puedan concentrar su labor en sectores de 10.000 beneficiarios, en equipos constituidos por dos médicos en formación como internistas, uno en formación como pediatra, uno en formación como obstetra-ginecólogo y uno en formación como psiquiatra. Esta composición puede tener alguna variación de acuerdo a circunstancias locales. Se subentiende que tales equipos deben ser a su vez parte de "equipos de sector" integrados además por los demás profesionales y técnicos que trabajan normalmente en todos los Consultorios, incluidos médicos generales y, donde los hubiere, médicos de familia o especialistas.
- Que tengan el espacio suficiente para las actividades de asistencia y de docencia. El Ministerio ha comprometido los recursos necesarios para "asegurar que los consultorios donde se hará la formación de los especialistas básicos estén a un nivel de calidad ajustada a dicho proceso formativo" incluidas las "medidas para mejorar la eficacia diagnóstica de los laboratorios básicos de la APS" (de la carta citada de la Sra. Ministra de Salud, de diciembre de 2006). Desde hace varios años, los Centros que se

construyen obedecen a un programa arquitectónico adaptado a la atención de salud integral por equipos sectorizados.

- Que cuenten con médicos generales suficientes para otorgar la atención habitual en el sistema de salud de la Comuna. (Este es un requisito que cambiará en relación con el aumento progresivo de la cantidad de médicos del Programa).

Desde el punto de vista del Ministerio de Salud, el Programa representa un nuevo canal de Formación y Destinación, que debe coexistir con el canal de formación de los "Médicos Generales de Zona", los cuales se vienen destinando, con buenos resultados, a la atención de ciudades menores y de sus entornos rurales, desde su creación en 1955.

De acuerdo a la decisión del Ministerio de Salud, las funciones de los especialistas en formación, durante su estadía en los Consultorios o Centros de Salud son las siguientes (15):

- Otorgar una atención continua al grupo familiar en sus respectivas especialidades y conformar con el resto del personal de salud del Centro, el "equipo de salud familiar" de las poblaciones territorialmente asignadas a dichos equipos.
- Participar en las acciones de promoción y prevención en el Centro y en terreno, incluyendo reuniones de equipo de sector, reuniones acerca de familias, sesiones educativas, visitas domiciliarias integrales y contactos de colaboración con las autoridades, organizaciones de la comunidad y demás sectores pertinentes de la localidad.
- Promover y desarrollar reuniones clínicas programadas en el consultorio, sobre problemas de salud característicos de la población y el medio ambiente propios de dicho Centro.
- Promover la investigación científica a nivel de la atención Primaria y difundirla a través de los medios pertinentes; y cuando sea necesario y factible recibir las interconsultas de los médicos generales de los Centros de Salud, de los médicos de familia de los Centros de Salud Familiar, o de las postas de salud rural del sector. Se entiende que esta función comenzará sólo a partir del segundo año del programa y que aumentará después gradualmente.

- Desarrollar actividades docentes para estudiantes y profesionales de la salud, así como capacitación de los equipos de atención primaria, en las especialidades respectivas.

El tiempo dedicado al consultorio debe ser considerado como una actividad docente-asistencial esencial en el plan de especialización. Los programas detallados tomarán en cuenta el requerimiento de los turnos para el servicio y la formación hospitalaria.

Se respetará la condición de alumnos de la Escuela de Graduados de la Universidad; es decir, los candidatos no deben ser empleados por las Municipalidades o los Servicios de Salud en tareas ajenas al Programa, salvo en emergencias agudas.

#### **4. IMPLEMENTACIÓN DEL PROGRAMA**

Dada la importancia que tiene para el Ministerio de Salud el desarrollo de nuevas estrategias que contribuyan a colmar el déficit de médicos capaces de mejorar la resolutivez de la Atención de Primera Línea, se incluirá en el presupuesto sectorial de cada año el financiamiento de las contrataciones de los profesionales seleccionados para cada comuna participante. Se destinarán además recursos para el pago de los derechos arancelarios y de las matrículas a las entidades formadoras pertinentes.

El Programa es supervisado, en sus aspectos de política, académico-técnicos y presupuestarios, por una Comisión Ministerial formada por un Coordinador General nombrado por el Ministro de Salud y por representantes de la División de Gestión y Desarrollo de las Personas y del Departamento de Estudios del Gabinete del Ministro y es de administración de los Servicios de Salud participantes. A nivel de cada Escuela de Post Grado de las Facultades participantes, se constituye una comisión del Programa de la cual forman parte, además de la Dirección de dicha Escuela, los miembros de la Comisión Ministerial o sus representantes. Esta última será reforzada por coordinadores especiales para cada Servicio de Salud o grupo de Servicios. El perfil de estos coordinadores se encuentra descrito en el Oficio Ordinario de 17 de agosto de 2009 (17).

Los Municipios suscriben Convenios con las Universidades, por los cuales comprometen el pago de los aranceles y matrículas correspondientes a la

formación de los especialistas. Los municipios contratan a los profesionales, con los cuales se firma también un Convenio-Compromiso. Los fondos para el pago a las Universidades y para las remuneraciones de los médicos son enviados por el Ministerio a los Servicios de Salud respectivos y esto da lugar al establecimiento de Convenios entre los Servicios y los Municipios para el traspaso de dichos fondos. Los textos de los Convenios constituyen documentos anexos al Programa.

#### **5. INGRESO AL PROGRAMA**

Pueden postular al Programa médicos preferentemente recién egresados a través de un concurso público de selección por antecedentes. Las bases del concurso son elaboradas por cada Universidad dentro del marco establecido por el presente Programa. El proceso de selección es conducido por las Universidades en conjunto con la Comisión Ministerial encargada. Los postulantes son evaluados de acuerdo a sus méritos académicos acreditables; a ello se agrega una entrevista con miembros del Departamento de la especialidad clínica correspondiente, y finalmente, una entrevista con miembros del Comité Ministerial del Programa.

El llamado a concurso será efectuado al comienzo de diciembre de cada año y el proceso de selección se cerrará en la primera semana de enero, dándose a conocer el resultado en la tercera semana de este mes.

El listado definitivo de los postulantes seleccionados, será enviado por el Ministerio a los Servicios de Salud a fin del mes de enero a fin de que estos elaboren y suscriban los Convenios con las Municipalidades.

Durante el mes de febrero las Municipalidades efectuarán las contrataciones de los médicos seleccionados. El contrato empezará a regir a partir del 01 de Marzo, luego de que los respaldos administrativos estén debidamente tramitados, ellos serán enviados al Ministerio de Salud, para que este envíe, a través de los Servicios de Salud, las remesas presupuestarias requeridas.

Una vez hechas las contrataciones, los médicos se presentan en los Consultorios el primer día hábil de marzo para un período de reconocimiento y de introducción a la Salud Pública, durante el cual deben también tener un encuentro con los docentes de las especialidades básicas. A continuación, el primer día hábil de abril, se dividen en

dos grupos iguales, uno de los cuales inicia su formación "clásica" en el Hospital designado, mientras el otro permanece en el Consultorio. La Escuela de Postgrado de cada Facultad participante propone la periodicidad y fechas de los intercambios entre Hospital y Consultorio. También existe la opción de que el tiempo se divida cada día entre los dos lugares.

Durante su permanencia en los Consultorios, los médicos becados contarán progresivamente con el apoyo in situ de médicos acreditados o certificados como especialistas básicos. El perfil de estos tutores se encuentra en el Oficio Ordinario C32 2632 de 17 de agosto de 2009, que se anexa al Programa.

## **7. CONDICIONES JURÍDICAS Y LABORALES DE LOS MÉDICOS**

Los médicos serán contratados por la Ley N° 19.378, Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal, el contrato tendrá una duración de un año y se renovará anualmente hasta cumplir los 6 años en el Programa.

Los períodos de su permanencia en el hospital serán considerados como misiones de estudio y serán debidamente formalizados por el Municipio respectivo.

A contar del año 2009, la remuneración mensual será de \$1.203.000 bruto durante 10 meses (marzo-diciembre) para los becados que ingresan por primera vez al programa y de 12 meses (Enero-Diciembre) para los que son de continuidad. Esta remuneración se reajustará anualmente de acuerdo al incremento de las remuneraciones de los trabajadores del sector público aprobado por el Gobierno.

Los becados deberán firmar un pagaré por un monto anual progresivo, que cubre los gastos en que el Estado incurre para cubrir las remuneraciones de ellos durante sus períodos de formación clínica, así como el pago de aranceles y de matrículas a las instituciones académicas respectivas.

## **8. EVALUACIÓN DEL PROGRAMA.**

Está previsto evaluar científicamente la marcha y el impacto del programa (18).

El componente de especialización clínica será evaluado por los Departamentos universitarios respectivos, de acuerdo a las normas universitarias. A ello se agregará una evaluación especial referida a los efectos que se observen para dichos Departamentos, para los becados y para la atención hospitalaria y que puedan ser atribuidos a la participación en este Programa. Ello puede realizarse en un informe escrito anual de los Departamentos vinculados a cada hospital, en su conjunto, o en una jornada anual de los docentes de una o varias Facultades participantes.

El componente de Atención Primaria y el de Salud Pública será evaluado, cuantitativa y cualitativamente, mediante el registro periódico de los datos correspondientes a un set de indicadores acerca de las actividades realizadas, de los procesos de atención y del grado de satisfacción de los usuarios y demás actores involucrados. Esta evaluación será efectuada por los becados con el apoyo de las direcciones de los consultorios y de los docentes de Salud Pública.

## **9. DESTINO DE LOS MÉDICOS AL FINALIZAR EL PROGRAMA**

Una vez titulados en sus respectivas especialidades, los médicos egresados del Programa podrán optar a los concursos que se abran en el Sistema Público de Atención de Salud, si así lo desean.

La Comisión Ministerial Coordinadora del Programa está elaborando una propuesta de Política Docente Asistencial y de Recursos Humanos Médicos para el Sistema Público de Atención, que a futuro cree las condiciones salariales, de desarrollo profesional y personal, de ambiente y condiciones laborales, de trabajo en equipo y de integración al sistema en su conjunto, que incentiven a la permanencia de estos especialistas en el Sistema.

## **10. ESTADO ACTUAL DE LA EJECUCIÓN DEL PROGRAMA**

Con fecha 8 de marzo de 2010, el Ministro de Salud Dr. Alvaro Erazo dictó una Resolución Exenta, la cual da respaldo formal al Programa y lo instituye explícitamente como una nueva Política de Recursos Humanos en Salud del Gobierno (19).

Con fecha 17 de marzo de 2010, la nueva Subsecretaria de Redes Asistenciales, Dra. Giovanna Gutierrez, emite un

Oficio Ordinario dirigido a los Directores de los Servicios de Salud de Valparaíso, Metropolitano Norte, Metropolitanos Sur, Metropolitano Occidente, Metropolitano Sur Oriente y de Talcahuano (12), a través del cual los instruye acerca de la modalidad de contratación de Especialistas Tutores para el apoyo al Programa de Formación de Especialistas Básicos para APS (20).

Con esta decisión, el nuevo Gobierno le da un respaldo explícito al Programa, el que pasa de esta manera a constituirse en una Política de Estado.

La presencia de estos Tutores de las 4 Especialidades Clínicas, más un Coordinador de Salud Pública, acompañando a los becados en su quehacer en los Consultorios, es una expresión más de la voluntad de la autoridad de fortalecer la efectividad, la eficiencia y la calidad de la atención de salud en la primera línea de atención.

El cuadro siguiente resume el número de Universidades, Hospitales, Municipios y Consultorios involucrados en el Programa a abril de 2010.

**Cuadro 1**

UNIVERSIDAD	CAMPUS CLÍNICO	MUNICIPIO	CONSULTORIO	POBLACIÓN INSCRITA		
DE CHILE	Hospital San Juan de Dios	Cerro Navia	Dr. Adalberto Steeger	43.642		
			Lo Prado	Dr. Raúl Yazigi	37.208	
				Pablo Neruda	20.808	
		Pudahuel	Violeta Parra	41.358		
			Raúl Silva Henríquez	19.378		
HOSPITAL BARROS LUCO-TRUDEAU	Hospital Barros Luco-Trudeau	Lo Espejo	Julio Acuña	32.805		
				Dra. Mariela Salgado	30.945	
			Clara Estrella	25.515		
			Pueblo Lo Espejo	16.705		
		La Cisterna	Eduardo Frei	28.914		
			P. Aguirre C	Dr. Edgardo Enriquez	21.497	
			Dr. Amador Neghme	30.725		
			La Feria	24.822		
		HOSPITAL ROBERTO DEL RÍO	Hospital Roberto del Río	Conchalí	Alberto Bachelet	32.589
					Juanita Aguirre	25.937
Dr. Lucas Sierra	22.717					
Dr. Symon Ojeda	28.153					
Recoleta	Dr. Juan Petrinovic			32.311		
HOSPITAL SAN BORJA ARRIARÁN	Hospital San Borja Arriarán	Maipú	Clotario Blest	26.152		
		Hospital del Salvador	Macul	Alberto Hurtado	27.764	
Peñalolén	Raúl Silva Henríquez		16.379			
Hospital Luis Tisné	Macul		Alberto Hurtado	27.764		
	Peñalolén	Raúl Silva Henríquez	16.379			

	Hospital Luis Calvo Mackenna	Macul	Alberto Hurtado	27.764
		Peñalolén	Raúl Silva Henríquez	16.379
	Clínica Psiquiátrica Universitaria	Lo Prado	Pablo Neruda	20.808
		Pudahuel	Raúl Silva Henríquez	19.378
DE SANTIAGO	Hospital San José	Conchalí	Alberto Bachelet	32.589
			Juanita Aguirre	25.937
			Dr. Lucas Sierra	22.717
			Dr. Symon Ojeda	28.153
		Recoleta	Dr. Juan Petrinovic	32.311
DE VALPARAISO	Hospital Van Buren	Valparaíso	Reina Isabel II	27.639
DEL DESARROLLO	Hospital Alberto Hurtado	La Granja	La Granja	46.156
			La Granja Sur	37.456
		San Ramón	La Bandera	32.714
			Gabriela Mistral	24.208
		La Pintana	El Roble	40.855
			San Rafael	29.097
DE CONCEPCIÓN	Hospital Higuera	Talcahuano	Hualpén	49.627

Como se puede observar en el cuadro anterior, a abril de 2010 el Programa abarca 5 Universidades, 12 Campos Clínicos Hospitalarios, 18 Municipios y 29 Consultorios Generales Urbanos.

La población total inscrita en esos Consultorios asciende a la cifra de 874.076 personas. Si bien la atención directa de los becados en box y en domicilio, sólo cubre una parte de dicha población, las acciones de fomento y prevención a nivel comunitario e intersectorial y con el resto del equipo de salud al interior de los consultorios, incluyendo funciones de asesoría a los demás médicos de los establecimientos, tiene incidencia indirecta en toda la población anteriormente mencionada.

El cuadro siguiente muestra la distribución de los becados por cohortes, especialidades y universidades.

**Cuadro 2**

UNIVERSIDAD	COHORTE	MED. INT	PED.	G-O	PSIQ.	TOTAL
DE CHILE	2008	12	7	4	4	27
	2009	14	11	7	6	38
	2010	22	20	9	8	59
DE SANTIAGO	2009	5	0	4	4	13
	2010	4	0	4	4	12
DE VALPARAISO	2009	3	2	0	1	6
	2010	4	2	0	2	8
DEL DESARROLLO	2009	7	2	4	0	13
	2010	6	2	4	0	12
DE CONCEPCIÓN	2010	5	2	2	2	11
TOTALES		82	48	38	31	199

El incremento general del número de becados en los tres años de desarrollo del Programa es evidente. Ellos proceden de 13 universidades del país:

- De Chile
- De Santiago
- De Valparaíso
- De Antofagasta
- De Concepción
- Pontificia Universidad Católica
- Del Desarrollo
- San Sebastián
- Mayor
- De Los Andes
- Finis Terrae
- Diego Portales
- Andrés Bello

La mayoría de los becados proceden de Universidades chilenas, pero hay también un número reducido de ellos que estudiaron en otros países entre los que se cuentan Ecuador, Bolivia y Colombia.

Pese a la tan heterogénea procedencia de los becados, su interrelación, tanto profesional como personal ha sido óptima, al igual que la acogida que les han dado los demás profesionales, técnicos y demás personal de los Consultorios en los cuales ellos se están desempeñando.

Ya hay alguna evidencia de que los becados solicitan menos interconsultas que sus pares médicos generales del mismo establecimiento y las que solicitan son de pertinencia fundada. Asimismo sus prescripciones de medicamentos y sus solicitudes de exámenes de laboratorio son más acotados.

El cuadro siguiente muestra el costo total del Programa el año 2010, incluyendo las tres cohortes, con un total de 199 becados.

**Cuadro 3**

PRESUPUESTO 2010 (en millones de pesos)			
MATRICULA	ARANCELES	SUELDOS	TOTAL
24,240	353,500	2,785,512	3,163,252

Cabe destacar que este presupuesto corresponde apenas al 0.098% del presupuesto total del Sector Público de

Salud del año 2010, el que asciende a 3 billones, 320 mil, 408 millones de pesos.

En síntesis, el Programa en su estado de desarrollo actual es absolutamente congruente con la doctrina y propuesta de implementación que le dio origen.

Cuenta con el apoyo explícito de todas las partes involucradas y a medida que se ha ido desarrollando se han ido introduciendo las modificaciones necesarias, las que han contado con la aprobación de todos. A comienzos del año 2009 los docentes de Medicina Interna, Pediatría y Gineco-Obstetricia del Hospital San Juan de Dios publicaron una evaluación de los primeros 12 meses de ejecución del programa en dicho centro docente-asistencial y en parte de sus conclusiones señalan que: "Hasta el momento, la experiencia es altamente satisfactoria y estimulante para la Facultad." (21).

Con fecha 19 de abril de 2010, el Secretario Ejecutivo de la Agencia de Acreditación de Programas y Centros Formadores de Especialistas Médicos –ÁPICE, le envía una carta a la Decana de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, a través de la cual le informan que dicha agencia se reunió el día 14 de abril para analizar la posibilidad de acreditar el "Programa de Formación de Médicos Especialistas Básicos para la Atención Primaria de Salud", y que luego de debatirlo se alcanzaron conclusiones por unanimidad: La primera de ellas dice: "El Programa señalado puede significar un evidente beneficio para los enfermos y para sus familias, cumpliéndose mejor el principio básico de la reforma de la salud: que ésta descansa en el pilar fundamental de una buena atención primaria." En los párrafos siguientes se establecen las condiciones que los programas de formación deberán cumplir para formar "...especialistas de primera calidad...", todas las cuales son hoy cumplidas por las cinco Universidades involucradas en el Programa (22).

Desde fines del año 2009 existen solicitudes formales ante el Ministerio de Salud de otras dos Universidades ubicadas en la Región Metropolitana para incorporarse al Programa en el año 2011. En mayo de 2010 el Comandante en Jefe de la Fuerza Aérea de Chile le solicita formalmente al Ministro de Salud la incorporación de su institución al Programa, con la posible participación de las Universidades de Valparaíso y Mayor como contrapartes académicas del mismo. A comienzos de junio de 2010 se volverá a conversar con otras dos Universidades ubicadas en el sur

del país y contactadas en el año 2009, para invitarlas a incorporarse al Programa en el año 2011.

Como lo muestra el cuadro 3, el costo del Programa es absolutamente marginal para el Estado chileno y en parte sólo reorienta gastos que se harán de todas maneras y por lo tanto su sustentabilidad desde el punto de vista económico debiera estar asegurada. Es más, el impacto que el tendrá cuando esté en pleno régimen, en cuanto a la disminución de consultas innecesarias en los Servicios de Urgencia, de solicitud de interconsultas a los otros establecimientos del sistema, de petición de exámenes de laboratorio y de prescripción indebida de medicamentos, incluso de reducción de hospitalizaciones evitables, hará que en gran medida el programa se pague solo y este criterio es hoy compartido por las nuevas autoridades superiores del Ministerio de Salud.

## 11. CONCLUSIONES Y PERSPECTIVAS

En resumen, el programa, a tres años de iniciado, se encuentra absolutamente consolidado y el apoyo explícito que las nuevas autoridades de gobierno le han dado, le confiere al mismo el carácter de una nueva Política de Estado en relación a la formación de especialistas médicos en Chile.

Es más, el nuevo Ministro de Salud ha planteado la posibilidad de extender el modelo de formación, considerando las especificidades propias de cada una, a otras especialidades, tales como la Oftalmología, la Otorrinolaringología y la Dermatología. La Universidad de Chile ha respondido afirmativamente a esta propuesta y ha sugerido incorporar además la Psiquiatría Infantil, la Neurología y la Cardiología de Adultos.

Con motivo de la ceremonia realizada a fines de marzo de 2010, de recepción a todos los nuevos becados de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, el Director de la Escuela de Postgrado de dicha institución había calificado el programa como "pionero" y había instado a los otros programas de formación a considerarlo como un modelo posible.

Con la incorporación cada año del mismo número de nuevos becados a través de los programas de las universidades hoy comprometidas, más los becados adicionales que aportarían las nuevas universidades a incorporarse en el futuro inmediato, se podrá llegar a

una matrícula anual por cohorte de alrededor de 150 becados. Lo anterior significaría que con el programa en pleno régimen, en un período de 6 años la matrícula total ascendería a una cifra cercana a los 900 becados.

¿Cuáles podrían ser los factores limitantes para que eventualmente se tuviera dificultades para alcanzar dicha cifra?

La primera y más importante, las limitaciones que tienen las instituciones académicas para ofrecer más cupos de formación.

La segunda, las limitaciones de plantas físicas, en términos de espacios para la docencia y también para la atención médica (boxes de atención en número suficiente) de los actuales Consultorios y Centros de Salud Familiar para acoger estas nuevas dotaciones.

La tercera y que tiene que ver más bien con la posibilidad de implementar plenamente el Modelo de Atención Integral, es la "desintegración" actual de la atención en los establecimientos de la primera línea, incluidos los CESFAM, producto de las directrices programáticas y organizacionales emanadas desde el propio Ministerio de Salud, que conducen a una atención centrada en lo curativo, en la atención de patologías y no de las personas y que limitan gravemente las acciones de promoción y fomento de la salud, e incluso de prevención de las enfermedades.

Todas las limitaciones señaladas son susceptibles de superar si existe la voluntad política de hacerlo y ello implicaría, por supuesto, destinar los recursos financieros necesarios para inversión en la infraestructura mencionada y asimismo para financiar las dotaciones de académicos y de otros recursos pertinentes que el programa de formación requiere para su expansión, así como de corregir las orientaciones organizacionales y de gestión señaladas.

Nos parece que esa voluntad existe, como se deduce de la entrevista al Ministro de Salud Dr. Jaime Mañalich, en un diario de Santiago el día domingo 2 de mayo de 2010, en la cual anuncia que el gobierno está trabajando en una "Política Nacional de Recursos Humanos en Salud", en conjunto con los colegios profesionales y con las universidades (23).

## Referencias

- 1) Montoya C. (1961), *Una Experiencia de medicina Integral: Informe Preliminar*, Cuad. Med. Soc. 19 (2): 10-13.
- 2) Ipinza M. (1967), *Censo de Población y de Vivienda para la Organización de un Centro de Atención Materno Infantil, Tesis para optar al Grado de Profesor Auxiliar de Medicina Preventiva y Social, Facultad de Medicina, Universidad de Chile*.
- 3) Viel B. y cols. (1967), *Resultados de los primeros 7 meses de funcionamiento del "Centro de Atención Pediátrica Integral, Ismael Valdés Valdés"*, Apartado de la Revista Chilena de Pediatría, Año XXXIX (4), Abril de 1968.
- 4) Gnecco G. (1969), *Informe Anual de las Actividades Realizadas en el Consultorio Ismael Valdés Valdés, (mimeo) Santiago, Chile 1969*.
- 5) Viel B. (1970), *Ismael Valdés Valdés Center. A Mother and Child Medical and Social Center, (mimeo), 1970*.
- 6) Viel B. y cols. (1971), *El Consultorio "Ismael Valdés Valdés". Una Experiencia de Pediatría Social, 1967-1971, (mimeo), 1971*.
- 7) Viel B. y cols. (1971), *Evaluación de 5 Años de Funcionamiento del Centro de Atención Materno Infantil Integral Ismael Valdés Valdés, (mimeo), 1971*.
- 8) Montoya-Aguilar C, *Atención Médica del Niño*, en: Meneghello J et al (eds), *Pediatría*, Editorial InterMédica, B. Aires 1972. Capítulo reimpresso, Departamento de Extensión de la Universidad de Chile, Santiago 1972
- 9) Ministerio de Salud (1995), *Plan de Salud 1995-1996. Componente Programático*, Chile 1995.
- 10) Ministerio de Salud (2002), *Antecedentes de Recursos Humanos, Diagnóstico de Brechas y Propuesta de Política para la Atención Primaria en el Marco de la Reforma de Salud. (Documento de Trabajo)*, Santiago de Chile, Agosto de 2002.
- 11) Ipinza M., Montoya C. *Programa de Mejoramiento de la Atención Médica en los Consultorios Generales Urbanos bajo Administración Municipal, Santiago, octubre de 2003*.
- 12) Ipinza M. (2004), *Como Solucionar el Déficit de Médicos en los Consultorios Urbanos Municipalizados*, Cuad. Med. Soc. 44 (2): 73-80.
- 13) Montoya-Aguilar C, *Atención Primaria de Salud: Alma Ata otra vez y la experiencia de Chile*, Cuad Med Soc (Chile) 2008; 48(3): 147-54
- 14) Montoya C. (2009), *Curso de Salud Pública del Programa de Formación de Especialistas Básicos para la APS Urbana del Ministerio de Salud y de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile*.
- 15) Montoya C, Ipinza M., (2009), *Un programa para recuperar y mejorar el aporte de los médicos en la Atención Primaria de Salud*, Cuad. Med. Soc. 2009; 49 (1): 16-25.
- 16) Ministerio de Salud (2009), *Programa de Formación de Médicos en Especialidades Básicas para la Atención Primaria Urbana en el Sistema Público de Atención. MINSAL, noviembre de 2009*.
- 17) *Oficio Ordinario C32 N° 2632 de 17 de agosto de 2009*.
- 18) Montoya C. (2009), *Evaluación de Atención de Salud Integral por Médicos Especialistas Básicos. Documento de Apoyo al Programa de Formación de Médicos Especialistas Básicos para la APS*.
- 19) *Resolución Exenta N° 410 de 8 de marzo de 2010*.
- 20) *Oficio Ordinario C 31 N° 892 de 17 de marzo de 2010*.
- 21) Vargas N, Tassara R, Dominguez M, Mendoza J, Faúndez R. (2009), *Programa de especialistas para la Atención Primaria: experiencia y visión de académicos de la Universidad de Chile al primer año de marcha*, Cuad. Med. Soc. 2009; 49(2): 87-93.
- 22) *ÁPICE-CHILE, carta del Secretario Ejecutivo, Dr. Vicente Valdivieso, a la Decana de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, Dra. Cecilia Sepúlveda, Santiago, 19 de abril de 2010*.
- 23) *El Mercurio, 2 de mayo de 2010*.