

CANTIDAD, PERFIL Y CALIDAD EN LA FORMACION DE PROFESIONALES PARA LA SALUD EN CHILE. II. LA ADECUACION DE LAS APTITUDES A LOS OBJETIVOS

Cuad. Méd. Soc. XL, 3-4, 1999/ 5-15

*Dr. Eduardo Rosselot Jaramillo**

RESUMEN

Los cambios impuestos por la medicina actual y sus formas de ejercicio, en las características de los profesionales de la salud, han provocado innovaciones drásticas en la formación y en la configuración de las competencias que ellos deben exhibir para cumplir sus objetivos. Una de sus consecuencias ha sido la mejor adecuación de las aptitudes adquiridas, a las funciones que se espera desempeñen con máxima eficacia. Es evidente que la mejor traducción de este propósito se da en el desarrollo de un modelo de ejercicio que refuerce la atención primaria, con lo que universalmente se está de acuerdo pero que resulta de ardua y resistida aplicación. Tras revisar aspectos significativos de su justificación y de sus dificultades, se plantea una estrategia de "joint venture" para el sistema de salud y las universidades, que parece lo más efectivo frente a los nuevos paradigmas de la organización y demandas sanitarias.

SUMMARY

Changes that have occurred in modern medical knowledge and health delivery have consequently induced innovations in training and skills achievements of the future health professionals. More efficient and better cost-benefit results are expected from a reversion of the actual imbalance of generalists and specialists. Various obstacles emerge on implementing plans to strengthen primary care, notwithstanding the universal agreement about its pertinence and efficacy as a suitable model for reaching better standards for the nation's health. For overcoming most impediments to succeed in this proposal, a joint venture strategy, between the Ministry of Health and the Medical Faculties, is considered mandatory pursuing acceptance of new forms of organization to reach the goals of medicine.

INTRODUCCION

Nada más dinámico y mutable que los conocimientos y las destrezas que caracterizan las profesiones de la salud en los últimos decenios, a medida que surgen innovaciones radicales en los objetivos y los medios para lograr la salud y el bienestar a que las personas actualmente aspiran. Las

metas que han sido establecidas, evolutivamente, para las acciones sanitarias (1-3) y los avances industriales y tecnológicos concomitantes, (4-6) han determinado nuevos roles y competencias para los profesionales y, a menudo, entran en conflicto, temporal o persistentemente, con las propias aspiraciones de éstos para su realización individual y social.

* Ex Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile

Los significativos cambios en el perfil profesional impuestos por tales variables, provocan agudas interrogantes sobre el sentido que hoy tiene la medicina (7, 8), así como respecto a cuál es la amplitud de la salud y cuáles los límites, por lo tanto, de las acciones que sus profesionales deben asumir o los supuestos beneficiarios, demandar (9-13). Tanto que resulta temerario plantear incluso respuestas provisionales, para un espacio-tiempo tan lleno de incógnitas, innovaciones y desafíos (14).

Dos elementos característicos del modelo de medicina del siglo XX han sido la especialización y la tecnología. Gracias a esa configuración, la salud experimentó un salto espectacular que nos ha llevado a vivir deslumbrados por la ilusión de una medicina científica casi omnipotente y de alcances impensables (8, 15-17). Ello ha provocado, sin embargo, excesos e inadecuaciones que precisan de cautelas y regulaciones para lograr una mayor rigurosidad y pertinencia en la solución de los problemas de la salud (18)

En esta perspectiva se juega el protagonismo de los centros formadores y de sus programas, cuya tuición cabe fundamentalmente a los organismos universitarios. Asimismo, el de las políticas de regulación y fomento de los profesionales, que no puede dejar de ser iniciativa y obligación del Estado. Estrechamente vinculados, ambos sistemas tienen la obligación de diseñar y elaborar los procesos para determinar los perfiles que comprendan las más adecuadas y óptimas aptitudes, en función de los propósitos y fines que las acciones en salud debieran considerar para la situación y el tiempo vigentes (19)

Intentemos ver, aunque sea circunscritamente, la realidad y pensar en la mejor forma de aproximarnos a cubrir esas necesidades. No ampliaremos excesivamente nuestras consideraciones para no agregar distractores que interfieran con la más pertinente reflexión.

ESPECIALISTAS Y NO ESPECIALISTAS

En el campo médico existe una cuestión previa que analizar antes de revisar otras circunstancias: es la de la dedicación y la pericia en los actos. Una conceptualización de tal orden es, también, atingente a otras profesiones y, en particular, al resto de las de la salud; pero nos referiremos a éstas, más específicamente, en su debida oportunidad, sin que sea necesario desmentir el modelo.

Los estudios de pregrado conducen, prácticamente sin excepciones, a la formación de un médico general indiferenciado¹; la especialización es, de regla, una calidad que se adquiere en el pos-título, en numerosas ocasiones, asociada a un programa de grados académicos. Mayoritariamente, la especialización clínica ha consistido en una práctica supervisada, no menor de dos años, en escenarios donde se puedan adquirir las destrezas necesarias para el manejo integral de los pacientes afectados por problemas de un ámbito particular, disciplinario o convenido. El conocimiento teórico pertinente, sujeto a ser expandido en este período, y que tiene el carácter de una profundización, actualización y, también, penetración en áreas de frontera, está destinado a mantener vigente la información dentro de la delimitación del saber que se supone propio de una materia convencionalmente acotada.

Todavía resulta excepcional que haya programas de pregrado en que se adelante, a esta etapa, algún grado de dedicación preferencial por un campo de la medicina. La extensión del conocimiento, la inaccesibilidad de todo el saber médico necesario para ejercer con amplitud y solvencia en las diferentes áreas de la salud, la renovación continua de esas nociones que deben dominarse para no incurrir en obsolescencia profesional, junto a la irremediable prolongación de los estudios médicos y la tendencia precoz a una dedicación segmentada de su ejercicio, hacen plausible, también, una diferenciación de los estudios que apunte a una mayor versación y experiencia en el terreno escogido, ya antes de obtener el título profesional. Si todos los programas adoptan este sistema o se atienen definitivamente a un modelo común y uniforme, es una alternativa que parece necesario decidir pronto para facilitar la inserción de los jóvenes profesionales a las áreas particulares de su ejercicio, sin que ello signifique especialización sino una orientación preferente a un sector de patologías prevalentes.

El lugar susceptible para esta diferenciación es el de la práctica del internado, donde pueden concentrarse las competencias, incluidas las de nivel primario, para realizar un aprendizaje orientado a, por lo menos, dos sectores definidos (adultos y niños) y, eventualmente, tres áreas más: mujer,

¹ Existe un acabado consenso respecto a estas características que se resumen en los estándares definidos, extensamente, para el perfil profesional de los egresados de las Escuelas de Pregrado acreditables (20, 21).

cirugía y salud mental. Sin, necesariamente, contrariar el perfil global del egresado, ni la posesión de competencias de atención general, estas alternativas tienden a respetar y formalizar una elección que, en la práctica, llevan a cabo todos los médicos en su ejercicio profesional permitiéndoles mayor experiencia en el campo de su predilección. A este internado diferenciado ha optado en nuestro país, desde hace cinco años, el programa de la Pontificia Universidad Católica de Santiago, al decretar un período de práctica optativa de 35 semanas de duración (22). Su evaluación prospectiva puede ser decisiva para que las demás escuelas se adhieran a tal esquema, con o sin variantes, o persistan en el modelo tradicional.

De cualquier modo, cada vez es más insoslayable el hecho de que un egresado de los actuales programas de medicina de pregrado (cualquiera sea el lugar del mundo en que se haya formado), estará en condiciones de ejercer con autonomía e idoneidad, sólo parte de las acciones que el título de médico le autoriza. Paradójicamente, resulta que un médico en Chile, aunque el título profesional lo habilite legalmente, ni técnica ni, por consiguiente, éticamente (10), puede llevar a cabo todas de tales funciones desde que la medicina escapó, como ciencia y caudal de conocimientos, de los márgenes del dominio de un solo profesional. Por lo tanto, aun cuando no esté respaldada la especialización, en nuestro país, por un marco regulador jurídico, la mayor proporción de profesionales se autoimpone un ejercicio selectivo, sea para responder a su propio afán de probidad como para mantenerse en los límites de su particular eficiencia y no arriesgar infligir daño a sus pacientes. Por igual razón es que, en diversos países, el título es independiente del licenciamiento o habilitación para el ejercicio profesional, y este requisito se logra en etapas siguientes, con la especialización y, a mayor abundamiento, con la acreditación de especialidad y la recertificación, que demuestra persistencia de la competencia en la disciplina (23, 24).

De manera que, para detentar cualquier atributo que sobrepase los rasgos del perfil profesional del egresado y que requiera una formación sistemática, es hoy natural realizar una especialización tras lo cual se alcanza un nivel de mayor conocimiento o capacidad para realizar acciones, que el otorgado por la formación de pregrado. Es necesario retener este concepto porque introduce la idea de que especialización se refiere, en primer término, a focalizar el conocimiento y profundizar la información o las destrezas, en un área restrin-

gida del saber médico (como ocurre con las grandes especialidades básicas en el plano de sus competencias específicas [pediatría, cirugía, medicina interna, etc.], y en las especialidades referidas a sistemas o en las llamadas especialidades derivadas: dermatología, urología, anestesia, cardiología, neurocirugía, etc.). Pero, también, puede consistir en ampliar el alcance temático sobre el cual se ha planteado el estudio, con el propósito de abarcar con más apropiados recursos y metodologías, campos de acción definidos para un manejo más conveniente o discrecional (medicina general, medicina ambulatoria, médicos de familia, *hospitalistas*²).

Se deduce de lo anterior que no debiera tomarse la medicina general, y ninguna de las denominaciones que describen una diversificación formal de sus capacidades, como la aptitud conseguida, ya en su formación previa, por un egresado de una Escuela de Medicina. Este puede, de acuerdo al perfil infuso en su condición, ejercer calificadamente, sólo en algunos niveles de atención primaria o secundaria, aun cuando cuente con otros atributos de formación general que lo respaldan profesionalmente (20). Pero, entre ellos, será su capacidad para especializarse lo que le dará, cuando asuma y complete tales programas, competencias para abordar comprensiva y técnicamente otros niveles y campos que sean de su incumbencia. Es, justamente, esta condición uno de los rasgos más importantes que deberá detentar el egresado que cumpla con el perfil establecido en la mayor parte de las Escuelas de Medicina (20, 22, 26).

Otros autores discrepan de esta caracterización del médico general, (27) a quien estiman como el producto terminal de la formación de pregrado y no un especialista. Como hemos dicho, esta pretensión nos parece actualmente inviable tanto porque, por definición, médico general es aquél capaz de abordar con idoneidad la más amplia variedad de patologías y ello no lo puede dar hoy el pregrado, como porque será la adquisición de una especialidad, lo más concordante con la formación requerida y con la satisfacción de reconocimiento a que todo profesional aspira dentro de un contexto de carrera personal, de capacitación y perfeccionamiento, y de más eficiente servicio a sus pacientes (7).

² Término que configura una especialidad de reciente cuño, en Estados Unidos de Norteamérica, en contraposición a los especialistas en medicina ambulatoria, ambas entidades de rudimentaria definición (25)

En consecuencia, concebimos al médico general como un especialista que ha adquirido, después de graduarse de médico cirujano y a través de una formación exhaustiva complementaria, los mayores conocimientos, destrezas y pericias que le permitirán abordar patologías complejas, desde una perspectiva más holística que de sistemas, sin perjuicio de declinar el uso de tecnologías específicas o selectivas en otros especialistas o expertos en áreas disciplinarias más circunscritas.

Este tipo de especialistas, entre los cuales podemos ubicar nuevamente a los médicos de familia, de atención ambulatoria o de atención primaria, médicos de urgencia o de hospital, se definen más bien por la forma en que proceden, y por la proyección y el sitio donde resuelven las medidas que les corresponden. Cabe señalar, que en este grupo, exceptuados tal vez los mencionados *hospitalistas*, todos debieran poder desarrollar una clara orientación y gestión en la atención primaria, aunque requirieran adquirir, para ese desempeño, destrezas y aptitudes específicas. Los restantes especialistas, en cambio, que se caracterizan más bien por las disciplinas y los problemas que abordan, es decir por los contenidos cognitivos de su quehacer, y de los cuales obtienen su denominación (oftalmología, cardiología, cirugía plástica, etc.), tienen su *habitat* específico en los niveles secundarios³, terciarios, y otros más selectivos aún, de atención.

La existencia de estas especialidades, y de sus exponentes, no escapa a los condicionantes de distribución, disponibilidad, y capacidad formativa de los programas e instituciones involucradas en la formación de postgrado. Tras ellos se mueven los agentes del mercado, hoy actores beligerantes en la planificación de los servicios de salud y de las instituciones de educación superior; las demandas de una sociedad medicalizada, que intenta satisfacer diversas aspiraciones vía los recursos sanitarios, y los intereses corporativos de los mismos profesionales. Para equilibrar oferta y demanda profesional en los sistemas de atención debieran hacerse más relevantes, y adquirir mucho mayor protagonismo, las políticas reguladoras si se aspira a un modelo de salud eficiente, equitativo y accesible, como reclaman tanto los eventuales be-

neficiarios como los proveedores, en diversas latitudes (2, 3, 8, 28, 29).

Sin embargo, será bueno tener en cuenta las características propias de nuestro medio, para no incurrir en errores y, luego, frustraciones, como se desprende de los planteamientos formulados, de diversas acciones emprendidas y de las evaluaciones consecutivas a medidas genéricas de regulación, de resultados discutibles, aunque presumiblemente bien fundamentadas (30-34). La dificultad mayor ha estado en implantar modelos, tal vez demasiado simplistas, cuando median múltiples condicionantes, como ha sucedido al definir los perfiles profesionales más aptos para una contingencia dada.

LA APORIA DEL TIPO DE MEDICO PARA EL EJERCICIO PROFESIONAL

Sobre la distribución más adecuada de los distintos perfiles profesionales, partiendo también por los médicos según sus especialidades, se cierne una inevitable aporía⁴. Para nuestra realidad de país, de una esmirriada, y australmente desmembrada, geográfica, no existe una solución coherente que permita, aun más contra el implacable centralismo político, acuñar la idea de una adecuada distribución numérica y de capacidades, en su territorio. Las estrategias para disponer de recursos de especialidad, al alcance de todos los que residen en las distintas regiones, no pueden pasar sino que por el establecimiento de una red integrada de transporte y centros de atención y las normas de derivación consiguientes.

Sin embargo, la discusión no está en este nivel. Lo central, hoy día, es resolver la disyuntiva de qué perfil de profesional debe asumir el mayor volumen de atención, de modo de brindar un servicio que dé la mejor satisfacción a los usuarios y a los problemas sanitarios relevantes del país. Esta es una responsabilidad que deben asumir los proveedores de salud (Servicios Públicos y Privados y los profesionales que en ellos laboran), las instituciones formadoras y el Estado, como planificador y regulador de los recursos de primera necesidad, cual es la salud de la nación, incluso inde-

³ Este nivel puede albergar idóneamente, tanto a generalistas, si se contemplan en el modelo acciones susceptibles para su desempeño, como a subespecialistas, especialmente, si disponen localmente de los recursos tecnológicos para su actividad.

⁴ Por poco conocida, a juzgar por interpelaciones posteriores al primer trabajo (19), valga mencionar que la expresión se refiere a "una dificultad lógica que presenta un problema especulativo" (Diccionario de la Real Academia, 20ª edición).

pendientemente de las razones que cada una de estas instancias tenga para adoptar una resolución específica.

La realidad, en la mayor parte de los países del mundo, ha llevado a cambios sustanciales en la distribución y preferencias de los individuos y de las comunidades, por el tipo de profesional al que se debe acudir en procura de salud.(30, 35). La especialización, surgida como un avance indiscutible antes de iniciado el siglo XX y alcanzada su máxima sofisticación a mediados del mismo, se impuso como la solución de mayor eficiencia técnica y predilecta de los beneficiarios porque determinaba directa injerencia de los más conocedores del problema y, supuestamente, manejo más comprensivo y experto de situaciones graves y requeridas de pronta intervención. No obstante, el modelo mostró muy pronto, al lado de sus obvios y documentados logros, en gran número de situaciones, sus defectos, en contraparte, por atenciones inconsultas, mal orientadas o desaprensivas respecto a otras causales de enfermedad no incluidas en el venero de la especialidad recurrida. Se agregó la apreciación de un alza desmedida de costos, no siempre identificable por la simultánea incorporación de onerosas tecnologías que, sin embargo, aparecían en muchos casos de utilización superflua, sino derivadas del mismo aumento de las capacidades diagnósticas pero sin asidero significativo. Finalmente, y no constituye la última objeción, se hizo evidente la tendencia a 1. la deshumanización del acto médico, por segmentarse su intención y su objetivo en tan delimitadas y concomitantes áreas de exploración, 2. promover las acciones intramurales incluso para procedimientos de fácil y expedita resolución, 3. interponerse la parafernalia tecnológica entre el proveedor y el usuario y 4. privilegiarse, a menudo, el exitismo profesional y el combate a la enfermedad sobre la valoración del paciente, en su condición de doliente y de persona (7, 36).

Así, no ha sido extraño que la tendencia mundial sea a invertir el desbalance entre médicos generales y subespecialistas, incrementando la producción y el posicionamiento de los primeros en el ámbito de la práctica clínica, y fomentar los rasgos profesionales dispuestos a una mirada más integral, comprometida y personalizada, como se espera de los médicos de familia (30, 37, 38). Esta reorientación en el énfasis de la atención sanitaria no significa desmerecer la subespecialización sino que asignarle la magnitud y campo de ejercicio que resulte de la mayor eficiencia, rendi-

miento, proporcionalidad y satisfacción para proveedores y usuarios.

La reversión de tendencias en la oferta de diversos tipos de profesionales requiere, sin embargo, una serie de medidas complementarias y que se asientan en diferentes procesos. Los niveles más destacables, para estas acciones son, desde luego, los programas de formación (referidos a sus escenarios y a las capacidades adquiridas) y las condiciones de trabajo o desempeño (en que se consolidan las aspiraciones individuales). En el primer caso, la revisión de objetivos expresados en la reformulación del perfil profesional (y verificado su cumplimiento) constituye una medida indispensable que será tanto más pertinente cuanto suponga haber alcanzado un consenso social sobre su procedencia.

En nuestro país deben darse, aún, pasos definidos para lograrlo. La Asociación de Facultades de Medicina (20) ha concordado y propiciado la necesidad de privilegiar la formación de pregrado con énfasis en la atención primaria; de alguna manera incentivar las destrezas comprendidas en los procedimientos más generales, de mayor cobertura y dirigidos a solucionar los problemas prevalentes, con mejor relación costo-beneficio, con énfasis en la prevención y promoción de la salud y una clara proyección comunitaria, pero sin desatender los cuidados individuales. La Tabla N° 1 resume las definiciones y establece algunas especificaciones del perfil profesional que sustentan los centros formadores en nuestro país. No debe dejarse de mencionar que en estos programas, como se ha demostrado casi experimentalmente, el logro de objetivos está ligado a vivir experiencias de aprendizaje convincentes y motivadoras en el nivel primario de atención (38-40) y, en este plano, las condiciones reales del país y la organización docente está lejos de haber alcanzado un escenario propicio.

El Estado, a través de las Autoridades de la Salud actuantes en la última década, han formulado planteamientos que supondrían una adhesión y, más aún, una resuelta política a favor de la atención primaria (41). Las opciones de gobierno recientemente promovidas en la contienda presidencial de diciembre/1999 y enero/2000, y la que obtuvo el triunfo, especialmente, no han escatimado voces para refrendar su resolución para corregir los problemas de salud a través de la relevancia de ese modelo de acción sanitaria (42, 43). Los Gremios de la Salud, encabezados por el Colegio Médico A.G., también oficialmente, comparten los discursos que promueven estas iniciati-

TABLA N° 1

Perfil común para el egresado de medicina.
Acuerdo de ASOFAMECH, diciembre, 1997.

Perfil general de definición de tareas	Perfil cognitivo de habilidades, destrezas y comunicacional	Perfil ético y actitudinal	Perfil prospectivo
El médico egresado deberá:	El médico egresado deberá conocer, comprender y aplicar:	El médico egresado deberá haber obtenido y desarrollado actitudes tales como:	El egresado deberá, a futuro:
<ul style="list-style-type: none"> - Fomentar la adopción de estilos de vida saludables para los individuos, familias y comunidades y participar en su rehabilitación. 	<ul style="list-style-type: none"> - Las ciencias básicas de la medicina. 	<ul style="list-style-type: none"> - Una visión humanista e integral de los seres humanos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Prever, influir y adaptarse a los avances en ciencias básicas y sociales, en los cambios demográficos y epidemiológicos de su comunidad y en las transformaciones de los sistemas de atención de salud.
	El proceso de adquisición del conocimiento.	Respeto por los pacientes y el equipo de salud.	
<ul style="list-style-type: none"> - Diagnosticar y resolver la patología prevalente y las urgencias derivables. 	<ul style="list-style-type: none"> - Las evidencias mediante la comprensión de los métodos de trabajo y el análisis crítico de la literatura biomédica. 	<ul style="list-style-type: none"> - Estar desprovisto de prejuicios y respetar las diferencias sociales, de cultura y estilo de vida. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ser capaz de hacer cambios positivos en la cultura del área de la salud.
<ul style="list-style-type: none"> - Iniciar la atención y derivar oportuna y apropiadamente las patologías complejas. 	<ul style="list-style-type: none"> - El método científico. 	<ul style="list-style-type: none"> - Reconocer los derechos de los pacientes, en especial, los de confidencialidad y consentir informado. 	<ul style="list-style-type: none"> - Continuar en programas de educación continua, de especialización o de formación académica.
	<ul style="list-style-type: none"> - Los determinantes ambientales, y socioculturales de enfermedad. 		
<ul style="list-style-type: none"> - Administrar y gestionar los servicios de salud en sus niveles primario y secundario. 	<ul style="list-style-type: none"> - El rango de problemas que enfrentan los médicos a través de su definición epidemiológica y sus soluciones posibles. 	<ul style="list-style-type: none"> - Tener conciencia de que los conocimientos se tornan obsoletos y que el aprendizaje personal y activo debe ser continuo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Ejercer los distintos roles que le exija su desempeño profesional.
<ul style="list-style-type: none"> - Participar efectivamente en el equipo profesional de salud y en la comunidad. 	<ul style="list-style-type: none"> - Los procesos que producen enfermedades (físicas y mentales). 	<ul style="list-style-type: none"> - Tener habilidad para aceptar la incertidumbre y las discrepancias. 	
<ul style="list-style-type: none"> - Contribuir al progreso de la medicina mediante la investigación. 	<ul style="list-style-type: none"> - Las variaciones de presentación de una enfermedad según la etapa del ciclo vital. 	<ul style="list-style-type: none"> - Tener clara la responsabilidad ética y moral de los cuidados médicos incluida su mejor calidad. 	

<ul style="list-style-type: none"> - Comprometerse en la solución de los problemas de salud de la región donde se encuentra inserto. 	<ul style="list-style-type: none"> - Las reacciones de las personas o su grupo familiar o social ante la enfermedad o la creencia de estar enfermo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Poder autoevaluarse, solicitando ayuda tras ponderar personalmente sus limitaciones.
<p>Aspectos específicos enfatizados adicionalmente por algunas escuelas (22, 54, 55, 56)</p> <p>PUC: Internado Optativo para mayor competencia en MI, C, OG y P. Visión antropológica Cristiana.</p> <p>Valparaíso: Sólida formación Ética, Humanista y Cultural. Manejo del pensamiento y método científico. Habilidades de gestión, administración, organización y autonomía de aprendizaje.</p> <p>Austral: Integración biopsico-social, que marca compromiso con el ser humano, la comunidad y el sistema de salud.</p> <p>La Frontera: Orientación a la familia, con visión regional, especialmente crítico para resolución de problemas y educado con proyección social y cultural para el país.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Los principios de vigilancia epidemiológica y de diseminación de las enfermedades. 	<ul style="list-style-type: none"> - Integrar equipos de trabajo con liderazgo, flexibilidad y capacidad de adaptación a los cambios.
	<ul style="list-style-type: none"> - Las repercusiones económicas de la enfermedad en la comunidad. - Los principios de promoción de salud y prevención de las enfermedades 	<ul style="list-style-type: none"> - Actuar en la promoción y prevención de las enfermedades. - Contribuir al progreso de la medicina, tanto en la atención de los pacientes como de los sistemas de salud.
	<ul style="list-style-type: none"> - La terapéutica y el manejo de la enfermedad aguda, mecanismos de su acción, la prescripción y administración de fármacos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Mostrar siempre respeto por la vida.
	<ul style="list-style-type: none"> - Los cuidados institucionales y comunitarios. 	
	<ul style="list-style-type: none"> - El manejo del dolor y del sufrimiento y atención del moribundo y del duelo. 	
	<ul style="list-style-type: none"> - La reproducción humana, incluidos el embarazo, la fertilidad y la anticoncepción, y los aspectos psicológicos relacionados. 	
	<ul style="list-style-type: none"> - Las relaciones humanas, tanto en el plano individual como colectivo. 	
	<ul style="list-style-type: none"> - La comunicación efectiva con pacientes, familiares, y equipo de salud (incluidos no médicos). 	
	<ul style="list-style-type: none"> - Los aspectos médico legales relevantes a la práctica médica. 	
	<ul style="list-style-type: none"> - La organización, manejo y cobertura de los cuidados, tanto en la comunidad como en los sistemas de atención de salud. 	
<ul style="list-style-type: none"> - Los aspectos económicos, las restricciones a la atención profesional y la auditoría para monitorizar la entrega de salud. 		
<ul style="list-style-type: none"> - Las políticas y programas de salud del país. 		

Aspectos específicos enfatizados adicionalmente por algunas escuelas (52, 57)

Concepción:
Sólida formación científica.
Aprendizaje basado en problemas.
Actitud de servicio.
Visión multisectorial con enfoque integral de Salud.

U. de Chile:
Fomento del trabajo y la formación en equipo. Visión nacional, laica y pluralista. Promoción de la salud comunitaria.

vas, y los Servicios de Salud, tanto públicos como privados, toman medidas para contar con profesionales generalistas, para hacerse cargo de la atención de salud de la mayor parte de la población y solucionar, de paso, algunos problemas propios de cada sector (altos costos de la atención por subespecialistas, listas de espera desmesuradas, "colas" en los consultorios externos de nivel primario). Pero lo cierto es que, sin dejar de ser positivas para la búsqueda de objetivos comunes, en definitiva no se establecen medidas eficaces y, algunas concretas, por superficiales no consiguen sino destacar más las inconsecuencias de un sistema que requiere más que bien intencionadas declaraciones⁵. Incluso, los mismos profesionales, a despecho de sus directivas, siguen mirando la subespecialización como el "*desideratum*" de un ejercicio liberal individualista que aún constituye el modelo de referencia de su vocación.

Es evidente que lo ocurrido en Estados Unidos de Norteamérica, donde igualmente la convocatoria para que los médicos se orienten más a la atención primaria ha sido decepcionante, debiera evitar que reproduzcamos inoficiosamente una experiencia fallida, tal vez con menos consecuencias ominosas que las que pudieran afectar a una sociedad más vulnerable, como es la nuestra. Sin duda que estamos lejos, por otra parte, de tener consideración por la visión de quienes postularían a ejercer estas acciones sanitarias, entre los que es dramático aunque explicable, constatar la falta de interés de los profesionales nacionales, frente a la mayor disposición (por lo menos en primera instancia) que muestran los médicos extranjeros (47).

Asimismo es lógico que el sistema empleador o proveedor de las acciones de salud, tenga en cuenta las aspiraciones profesionales si quiere disponer de los recursos previstos para provocar el cambio que garantice las expectativas de una propuesta eficiente, de calidad, equitativa y sustentable (41). Pero aquéllas no han sido contempladas para un contingente que, hoy día, privilegia sustancialmente los estímulos económicos, que no ha sido sensibilizado suficientemente en el pregrado para el trabajo en equipo, solidario y a

nivel comunitario; que no encuentra, en los lugares presupuestados para su trabajo, ni el ambiente físico ni profesional, ni el nivel de presión laboral, ni las condiciones de red asistencial proclives a derivaciones competentes; tampoco el soporte académico que reforzaría su prestancia científica o que ofrezca expectativas claras y ordenadas para elevar una carrera funcionaria al grado de realización personal que, por su cultura universitaria, aspira.

HACIA UN SISTEMA DE FORMACION CONSISTENTE

Las Facultades de Medicina tradicionales, idóneamente, han instalado desde algún tiempo programas de postítulo para fomentar y avalar el desempeño profesional en el nivel primario (48, 49). Algunas de las nuevas, lo intentan en forma perseverante y, creemos que calificadamente, a futuro, si se sujetan a una responsable acreditación (10). No obstante hay que señalar que en el conjunto de Escuelas de Postgrado de ASOFAMECH los programas de formación con estos contenidos y propósitos (medicina general de adultos y niños, medicina general familiar) no superan el 10% del total de cupos de especialización de postítulo. También en este marco, en los últimos años, las convocatorias por concursos han sido decepcionantes, porque la actividad a que se invita carece de atractivo para el profesional recién egresado o que ya fue seducido por otra especialidad. En 1996 se reportó un 88% de cupos no tomados en los programas universitarios de formación para médicos generales de familia (50) y esa tendencia no se ha modificado, a pesar de llamados extraordinarios para fomentar la cobertura de plazas en los servicios municipalizados. Por lo tanto, resulta ineficaz que las Universidades sigan promoviendo estos programas si no hay una acción concertada entre los interesados, convencidos de la bondad de su posición, para llevar a cabo, aportando ponderadamente sus particulares recursos, una estrategia operativa que tenga éxito en modificar el actual paradigma de la atención de salud, por lo menos, en un área de indudable eficiencia.

Molina (51) lo señalaba como un imperativo de la organización de salud nacional, y, al cabo de un lustro, alarma carecer de una solución liderada por el sistema público, que aunque inserto en el modelo económico de mercado, aún tendría que definir las políticas sanitarias globales. La definición de los perfiles profesionales por las universi-

⁵ Diversas expresiones retóricas de los organismos gremiales, colectivos de reflexión y otras propuestas no operativas, han desplegado consignas similares sin afianzar soluciones (44, 45) El llamado a concurso, por el Ministerio de Salud, para llenar 70 plazas de médicos generales de zona (con posibilidades de becas de formación al término de tres años), para ejercer en consultorios municipalizados no superó el 10% de postulantes (46)

dades (20) no basta para estructurar y esperar resultados procedentes del modelo.

De modo que, en primer lugar, habría que venir en la necesidad de una decisión operativa del Estado (cualquiera sea la forma en que se genere, pero que a nuestro juicio debería provenir del Ministerio de Salud) sobre el modelo de atención que se adopte y, en función de ello, los recursos profesionales que se necesiten. Si esto está resuelto, como se supone del discurso oficial, deben tomarse las medidas conducentes, en particular, las referidas a la formación de los profesionales apropiados (Tabla N° 2).

Es respecto a los médicos donde, con prioridad, se necesita provocar los cambios más significativos: establecer las unidades docente-asistenciales ambulatorias y comunitarias, en las que se trabaje en equipo, cumpliendo las acciones propias de la atención primaria, y construyendo en conjunto (las Facultades de Medicina y los Servicios) los escenarios para el aprendizaje y los cuidados de salud, que el modelo requiera (52). Debiera recrearse en este proceso el concierto de intereses y de acciones que diera realce a la Escuela Médica Chilena a partir de la reforma de los estudios médicos en 1944 (53), y cuya conjunción mantiene vigencia indispensable en un área donde las propuestas de salud son hoy prevalentes y de mayor responsabilidad futura.

Lo anterior debe aparejarse con aspectos financieros inexcusables. La provisión de recursos para que tales unidades dispongan de lo más actualizado en organización y tecnología e insumos, y para que el personal que en ellas labora carezca de motivos reales para marginarse o caer en frustración. Hay que tener claro que para competir con un entorno de fuertes atractivos económicos, no bastan los incentivos académicos ni valóricos sino que debe otorgarse una base remunerativa, en caso alguno menor que la posible de obtener en el mercado. Sobre ello, habrá que construir los fundamentos y las etapas que concurran a una carrera funcionaria, por sí sola estimulante, donde la asociación docente-asistencial pueda ser un incentivo adicional efectivo.

En la disponibilidad presupuestaria habrá que considerar condiciones de presión asistencial diversas, con respecto a las unidades de atención exclusiva. Esto no tanto por el tiempo que se dedique al proceso de enseñanza-aprendizaje, sino que por cuanto la mejor manera de desincentivar la concurrencia de los médicos a las consultas externas es rebajando la consideración del acto médico, cuando se impone como un servicio a gra-

TABLA N° 2

Estrategia para hacer relevante un modelo de atención primaria preferencial
(Propuesta de asociación del Minsal y las Universidades)

<p>1. Identificar y desarrollar escenarios asistenciales-docentes para establecer unidades académicas de atención ambulatoria.</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1.a – definir y adoptar modelos de atención comunitaria, como nivel básico de una red asistencial de referencia bidireccional. • 1.b – dotarlos de personal profesional capacitado, experimentado y motivado por el trabajo en el sector. • 1.c – equipar las unidades de asistencia para acciones resolutivas de nivel primario y secundario, centradas en la medicina general y con proyecciones formativas.
<p>2. Establecer equipos de trabajo para la atención multiprofesional y multidisciplinaria, que laboren y se formen en la acción compartida.</p>
<p>3. Crear un sistema consistente de estímulos, tanto económicos como de carrera funcionaria, perfeccionamiento y reconocimiento académico y de servicios, que atraiga efectivamente a profesionales convocados a una clara predisposición docente.</p>
<p>4. Promover la socialización y promoción del modelo como para satisfacer las aspiraciones de salud individuales y colectivas que sean racionalmente justificadas.</p>
<p>5. Concretar las modificaciones curriculares que sean coherentes con la proyección comunitaria, la ética y la solidaridad, la atención con equidad y las demandas de calidad de una medicina moderna y eficiente.</p>
<p>6. Fomentar y estimular en los programas de formación previstos por el modelo, tanto en el pregrado como en el postítulo, la especialización y la educación continuas.</p>
<p>7. Planificar, financiar adecuadamente la aplicación y evaluar sistemáticamente los procesos de formación y las condiciones en que se cumplen los programas.</p>

nel. Y ello no es aliciente para el profesional, ni menos para el consultante. Por lo que habrá que considerar indicadores de trabajo, paciente/médico, ponderados y que reflejen más bien eficiencia cualitativa que basada en cantidad.

Respecto al trabajo en equipo, las situaciones de aprendizaje conjunto que se producen en estos modelos, son la mejor experiencia para el ejercicio profesional futuro, a la vez que pueden servir de aliciente y de exploración para incorporar nuevos roles y promover transferencia de acciones, de acuerdo a las capacidades de servicio de los profesionales de la salud. Aun cuando en los propósitos de las Escuelas Profesionales de la Salud se explicita la intención de formar a quienes gradúan, en escenarios y situaciones como para capacitar y fomentar el trabajo en equipo (20, 52), es indispensable enfrentar globalmente el cambio de paradigma que lleve de una medicina todavía con un énfasis individualista y curativo a una acción, en salud, multidisciplinaria y de mayor proyección social.

REFERENCIAS

- González, F. Nuevas tendencias en educación médica. Anuario Escuela Med. U. de Valparaíso. 1999; 5: 39-46.
- OPS/FEPAFEM. Los cambios en la profesión médica y su influencia sobre la educación médica. Documento de posición de América Latina a la Cumbre de Edimburgo. 1993. Educ. Méd. y Salud, 1994; 28 (1): 125-138.
- Reorienting Medical Education and Medical Practice for Health for All. World Health Assembly Resolution 48.8. Geneva. Switzerland. WHO. 1995
- Giaconi, J. La Salud en el Siglo XXI. Cambios Necesarios. Centro Estudios Públicos. Santiago, Chile. 1995.
- Perfil del Profesional de la Salud del Siglo XXI. Universidad de Chile. 1995.
- Vilardell F. Problemas éticos de la tecnología médica, en Bioética. Temas y Perspectivas. OPS. Pub. Cientif. 527. 1990: 25-30.
- Goic, A. El Fin de la Medicina. Mediterráneo. Santiago, Chile. 2000.
- Callahan, D. The Goals of Medicine. Setting New Priorities. *Hastings Center Report*. 1996; 26: S1-S26.
- Lolas F. Más allá del cuerpo. Ed. Andrés Bello. Santiago, Chile. 1997.
- Rosselot, E. Aseguramiento de la Calidad Profesional. Un nuevo marco ético para el ejercicio de la medicina. *Rev. Méd. Chile* 1999; 127: 1375-1383.
- General Medical Council. Duties of a Doctor. London, 1995
- MINSAL-FONASA. Chile. Carta Derechos del Paciente. Bases del proceso de certificación año 1999.
- Requena M. Consideraciones en torno a la definición de salud. *Cuad. Méd. Soc.* 1998; 39: 64-68.
- Roa A. La medicina hacia el año 2000. Ed Universitaria. 1988.
- Dustan E. ...And a time to die: the medicine of old age. *British Med. Bull.* 1996; 52: 255-262.
- Rosselot, E. La decisión médica frente al riesgo de muerte, en Sarrá S. Medicina Interna en Geriatría. *Series Clin. Soc. Médica* 1989; VIII (3): 176-181.
- Bergel, SD. La Declaración Universal de la UNESCO sobre el Genoma Humano y los Derechos Humanos. *Cuad. Progr. Reg. Bioética*. OPS. 1998; 6:109-136.
- Proyecto de Salud para Chile. (Situación de Salud y Modelos Ideológicos en Salud). *Cuad. Méd. Soc.* 1994; 35: 5-55.
- Rosselot, E. Cantidad, Perfil y Calidad en la Formación de Profesionales de la Salud para Chile. *Cuad. Méd. Soc.* 1999; 40: 55-66.
- ASOFAMECH. Presentación del Plan Nacional de Desarrollo de las Facultades de Medicina (Compendio). Diciembre de 1997.
- Consejo Superior de Educación. Comité de Area de Medicina. Estándares para la Acreditación de Escuelas de Medicina. 1998.
- Rosso, P.; Velasco, N. y Moreno, R. Reforma del currículum de pregrado en la Escuela de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile: objetivos, metodologías y estado de avance. *Rev. Méd. Chile* 1997; 125: 796-807.
- Rosselot, E. Recertificación de especialistas. *Rev. Méd. Chile* 1993; 121: 1437-1440.
- Rosselot, E. Ley de Especialidades Médicas. ¿Cómo y hasta dónde ir? *Cuad. Méd. Soc.* 1995; 36 (12, Suppl): 11-13
- Diamond, H.S.; Goldberg, E. y Janosky, J.E. The effect of full-time hospitalists on the efficiency of care at a community teaching hospital. *Ann. Intern. Med.* 1998; 129: 197-203.
- Perfil Profesional del Médico Cirujano. Universidad de Chile. Facultad de Medicina. Agosto. 1998.
- Montoya, C. Aspectos de la formación médica en Chile. Su relación con los conceptos de medicina integral y medicina familiar y con la programación de recursos humanos para el sistema de salud. *Cuad. Méd. Soc.* 1998; 39: 42-50.
- Alleyne, G. El Sector Salud en América Latina y el Caribe, en Reforma del Sector Salud en el Area Andina. IMPRESA. Ecuador. 1996.
- Boelen, C. Adapting health care institutions and medical school to societies' needs. *Acad. Med.* 1999, 74: S11-S20.
- Cooper, R.A. Seeking a balanced physician workforce for the 21st century. *JAMA* 1994; 272: 680-687.

31. Colwill, J.M. Where have all the primary applicants gone? *N. Engl. J. Med.* 1992; 326: 387-393.
32. Levinsky, N.G. Recruiting for primary care. *N. Engl. J. Med.* 1993; 328: 656-660.
33. Rivo, M.L.; Satcher, D. Improving access to health care through physician workforce reform: directions for the 21st century. *JAMA.* 1993; 270: 1074-1078.
34. Cohen, J.J. Transforming the size and composition of the physician workforce to meet the demands of health care reform. *N. Engl. J. Med.* 1994; 329: 1810-1812.
35. WHO, Developing protocols for change in medical education. Geneva, Switzerland, 1995.
36. Lolas, F. *Bioética*. Ed. Universitaria. 1998.
37. Segovia, I. y Depaux, R. La Salud Familiar y el Programa de Medicina General Familiar de la Universidad de Chile. *Cuad. Méd. Soc.* 1998; 39: 27-36.
38. Fundación Kellog W.K. – Programa UNI. Una nueva iniciativa en la Educación de los Programas de la Salud. 1994
39. De Maeseneer, J. Meeting priority health goals: a joint contribution of health professions and academic institutions, en *Changing Medical Education and Medical Practice*. WHO. June 1998, 13: 1, 4-5.
40. Schroeder, S.A. y McPhee, S.J. Training Internists in Ambulatory Settings. *Arch. Int. Med.* 1986; 146 (9): 1685-1686.
41. Diseño e Implementación de las Prioridades de Salud. La Reforma Programática Chilena. MINSAL, División de Salud de las Personas. 1997.
42. Cuatro Candidaturas y sus Propuestas de Salud. Documento, en *Vida Médica*. 1999; 51 (3): 38-39.
43. Lagos, E. *Para Crecer con Igualdad*. Programa de Gobierno. Octubre, 1999, 18-23.
44. Foro de Atención Primaria. *Vida Médica*. 1992; 44 (2): 4-13.
45. Comité Suprapartidario de Especialistas en Salud. Una propuesta de cambios para el sector de la salud en Chile. Santiago, julio de 1999.
46. Diario El Mercurio: 15/04/2000, C, 1 (3-5). "Poco Interés de Médicos por Cargos de Atención Primaria"; y 20/04/2000, A, 1 (3-5). "Fracasó Concurso Médico para Cargos en Consultorios".
47. Médicos Extranjeros (o una crisis anunciada). Reportaje. *Vida Médica*. 1999; 48 (5): 18-22.
48. González, A. y Segovia, I. La Medicina General Familiar en Chile. *Cuad. Méd. Soc.* 1995; 36 (S): 29-33.
49. Montero, J.; Sapag, J. y Poblete, F. El Programa de Medicina Familiar y Comunitaria de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Historia, Proceso y Productos. *Cuad. Méd. Soc.* 1998; 39: 37-41.
50. MINSAL, ASOFAMECH, Colegio Médico de Chile A.G. – Primer Seminario de Formación de Especialistas Médicos, Santiago, noviembre, 1996.
51. Molina, C. El médico para Chile en el Siglo XXI. Algunos problemas y decisiones que enfrentar. *Cuad. Méd. Soc.* 1995; 36 (S): 37-42 .
52. Rosselot, E. Reorganización de la educación médica. Aspectos esenciales de la reestructuración de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. *Rev. Méd. Chile* 1997; 125: 783-791.
53. Goic, A. *Ensayo sobre la Educación Médica en Chile. 1933-1990*. Ed. Universitaria. 1992.
54. Sabah, J. Propósitos y objetivos de la formación de médicos en la Universidad de Valparaíso. *Rev. Méd. Chile*. 1997; 125: 808-813.
55. Grob, C. La Escuela de Medicina de la Universidad Austral de Chile. Un compromiso regional. *Rev. Méd. Chile*. 1997; 125: 814-817.
56. Stockins, B.y Pantoja, M.A. Facultad de Medicina de la Universidad de la Frontera. *Rev. Méd. Chile* 1997; 125: 818-822.
57. Schiappacasse, E. Propósitos y objetivos de la formación de médicos en la Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción. *Rev. Méd. Chile*. 1997; 125: 792-795.