

FORMACION PROFESIONAL

La práctica del Médico General de Zona no es absolutamente general. Evaluaciones hechas en 1970 demostraron que sólo un 24% de estos profesionales destinaba más del 70% de su tiempo a una sola especialidad. A principios de 1977 se aprobó y reglamentó el Programa de Médicos Generales Urbanos en que se incluyó el Área Hospitalaria Norte.

Sus resultados después de nueve meses de funcionamiento son señalados en el presente trabajo en que se indican los logros y dificultades producidos por su implantación.

A la luz de los análisis de diversos aspectos considerados, los autores opinan y sugieren algunas modificaciones que estiman necesario introducir en la formación de especialistas, las que harían posible la práctica de Medicina General o Medicina Familiar.

EVALUACION DEL PROGRAMA DE MEDICOS GENERALES URBANOS EN EL AREA METROPOLITANA NORTE

Dr. JUAN MARGOZZINI (*) y Cols.

INTRODUCCION

El Área Hospitalaria Norte de Salud de la Región Metropolitana fue incluida en el Programa de Médicos Generales Urbanos aprobado por el Ministerio de Salud (1).

La organización de la experiencia contempló (2) la designación de un Coordinador general del Programa a nivel del Ministerio de Salud, un Coordinador Regional y un Monitor en cada una de las diferentes Áreas Hospitalarias incluidas.

El objetivo de la presente comunicación es dar a conocer en forma resumida el programa que se ha venido desarrollando en el Área Hospitalaria Norte de Salud, así como también algunos aspectos de la evaluación.

I. ANTECEDENTES

El Área Hospitalaria Norte de Salud forma parte de la Región Metropolitana de Salud (ex V Zona del SNS) y, como Área de Salud

(*) Profesor Asoc. de Salud Pública y Medicina Social, Depto. de S. P. Fac. Medicina Santiago Norte. Jefe Programa Infantil Área Metropolitana Norte SNS y Coordinador Programa de MGU.

Colaboraron en este trabajo los MGU del Consultorio La Pincoya, Drs. América Espinoza, Arlene Jacial, Felipe Cors, Carmen Cerda y Margarita Charlín; y del Consultorio Lucas Sierra, Drs. Ana María Bonati, Pilar Olea, Tatiana Turchan, Estela Vera y Laura Bertín.

del Servicio Nacional de Salud, tiene una organización similar al resto, existiendo un Hospital Base de Área (Hospital San José) y una cadena de establecimientos de atención ambulatoria general (18), Consultorios Periféricos.

La población total del Área se estima en 562.877 habitantes, de los cuales 453.409 son considerados beneficiarios de las actividades de recuperación. La mayor parte de la población del Área (85%) reside en las Comunas de Santiago Norte (circunscripciones de Recoleta a Independencia), Conchalí, Renca y Quilicura. En la parte rural de estas dos últimas comunas y en las comunas rurales de Colina, Tiltil y Lampa reside el resto de la población.

Se destinaron inicialmente 10 plazas de MGU al Área Metropolitana Norte. La mitad de ellos (5) fueron destinados al Consultorio de La Pincoya (Población total, 47.845, 99,0% beneficiaria) y la otra mitad al Consultorio Lucas Sierra (Población total, 69.234, 71,9% beneficiaria). En ambos consultorios la población tiene características de población joven con 34,2% de menores de 15 años y 4,9% de mayores de 65 años.

Desde el año 1969 se había notado una tendencia estacionaria en el número de consultas infantiles dadas en el Consultorio Pincoya.

ya (24.000 por año) y una tendencia al descenso en el Consultorio Lucas Sierra (de 44.000 a 33.000). En ambos Consultorios se había estado notando una tendencia al aumento en las consultas maternas (100% de incremento en el período 1973-1976), de adultos (30% de incremento en el período 1973-1976). El déficit de horas para atención médica se estimaba en cada consultorio en 21 horas diarias en atención infantil, 4,2 horas diarias en atención maternal y 12 horas diarias en atención de adultos.

Al momento de iniciarse el Programa existían problemas de inadecuación de las plantas físicas en ambos Consultorios. El Consultorio Lucas Sierra construido hacia 1966 con un diseño arquitectónico adecuado reflejaba el deterioro de 11 años de uso con una mantención inadecuada. El Consultorio La Pincoya funcionaba en lo que fueron tres casas habitación construidas en un parque distantes aproximadamente unos 50 metros unas de otras, a lo que se agregaban dos plantas físicas de reciente habilitación construidas especialmente para ser destinadas a Boxes de atención maternal y Servicio Dental. En ambos Consultorios existían problemas de abastecimiento de medicamentos, insumos y mantención de equipos.

II. METODO DE TRABAJO

La coordinación del programa recayó en el Jefe del Programa Infantil del Area Metropolitana Norte. Se organizaron reuniones de programación con el Director y Subdirector del Area, Jefes de Programas Maternal, de Adulto, de Higiene Ambiental y Epidemiología, así como también con los Directores de los Consultorios incluidos. En estas reuniones se analizó la disponibilidad de recursos humanos y materiales con que el Area contaba para hacer frente al programa, estimándose que ésta era insuficiente.

En atención a que se estimaba imperioso contar con apoyo Universitario en los aspectos docentes del programa se tuvieron entrevistas con el Decano de la Facultad de Medicina Norte, Director de la Escuela de Graduados y Directores de algunos departamentos de la Facultad. Se obtuvo en principio la oferta con apoyo por parte del Departamento de Pediatría, posteriormente del Departamento de Obstetricia y permanentemente del Departamento de Salud Pública.

Llegados los MGU al Area Norte se cumplió con ellos un programa de orientación. Este programa de orientación incluyó entrevistas de los MGU con el Director Regional de Salud, Director y Subdirector del Area Metropolitana Norte y orientación específica en cada uno de los Programas de Salud en marcha en el Area. La orientación incluyó también conocimiento de los respectivos Consultorios y entrevistas en éstos con los jefes de las diferentes secciones de ellos. El Programa de Orientación incluyó además el diseño del "Programa de Formación Docente para Médicos Generales Urbanos" (17).

El programa de trabajo de los MGU se basó en las ideas generales que fluyen del Reglamento ya citado (1). De acuerdo a este reglamento, el MGU debe desempeñar funciones asistenciales en las cuatro especialidades básicas (Pediatría, Obstetricia, Medicina Interna, Cirugía) y Salud Pública y deberá disponer de tiempo para actividades formativas.

La distribución de tiempo que ha estado vigente a nivel del Area Norte es la siguiente:

Total de horas semanales contratadas: 44.

Medicina de adulto	10 horas semanales
Pediatría	10 horas semanales
Obstetricia	2 horas semanales
Cirugía	2 horas semanales
Salud Pública	6 horas semanales
Acceso a interconsulta por especialista	6 horas semanales
Docencia directa	4 horas semanales
Otras (colación, traslados)	4 horas semanales

En general las actividades anteriores se han estructurado en un Horario Semanal similar al que se señala en la página siguiente.

De las actividades señaladas para los fines del programa se entiende que hay algunas constantes y otras que son variables, a saber:

1. CONSTANTES:

Corresponden a su desempeño asistencial en las especialidades básicas señaladas (Pediatría, Obstetricia, Medicina de Adulto y Cirugía) que el MGU debe estar desempeñando en general de acuerdo al horario descrito. Este horario es algo distinto para cada MGU, ya que el Consultorio debe tener atención en ca-

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado
Adulto	Docencia	Adulto	Adulto	Adulto	Por Turno
Interconsulta		Obstetricia	Interconsulta	Cirugía	
Salud Pública	Salud Pública	Salud Pública	Salud Pública	Adulto	
Pediatría	Pediatría	Pediatría	Pediatría	Pediatría	

da especialidad durante las diferentes horas del día.

2. VARIABLES:

2.1. Asistencia en aspectos de Salud Pública:

Se pensó que el Consultorio tiene necesidades de desempeño de al menos los siguientes roles ejecutivos en la dimensión Salud Pública:

- Dirección de Consultorio.
- Jefatura de Programa de Atención del Adulto.
- Jefatura de Programa de la Mujer.
- Jefatura de Programa del Niño y del Adolescente.
- Jefatura de Programa de Higiene Ambiental y de Epidemiología.

A fin de dar acceso a todos al desempeño de estos roles se optó por rotarlos en estas funciones cada seis meses.

2.2. Acceso e interconsulta por especialista:

Como se señala en la distribución de horas, cada MGU dispone de seis horas semanales para esta actividad, las que en general corresponden a dos momentos de tres horas cada uno. Se pensó que la actividad debería consistir en la presentación de casos de pacientes que están siendo manejados por los MGU a médicos de más experiencia que ellos en las cuatro especialidades señaladas. Estos médicos visitarían el Consultorio una vez a la semana y se reunirían con ellos. Así, por ejemplo, el lunes podría corresponder interconsultas de pediatría; miércoles, obstetricia; jueves, cirugía y viernes, medicina interna. Como cada MGU sólo puede disponer para esto de dos momentos en la semana, tendría cambio en su programa cada seis meses para tener acceso en el año a los cuatro interconsultores. Este sistema no elimina el uso de

la interconsulta habitual que se usa en el S.N.S. si el MGU lo estima necesario.

2.3. Docencia directa:

Esta actividad es variable y pretende ir cumpliendo con los objetivos del programa docente (17).

III. EVALUACION

A fin de evaluar la experiencia se señalarán algunos aspectos en dos áreas del Programa, a saber:

- 1.—Evaluación del componente asistencial:
 - Actividades desarrolladas
 - Condiciones de la asistencia.
- 2.—Evaluación del componente docente.

1. EVALUACION DEL COMPONENTE ASISTENCIAL:

No se dispone de información referente a aspectos cualitativos tales como impacto en nivel de salud de la población referido a tasas de morbilidad o tasas de hospitalización que permitan comparar la situación antes y después de iniciada la experiencia. Se dispone de información cuantitativa en relación al número de Consultas otorgadas por médicos en ambos Consultorios antes y después de la llegada de los MGU. En la Tabla N° 5 se señala el número de consultas dadas por médico en ambos consultorios en los diferentes programas durante 1976 (año base sin MGU) y durante 1977 (año inicial con MGU).

En la Tabla se destaca la tendencia al descenso de las consultas infantiles, el discreto aumento de las consultas maternas y el substancial aumento de las consultas de adulto.

TABLA N° 1

CONSULTAS TOTALES POR MEDICO (CONTROL SALUD Y MORBILIDAD).
CONSULTORIOS LA PINCOYA Y LUCAS SIERRA. 1976-1977

Consultorio	1976	1977
PEDIATRIA		
La Pincoya	24.348	23.213
Lucas Sierra	33.483	32.185
MATERNAL		
La Pincoya	2.010	2.561
Lucas Sierra	1.960	3.227
ADULTOS		
La Pincoya	3.296 (1974)	6.684
Lucas Sierra	4.840 (1974)	7.176

TABLA N° 2

HORAS MEDICAS DISPONIBLES Y REQUERIDAS (S. N. S.).
CONSULTORIOS LA PINCOYA Y LUCAS SIERRA. DICIEMBRE 1977

Consultorio	Disponibles (*)	Requeridas	Díario Balance
La Pincoya	10	25	—15
Lucas Sierra	14	25	—11
PEDIATRIA			
La Pincoya	2.8	5	— 2.2
Lucas Sierra	2.8	5	— 2.2
MATERNAL			
La Pincoya	14	16	— 2
Lucas Sierra	14	17	— 3
ADULTO			

(*) Incluye horas aportadas por los MGU.

En lo que se refiere a otros aspectos de la asistencia referidos a Salud Pública se puede señalar que los roles señalados de Sub-Director, Jefe de Programa del Niño y del Adolescente, Jefe de Programa de la Mujer, Jefe de Programa de atención del Adulto, Jefe de Programa de Higiene Ambiental y de Epidemiología en general se considera han variado en forma cualitativa y cuantitativa, ya que con anterioridad no existía un profesional designado para desempeñarlo o quien lo hacía, lo hacía en forma parcial. Se estima, por ejemplo, que los actuales subdirectores y Je-

fes de los Programas en ambos Consultorios han participado en una forma eficaz en la programación para 1978, así como también en la introducción de mejoras específicas en áreas de los programas como trabajo con Hipertensos (Consultorio Lucas Sierra), salud mental infantil (Consultorio La Pincoya), Diabetes (La Pincoya) y Alcoholismo (La Pincoya). Lo anterior ha ido siendo posible gracias al interés de los propios MGU.

En lo que se refiere a las condiciones en que se hacía la asistencia conviene destacar algunos hechos:

Planta física de ambos Consultorios:

Durante estos meses la planta física de uno de los Consultorios (Lucas Sierra) fue reparada y se iniciaron modificaciones de organización para un uso más racional de ella acorde con la asistencia de un Programa de Médicos Generales Urbanos.

La planta física del otro Consultorio no fue reparada durante este período, lo que significa un grave inconveniente para la asistencia, así como también para el logro de los objetivos del programa de MGU.

Equipamiento de ambos Consultorios:

Durante los primeros ocho meses de funcionamiento se dotó a ambos Consultorios de algunos instrumentos adicionales, tales como balanzas (La Pincoya); otoscopio, instrumental para uso en maternal; aparatos de presión, equipos de radioscopia (en enero aún no entraba en funcionamiento). Además se destinó un vehículo para uso de los dos Consultorios y sets de clinitests (cintas) para laboratorio.

Mejoras sustanciales se lograron en abastecimiento de fármacos a las farmacias de ambos Consultorios, estando ambas dotadas con el arsenal terapéutico mínimo de Consultorio (3), aunque con algunos medicamentos en insuficiente cantidad.

En general se estima que dadas las condiciones de inadecuación existentes en el equipamiento de ambos Consultorios se ha observado una mejoría en comparación con las condiciones al iniciarse el Programa, pero aún se está distante de contar con los elementos con que cuali y cuantitativamente se debe contar.

2. EVALUACION DEL COMPONENTE DOCENTE:

En este rubro mencionaremos algunos aspectos tanto de la actividad desempeñada por los Interconsultores como también la actividad de docencia directa.

2.1. Interconsultores:

Se logró montar un sistema de asistencia de interconsultores a ambos Consultorios en Pediatría y en Obstetricia. Con anterioridad a la llegada de los MGU ya había en estos Consultorios un sistema de Interconsultor de Cirugía Infantil que forma parte de las actividades destinadas a la solución de los problemas quirúrgicos en todos los Consultorios del

Area Norte (4), el que también ha sido utilizado en la experiencia de los MGU.

2.1.1. Interconsultor Pediátrico:

Una vez por semana asiste a cada Consultorio un Pediatra de experiencia que ayuda a resolver los problemas seleccionados por los MGU.

2.1.2. Interconsultor Obstétrico:

En un comienzo correspondió al mismo obstetra que la Jefatura de Programa Maternal tenía destinado al Consultorio efectuar esta labor en forma paralela a su asistencia. En esta situación los MGU sólo observaban trabajar al Obstetra en la solución de las pacientes que en ese momento atendía. Con posterioridad el sistema se cambió operando en los últimos meses en forma similar al Pediátrico.

2.1.3. Interconsultor Quirúrgico:

Como se señaló antes esta posibilidad sólo estuvo planteada en un comienzo para la actividad quirúrgica infantil. Durante los meses de noviembre a diciembre se logró montar un sistema de Interconsultor Quirúrgico de adultos a través del envío de un Cirujano del Hospital Base San José, al que asistió semana por medio al Consultorio Pincoya. Este Interconsultor no asistió al Consultorio Lucas Sierra a pedido de los MGU, ya que por problemas de falta de recursos humanos no estaban en condiciones de disponer de tiempo para utilizarlo.

2.1.4. Interconsultor de Medicina de Adultos:

Por no disponerse de suficientes recursos humanos en la atención de adultos a nivel del S.N.S. Area Norte no fue posible montar el sistema.

2.2. Docencia Directa propiamente tal:

Hasta la fecha la docencia directa que los MGU han recibido ha consistido en:

2.2.1. Docencia directa dada por los Interconsultores antes mencionados. Varios de ellos no sólo se han limitado a analizar los pacientes presentados por los MGU sino que también cuando el tiempo ha alcanzado, han revisado con ellos algunos temas en forma de discusiones informales. Esto es válido solamente para el interconsultor pediátrico.

2.2.2. Actividades de reuniones clínicas:

Se logró iniciar un ciclo de reuniones clínicas que se efectuaban los días martes a las 8.30 A. M. En forma alternada se fue destinando un martes a reunión clínica pediátrica, otro obstétrico, otro de medicina de adultos. Cada MGU se hizo responsable de coordinar la realización de una de estas Reuniones Clínicas, lo que suponía preparar alguna presentación de casos clínicos o de un tema e invitar a un Profesional Idóneo para que asistiera a la reunión. Se alcanzaron a tratar los siguientes temas: Hepatitis en el Niño, trastornos de aprendizaje, tuberculosis, hipertensión, neurosis y amenorrea.

2.2.3. Reuniones especiales:

Como se señaló antes, durante los dos primeros meses se realizaron reuniones con especialistas en ciertas áreas consideradas prioritarias por los MGU, a saber: Diabetes, Hipertensión, Planificación Familiar. Para estas actividades se contó con la colaboración de médicos del S.N.S. Area Norte y del Departamento de Obstetricia y Ginecología de la Facultad de Medicina Norte.

2.2.4. Cursos:

1. *Jornadas de Lactancia Materna:* La totalidad de los MGU asistió a las Jornadas de Lactancia Materna que se desarrollaron durante la semana del 17 al 20 de mayo.

2. *Curso sobre temas seleccionados de Salud Materna:* La Jefatura de Programa Maternal del Area Norte programó un ciclo de clases que incluyeron temas como: Infecciones pélvicas, leucorrea, climaterio, alteración de flujos rojos.

Prácticamente todas las actividades docentes antes mencionadas se realizaron en los mismos Consultorios. En varias oportunidades se recurrió a usar el local de un Consultorio equidistante para ambos grupos de MGU (Consultorio Independencia) por propia petición de los MGU.

Comentarios:

El Servicio Nacional de Salud creó el sistema de Médicos Generales de Zona como un mecanismo para hacer frente a la demanda insatisfecha de servicios en el sector rural del país. La experiencia ha sido exitosa, ya que ha permitido hacer accequibles a la atención médica a una parte importante de la población del país (5,6-14). El MGZ contratado por el Servicio Nacional de Salud que correspon-

de a aproximadamente el 9% de los profesionales médicos del país no es la única forma de práctica general que se observa en la atención médica del país, ya que una proporción de los especialistas en medicina interna y en pediatría tienen características de médicos generales de adultos y de niños, respectivamente (15-16). Por lo demás la práctica del MGZ tradicional no es absolutamente general tampoco, ya que, de acuerdo a la evaluación hecha hacia 1970, el 24% de los MGZ de una muestra nacional destinaban más del 70% de su tiempo de asistencia clínica a una sola especialidad (5).

Una de las razones que llevó al S.N.S. a la creación del Médico General Urbano parece ser la escasez de disponibilidad de horas médicas en las cuatro especialidades básicas a nivel de la atención ambulatoria de los grandes centros urbanos. El problema no es reciente y en el pasado las Areas Hospitalarias del Area Metropolitana ya habían recurrido al Médico General de Zona tradicional para su solución. Así por ejemplo en el Area Hospitalaria Norte durante varios años se contrataron Médicos Generales de Zona que se destinaron a Consultorios Urbanos sin la denominación que ahora se usa de Médicos Generales Urbanos. En la práctica la mayor parte de estos Médicos Generales de Zona destinados a Consultorios Urbanos ejercieron su rol no como tales sino que se dedicaron en forma preferencial a una o a lo más dos especialidades básicas. Para evitar lo anterior, así como también para evitar que algunos de estos MGZ ejercieran parte de su jornada en los Hospitales Bases de Area del sector metropolitano, en desmedro a veces de la atención en los sectores rurales, a fines de 1975 se ordenó a las Areas Hospitalarias del Area Metropolitana la destinación exclusiva de los MGZ entonces contratados sólo al sector rural. Esta medida que coincidió con el Area Hospitalaria Norte con un no reemplazo de los que terminaron sus períodos y optaron a becas, significó una pérdida de importante cantidad de las horas con que contaba para la atención ambulatoria en los Consultorios Urbanos la primera y en los sectores rurales la segunda.

En el Area Hospitalaria Norte el MGU venía entonces a llenar el vacío dejado por su antecesor, el MGZ tradicional, contratado en el sector urbano, con exigencias sí de comportamiento profesional cualitativamente distintas, ya que ha sido muy explícito en señalar que se requiere que su práctica sea realmente "general", incluyendo las cuatro espe-

cialidades básicas. Este último aspecto parece que, a pesar de haber estado contenido en el espíritu del sistema tradicional no se había logrado antes en los sectores urbanos, al menos en el Area Norte, y como se señaló antes (5) tampoco se observa en el 100% de los MGZ rurales en que con cierta frecuencia parejas o grupos de ellos se asignan roles en 1 ó 2 especialidades básicas en parte de su jornada diaria.

Existen dudas a nivel de quienes han vivido la experiencia en el Area Hospitalaria Norte sobre si el sistema de MGU planteado es o no a decuado. Como se ha señalado, las necesidades en los diferentes programas no son homogéneas y por otro lado los MGU formados en nuestro sistema de pregrado y llamados a trabajar en el S. N. S. han manifestado varias veces su deseo de practicar en una o a lo más dos especialidades básicas, entre las que seguramente emergerá aquella que será la que opte para especialización formal después de cuatro años.

Aun cuando el S. N. S. estaría con el sistema del MGZ tanto en su variedad rural (MGZR) como urbano (MGU), estimulando la práctica de la medicina general en esencia el sistema de trabajo del S. N. S. supone la especialización en un plazo no mayor de diez años. Con el nuevo sistema del MGU se pretende lo mismo, ya que el reglamento en relación a acceso a la especialización es similar, y no se han modificado los reglamentos vigentes en el sentido que la práctica como MGZ tiene un plazo máximo de duración, pasado el cual todos los incentivos que la institución otorga dejan de percibirse. Se continúe o no con el sistema de MGU sería indispensable en los próximos años revisar este aspecto y en forma paralela comenzar a nivel de los centros universitarios a pensar en el ofrecimiento de programas de especialización en "Medicina General" o "Medicina Familiar" para aquellos médicos MGZ rurales o no que deseen hacer de esta forma de práctica su especialidad.

Una alternativa distinta a la anterior, que el S. N. S. estaría dejando de lado al crear el sistema de MGU es la de continuar en la línea de solucionar los problemas planteados a nivel ambulatorio de los grandes centros urbanos con médicos que ejerzan una o a lo más dos de las cuatro especialidades básicas. Esta alternativa no es quizás de más costo, ya que igualmente requiere de adecuación de los locales de atención, equipamiento y estímulos económicos y desde el punto de vista cualitativo puede tener algunas ventajas. Conven-

dría en este sentido revisar la experiencia que se ha tenido con el sistema de los "Médicos Contratados en Especialidad Básica". Quizás la solución para el sector urbano del Area Metropolitana haya estado más por el camino de dotarla de "Médicos Contratados en Especialidad Básica" que a futuro requerirían de una menor inversión en tiempo formativo.

El nuevo programa de MGU traía incluido ciertas exigencias en el terreno de la formación profesional de los médicos generales urbanos. El programa se supone que debe contemplar actividades formativas para las que se destina cierta cantidad de tiempo semanal. Esto sí supone una diferencia cualitativamente importante en relación al programa tradicional del MGZ, actualmente en aplicación sólo para los que se destinan al sector rural. En este último caso se había contemplado el que el MGZ tuviera acceso al menos a un mes de perfeccionamiento en servicio por año de desempeño. El interés de las Areas Metropolitanas por posibilitar el ejercicio de este derecho al parecer ha sido muy variable y en todo caso habitualmente supone para el MGZ destinado al sector urbano o rural una forma de perfeccionamiento en el camino de la especialización en alguna especialidad básica que él hubiera escogido. Los actuales MGU del Area Hospitalaria Norte estarían destinando al menos según programa cuatro horas semanales a docencia directa y otras seis horas semanales a docencia a través del sistema de interconsultor.

Organizar el Programa Docente para los MGU en un Area es tarea compleja. El programa en el Area Norte, perfectamente claro en sus objetivos, no ha sido muy exitoso a juicio de quienes como MGU lo han vivido. Surgen dudas sobre si la sola participación de la Universidad que lo ha hecho en forma parcial realmente solucionaría el problema de fondo. Los MGU se preguntan si no sería más adecuado que se permitiera su acceso a programas de perfeccionamiento que quizás no requerirían más tiempo que el aceptado para el MGZ rural, pero que los prepararía mejor para dar una mayor calidad a su atención en una o dos especialidades mientras "pasan" los tres o cuatro años, después de los cuales se dedicarían a una de estas especialidades o quizás a diferente.

Resumiendo lo anterior pensamos que si se va a hacer la inversión en formación por parte de grupos Universitarios en MGU, ello de-

bería ser parte de un programa de formación de especialidades en Medicina Familiar. Si lo que se desea es absorber la demanda en los sectores urbanos por médicos recién graduados que en un plazo no mayor de 7 años terminarán transformados en especialistas en alguna especialidad básica, pareciera más adecuado contratarlos en esta especialidad básica desde un comienzo y crearles programas de formación que apunten a la que será su especialidad definitiva.

Por lo demás, en nuestra opinión la falta de interés con que el especialista o subespecialista ha afrontado la atención a nivel ambulatorio en el S. N. S., otra de las causas que han hecho pensar en el MGU como solución, se relaciona más con la falta de estímulos que se ofrecen a este nivel: plantas físicas inadecuadas, rendimientos altos, insuficiente abastecimiento de medicamentos y estímulos económicos absolutamente no acordes con el esfuerzo. El que abordando algunos de estos problemas se posibilita la contratación de especialistas básicos para atención primaria, se demuestra a diario en el comportamiento mé-

dico en el sector privado y ha sido demostrado en la atención institucional en el pasado.

Resumen:

1. Se dan a conocer las características generales del Area Hospitalaria Norte antes de la iniciación del programa de Médicos Generales Urbanos.

2. Se informa sobre la evaluación del programa después de los primeros nueve meses de funcionamiento.

3. Se señalan algunos logros y las dificultades que ha planteado la puesta en marcha del programa.

4. Se comenta sobre la adecuación o no del programa de MGU a las necesidades de salud y características de los sistemas de atención médica del Area Metropolitana Urbana.

5. Se señalan algunas modificaciones necesarias de introducir en la carrera funcionaria y en la formación de especialistas que posibiliten la práctica de "Medicina General" o "Medicina Familiar".

BIBLIOGRAFIA

- 1.— **SERVICIO NACIONAL DE SALUD:** Resolución N° 231. Ministerio de Salud, Servicio Nacional de Salud, Dirección General, Sub Departamento Jurídico, 31 de enero de 1977. Santiago, Chile.
- 2.— **SERVICIO NACIONAL DE SALUD:** Resolución N° 1.689. Ministerio de Salud, Servicio Nacional de Salud, Dirección General, Sub Departamento Jurídico, 28 de abril de 1977. Santiago, Chile.
- 3.— **SERVICIO NACIONAL DE SALUD:** Circular N° 132: Arsenal Terapéutico básico para Consultorio Periférico. Ministerio de Salud, Servicio Nacional de Salud. 24 de octubre de 1977. Santiago, Chile.
- 4.— **CIFUENTES A.:** "Problemas Ortopédicos y Quirúrgicos Infantiles en Atención Ambulatoria. Conducta aconsejada a Pediatras y Médicos Generales". Ministerio de Salud, Servicio Nacional de Salud, Programa de Salud del Niño y del Adolescente, Area Metropolitana Norte, 1977.
- 5.— **DIAZ, X.:** "El Médico General de Zona: Imágenes de su trabajo, valores ocupacionales y estudio de satisfacción profesional", Cuadernos Médico Sociales, Vol. 13, N° 1, pág. 5, 1972.
- 6.— **TORRES, L.:** "El Médico General de Zona en el Servicio Nacional de Salud", Cuadernos Médico Sociales, Vol. 2, N° 2, pág. 29, 1961.
- 7.— **ALIAGA, R.:** "Experiencia de un Médico General de Zona en Achao", Cuadernos Médico Sociales, Vol. 8, N° 1, pág. 26, 1967.
- 8.— **ILABACA, E.:** "Experiencia de un Médico General de Zona en Los Vilos", Cuadernos Médico Sociales, Vol. 8, N° 2, pág. 25, 1967.
- 9.— **VARLETA, J.:** "Experiencia de un Médico General de Zona en Vicuña", Cuadernos Médico Sociales, Vol. 8, N° 3, pág. 26, 1967.
- 10.— **FUENTES, R.:** "Experiencia de un Médico General de Zona en Vallenar", Cuadernos Médico Sociales, Vol. 10, N° 1, pág. 32, 1969.
- 11.— **LEIVA, L.:** "Experiencia de un Médico General de Zona en Puerto Octay", Cuadernos Médico Sociales, Vol. 10, N° 2, pág. 28, 1969.
- 12.— **CONDEZA, E.:** "Experiencia de un Médico General de Zona en Santa Juana", Cuadernos Médico Sociales, Vol. 10, N° 3, pág. 28, 1969.
- 13.— **PAPIC, A.:** "Experiencia de un Médico General de Zona en Quemchi", Cuadernos Médico Sociales, Vol. 13, N° 2, pág. 28, 1972.
- 14.— **IRIBARRA, N.:** "Panguipulli: Tres años de labor en Salud", Cuadernos Médico Sociales, Vol. 15, N° 4, pág. 15, 1974.
- 15.— **UGARTE, J. M.:** "Algunas características de la población médica chilena", Cuadernos Médico Sociales, Vol. 16, N° 4, 1975.
- 16.— **MEDINA, E.:** "Los médicos chilenos y las necesidades de formación", Cuadernos Médico Sociales, Vol. 17, N° 4, 1976.