

FORMACION PROFESIONAL

Una relación circunstanciada de la formación del Médico General: planes de estudio originales, modificaciones introducidas y evaluación actual para adecuar a este profesional a las necesidades de salud de la comunidad, a los sistemas de salud y a los planes de desarrollo nacional.

La deficiente distribución de médicos para realizar la atención a nivel primario como para la atención especializada en los hospitales principales de provincias, ha determinado la organización de sistemas: de Atención especializada (becas primarias), de Atención primaria a nivel semi-urbano y rural (Médico General de Zona) y de Atención primaria en las grandes ciudades (Médico General Urbano).

Diversas consideraciones se plantean en apoyo de la idea de incentivar el desarrollo de la Medicina General como especialidad que permita lograr una situación funcionaria, académica y económico-social comparable a la de otros especialistas.

LA EDUCACION Y FORMACION DEL MEDICO GENERAL

Trabajo presentado a la 7ª Conferencia Pan-americana de Educación Médica sobre "General Physicians to meet Primary Care Needs in the Western Hemisphere" Association of American Medical Colleges.

New Orleans, La. USA. 27-29 octubre, 1978.

Dra. CARMEN VELASCO R. ()*

Desde hace años existe en Chile una permanente preocupación por adecuar la formación médica y de otras profesiones de la salud a las necesidades de la comunidad, a los sistemas de salud y a los planes de desarrollo nacional.

Confirman este interés diferentes estudios que se han llevado a cabo sobre esta materia y la realización de varios Seminarios de formación profesional en 1960, 1962, 1969 y 1977, con participación de las Facultades de Medicina, del Ministerio de Salud y del Colegio Médico y otros Colegios Profesionales (1-2-3-4-5).

Los estudios y Seminarios realizados en Chile sobre este tema han concluido sistemáticamente en que el Programa de Pregrado de la carrera de Medicina debe estar orientado a

formar un profesional capacitado para ejercer la Medicina General y otorgar atención primaria en cualquier lugar del país en que sus servicios sean requeridos.

DEFINICION DE MEDICO GENERAL

Este Médico debe tener una sólida formación humanística. Debe tener una concepción integral del hombre en sus aspectos psicológicos, somáticos y sociales, con elevado espíritu de servicio, sólidos principios éticos, con auto-formación y estudio permanente.

PROPOSITOS DE SU FORMACION

Debe ser capaz, conjuntamente con el equipo de salud, de:

—diagnosticar los problemas de salud de la población, formular soluciones adecuadas y dirigir su aplicación.

(*) Decano Fac. Medicina Santiago Occidente. Univ. de Chile. Past Presidente, Asociación Chilena de Facultades de Medicina.

- conducir los programas de fomento de la salud, de prevención de las enfermedades y de la rehabilitación de los enfermos, de diseñar y administrar dichos programas.
- atender y resolver la patología prevalente de pacientes en cualquier edad de la vida, abarcando una extensa área del conocimiento, en niveles de profundidad variables, y derivar a centros más especializados, lo que no es capaz de resolver adecuadamente, y coordinar su atención.
- comprender al hombre integralmente, considerándolo dentro de su contexto familiar y social, actuando como médico consejero y confidente.

Este Médico General está capacitado para ejercer la Medicina General, y muy especialmente la atención primaria en cualquier lugar del país en que su acción sea requerida.

FORMACION DEL MEDICO GENERAL

Existen en Chile 9 Facultades de Medicina. Cada Facultad de Medicina está integrada a un Área de Salud, dependiente del Ministerio de Salud. En cada Área existen los tres niveles de atención: alta complejidad en el Hospital Base de carácter universitario, hasta el nivel de baja complejidad y gran cobertura de los consultorios periféricos y postas rurales. De las 9 Facultades, 7 están insertas en Hospitales del Servicio Nacional de Salud, que proporcionan el 91,6% de las camas que se utilizan en la docencia. Sólo dos Facultades tienen Hospital Universitario, que aportan el 9,4% de las camas restantes (14-15).

Los estudios de Medicina durante 7 años y comprenden de 10.000 a 10.500 horas, sin considerar los turnos de residencia.

El ingreso a la Carrera de Medicina se hace mediante una rigurosa selección, a través de un Sistema Nacional de Admisión y Selección a las Universidades Chilenas. Los alumnos que ingresan están dentro del 5% de los postulantes que obtuvieron las mejores calificaciones.

Cada Facultad ha establecido el cupo de alumnos correspondiente a su capacidad de formación. El número de médicos que egresan anualmente parece ser el adecuado a las necesidades del país: 579 en 1977. El cupo del 1.er año en 1978 fue de 654 para todo el país.

Como resultado de los Seminarios de Formación Profesional y de las evaluaciones

anuales que las Facultades de Medicina hacen de los currícula, se han ido introduciendo modificaciones a los planes de estudio, que clásicamente estaban separados en ciclo básico (2 años), preclínico (1 año), ciclo clínico de 4 años que incluía el internado rotatorio de 1 año.

Señalaremos las modificaciones más importantes:

—Incorporación de programas de psicología, sociología, antropología y educación para la salud, en el ciclo básico.

—Incorporación del alumno ya en 1.er Año, en el campo profesional conociendo en terreno los sistemas de salud, problemas de salud prevalentes, organización y función del Colegio Médico. Curso práctico de enfermería.

—Aprendizaje clínico en todos los niveles de atención: nivel primario en consultorios periféricos y postas rurales; nivel secundario en Hospitales comunitarios y consultorios especializados adosados a los hospitales, y nivel terciario en Hospitales Bases de Área de carácter universitario.

—Período de Internado de dos años, cuya principal finalidad es capacitar al estudiante en el desarrollo de habilidades y destrezas clínicas, aplicando los conocimientos teórico-prácticos adquiridos en los cinco primeros años de estudios. Durante el Internado se realiza práctica supervisada de Medicina Interna, Cirugía General, Ginecología y Obstetricia y Pediatría, de 4 a 6 meses cada una, según las distintas Facultades, y períodos más cortos en Neurología, Otorrinolaringología, Oftalmología y Dermatología. En cada especialidad dan atención a enfermos hospitalarios, atienden consultorios periféricos, hacen turnos en residencia y en servicios de urgencia.

Algunas Facultades han implementado un Internado Rural de 6 semanas, en Hospitales o Postas rurales del Área de Salud correspondiente a la Facultad. Su propósito fundamental es manejar programas de Salud Pública en coordinación con un equipo de Salud, y otorgar atención primaria, aplicando y evaluando el aprendizaje de toda su carrera.

—Creación de cursos instrumentales de inglés técnico y manejo bibliográfico.

Al término de estos siete años reciben el título de Médico Cirujano (*), y previa inscripción

(*) La Universidad de Chile otorga el título de Médico-Cirujano a todos los médicos formados por las Universidades chilenas.

ción en el Colegio Médico de Chile, están habilitados para ejercer la Medicina en cualquier lugar del país.

SITUACION DE SALUD EN CHILE

La atención de Salud se encuentra organizada sobre bases mayoritariamente estatales (9-10). El Ministerio de Salud, a través del cual ejerce el Estado el mandato constitucional de velar por la Salud de la población, tiene por misión la *línea normativa*: enunciar una doctrina, definir políticas, confeccionar normas, elaborar planes y programas, coordinar, evaluar y controlar el quehacer a nivel nacional de las acciones de fomento y protección de la Salud para toda la población, y de las acciones de recuperación.

La *línea ejecutiva* corresponde a las estructuras del Sistema Nacional de Servicios de Salud, dotados de autonomía y organizados en 12 Servicios regionales. En esta línea ejecutiva está en primer lugar el Servicio Nacional de Salud, responsable del fomento y protección de la Salud de toda la población, y de las acciones de recuperación y rehabilitación de aproximadamente el 75% de ella. En segundo lugar está el Servicio Médico Nacional de Empleados (SERMENA) responsable de la atención de un 18% de la población. Existen además otras instituciones fiscales o privadas que se coordinan con los Servicios Regionales.

La atención privada atiende como mínimo un 20% de la población, incluyendo al SERMENA.

ALGUNOS INDICADORES DE SALUD DE CHILE EN 1977 (8)

La población nacional asciende a algo más de 10.655.000 habitantes, con una tasa de crecimiento en franca desaceleración, concentrándose en un 73% en áreas urbanas. Un 35,2 son menores de 15 años, en tanto que un 5,5% supera los 65 años.

El producto geográfico por habitante en 1977 es de 937 dólares. El país tiene tasas bajas de analfabetismo, los que por ejemplo, en la mujer del medio urbano son inferiores al 6% (6).

Se cuenta con una tasa de 7,2 médicos, de 2,3 enfermeros graduados y 18,9 auxiliares de enfermería por 10.000 habitantes.

La tasa de médicos en ciudades de más de 100.000 habitantes es de 7,2 y en el resto del país, de 3,0.

En 1977 nacieron en Chile 243.000 niños, de los cuales el 87,4% tuvo atención profesional en el parto.

La expectativa de vida al nacer se ha estimado en 66,83 años en el quinquenio 1975-80.

La mortalidad general es de 6,9 por mil, la mortalidad infantil es de 47 por mil y la mortalidad neonatal de 20,7 por mil nacidos vivos.

La certificación de la muerte, hecha por el médico tratante, se eleva a un 76,2%.

Los cinco principales grupos de causas de muerte son los siguientes:

—Aparato cardiovascular	22,2%
—Neoplasias malignas	14,4%
—Aparato Respiratorio	11,0%
—Accidentes y Violencias	10,7%
—Mal definidos	10,1%

Los indicadores de salud señalados (anexo) permiten, a grosso modo, apreciar que Chile, tanto en recursos como en problemas de salud, vive una etapa de transición entre los países en desarrollo y los países desarrollados. Esta situación intermedia nos enfrenta a problemas de salud que requieren de un alto nivel de complejidad técnica para resolverlos, y de patología de país en desarrollo que requiere de una amplia cobertura, de menos complejidad.

Como la política del Ministerio de Salud es extender la cobertura al 100% de la población con acciones integradas de alta calidad, se ha diseñado un sistema de atención con diversos niveles de complejidad; coordinados en cada una de las regiones.

Los análisis realizados en el decenio de 1958 adelante, demostraron una deficiente distribución de médicos tanto para realizar atenciones a nivel primario como para realizar atención especializadas en los hospitales de las ciudades principales de provincia.

En un esfuerzo para solucionar esta deficiencia, el Ministerio de Salud y las Facultades de Medicina organizaron Sistemas para ello.

A. Atención Médica especializada

Hasta 1950 se lograba especialización en postgrado trabajando en servicios especializados y/o realizando estudios en el extranjero.

En 1951 se inician formalmente las Residencias Médicas (Becas primarias) de dos a tres años de duración, financiadas por el Servicio Nacional de Salud, y realizadas por las Facultades de Medicina en Hospitales de dicho Servicio o Universitarios. Al término de su beca estos médicos deben cumplir una estada obligatoria en Hospitales de provincia por igual período del de su formación (2 ó 3 años). Las especialidades que se ofrecen actualmente están de acuerdo con las necesidades del país.

B. Atención primaria médica a nivel semiurbano y rural

En 1958 se inicia la contratación por concurso de Médicos recién egresados para trabajar en zonas semiurbanas y rurales: Médicos Generales de Zona por un período de 3 a 5 años, con estímulos especiales económicos, mayor puntaje para concursos posteriores, y lo principal, derecho a obtener al término de su período, una beca en la especialidad elegida por ellos hasta 1975, lo que se ha modificado debiendo ahora postular a residencias en las especialidades que el Ministerio necesite. (Becas secundarias o de Retorno). En 1978 hay 676 Médicos Generales de Zona Rurales repartidos a lo largo del país, lográndose una aceptable cobertura de atención primaria.

Este sistema tiene buena acogida por parte de los médicos, que la consideran como una experiencia valiosa, y un medio para llegar a especializarse.

Desde 1968 se prohíbe la contratación de Médicos con menos de 5 años de profesión en servicios estatales en las tres principales ciudades del país.

C. Atención primaria médica en las grandes ciudades

Estudios realizados en 1976 demuestran que la atención primaria en los consultorios periféricos de las principales ciudades es realizada principalmente por Médicos Internistas con subespecialidades, por Pediatras y Ginecobstetras, los que simultáneamente con su labor hospitalaria (asistencial y docente) realizan atención primaria en consultorios periféricos, durante un determinado número de horas semanales. La utilización de este recurso humano de alto costo de formación en la atención primaria, que debe tener mejor rendimiento en su nivel de atención especializada, planteó la necesidad de establecer en 1977

un nuevo sistema de contratación: el *Médico General Urbano*. Este programa se basa en la contratación por el Ministerio de Salud, de grupos de médicos recién titulados para algunos consultorios, donde durante 4 años deben realizar atención primaria integral, conjuntamente con el equipo de Salud. Son responsables de las acciones de fomento, y protección de la Salud, atención primaria de adultos, niños y embarazadas, y derivan a consultorios especializados y al Hospital Base de Area aquello que no pueden resolver. Durante este período reciben entrenamiento y apoyo técnico de especialistas que continúan asistiendo a estos consultorios, donde atienden en forma conjunta a los enfermos previamente seleccionados. En 1978 hay 60 médicos Generales Urbanos. Al término de los 4 años tienen derecho a postular a una beca de especialización.

La atención primaria de adultos se realiza hasta 1977 en el Servicio Nacional de Salud por los Médicos Especialistas en Medicina Interna y se ha observado cada vez menor interés por optar a Residencias en esta especialidad, con una tendencia marcada a especializarse en campos de más alta tecnología.

Podría esperarse en un período relativamente corto que nos veamos enfrentados al problema que han vivido los países desarrollados: la disminución progresiva del Médico General, pues, como puede observarse, los diversos sistemas que hemos utilizado hasta hoy para dar mayor cobertura de atención primaria, conducen por último a la especialización.

En el III Seminario de Formación Profesional Médica, realizado en 1977, se analizó la situación planteada, concluyéndose:

1. Sigue siendo recomendable para nuestro país la formación en pregrado de un Médico General.

2. El ejercicio de la Medicina General es una condición deseable para iniciar la vida profesional de la mayoría de los médicos.

3. Para el ejercicio futuro de la Medicina General se consideran dos alternativas no excluyentes:

- 3.1. La actualmente existente realizada por los Médicos Generales de Zona Rurales y Urbanos, durante 3 a 5 años.

- 3.2. Establecer la "especialidad de Médico General".

3.3. La Educación continua no sistematizada que ofrecen las Facultades de Medicina y las Sociedades Científicas, a través de cursos cortos de perfeccionamiento, no sistematizados, no incentivan a los Médicos a quedarse definitivamente en Medicina General.

ALGUNAS CONSIDERACIONES GENERALES

1. Para lograr atención Médica eficiente se requiere del ejercicio de la Medicina General y Especializada.

2. El Médico-Cirujano formado en Chile en pregrado ejerce la Medicina General, considerando esta forma de ejercicio profesional como una etapa transitoria de su vida funcionaria. Luego se especializa mediante residencias médicas en campos del conocimiento y acción restringidas.

3. La Medicina General debiera considerarse una Especialidad Médica.

4. Las Facultades de Medicina deberán proyectar Programas de postgrado que conduzcan a la especialidad de Médico General, no necesariamente por medio del sistema de residencias médicas, sino posiblemente a través de *Educación Continua Sistemática*. A estos programas podrían acceder médicos de instituciones estatales y del sector privado.

5. Deberán estudiarse procedimientos para evaluar periódicamente al Médico General con posterioridad a la obtención de su certificación de "especialista", para asegurar su idoneidad durante toda su vida profesional.

6. Se ha hecho evidente que es necesario incorporar al Médico General a la docencia

de pregrado, como una forma de mostrar al estudiante de Medicina un modelo digno de ser imitado.

7. El Ministerio de Salud y las Facultades de Medicina tienen conciencia de la necesidad de incentivar el desarrollo de esta especialidad en Chile.

Para esto es necesario la creación de una carrera funcionaria dentro de los Servicios Estatales y privados de una carrera académica en las Universidades, y de una promoción en el público en general de esta "Nueva y Antigua Especialidad", que le permita lograr una situación profesional funcionaria, académica y económico-social comparable a la de los otros especialistas.

Por la circunstancia que en Chile el médico se especializa después de haber recibido en el pregrado una formación como Médico General, y la gran mayoría, después de haber ejercido transitoriamente la Medicina General, ha adquirido la actitud de afrontar los problemas de atención médica con sentido integral. Esto lo hace actuar ante el paciente y su familia, no sólo como especialista, sino también como consejero y coordinador para la solución de sus problemas de salud.

Cada país vive sus propias realidades. Tiene diversos sistemas de salud, distintas condiciones socioeconómicas y culturales, por lo que no siempre es posible extrapolar experiencias de otros países a estas realidades.

A fines de 1978 se realizará en Santiago de Chile un Seminario sobre "Necesidades y formación del Médico General". Grupos de trabajo de las distintas Facultades de Medicina están abocados a estudios preliminares.

BIBLIOGRAFIA

- 1.— **I SEMINARIO DE FORMACION PROFESIONAL MEDICA.** Antecedentes, documentos e informe final. Editorial Universitaria, Santiago, 1960.
- 2.— **TERCERA CONFERENCIA DE FACULTADES LATINO AMERICANAS DE MEDICINA.** Antecedentes, Informes de Grupo, e Informe final. Viña del Mar, Chile, 1962.
- 3.— **II SEMINARIO DE FORMACION PROFESIONAL MEDICA.** Antecedentes, documentos e informe final. Santiago de Chile, 1968.
- 4.— **III SEMINARIO DE FORMACION PROFESIONAL MEDICA.** Antecedentes, documentos e informe final. Santiago de Chile, 1977.
- 5.— **MEDINA LOIS, ERNESTO.**— Extensión de los Servicios Médicos del Area Rural. La situación chilena. III Seminario de Formación Profesional Médica, Santiago de Chile, 1977.
- 6.— **INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA.** XIV Censo Nacional de Población y Vivienda, 1970.
- 7.— **SERVICIO NACIONAL DE SALUD 1960-1976.** Anuario de Defunciones y Causas de Muerte.
- 8.— **MINISTERIO DE SALUD. CHILE.** Indicadores Biodemográficos 1968-1977. Departamento de Planificación.
- 9.— **MINISTERIO DE SALUD PUBLICA, 1970.** Recursos Humanos de Salud en Chile. Un modelo de análisis.
- 10.— **MINISTERIO DE SALUD, CHILE, 1977.** Políticas de Salud.
- 11.— **CONSEJO DE RECTORES. UNIVERSIDADES CHILENAS.** Boletín Informativo N° 32. Anuario estadístico Año 1976.
- 12.— **MINISTERIO DE SALUD PUBLICA.** Estimaciones de Población. Unidad de Planificación, Sección de Información estadística. Nov. 1975.
- 13.— **COLEGIO MEDICO DE CHILE.** 30 de junio, 1977. Informe estadístico del Registro Nacional. Sección Registro.
- 14.— **VELASCO, C.; UGARTE, J. M.** Relación docente asistencial. Experiencia chilena. Coloquio de Decanos Latinoamericanos, Universidad de Chile, 1977.
- 15.— **VELASCO, C.; UGARTE, J. M.** La coordinación docente asistencial y el mejoramiento de la salud. Cuadernos Médico Sociales, Vol. XIX N° 2 - 11, 1978.