

# Política de formación médica para la atención primaria de salud en Chile, crisis y desafíos

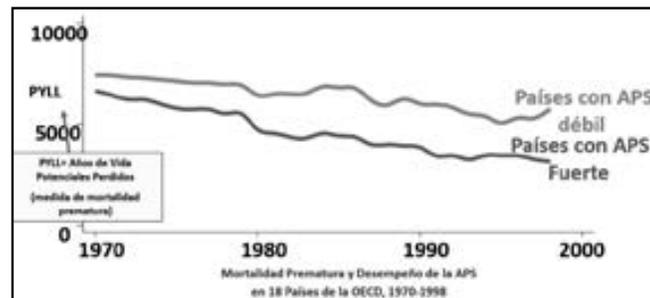
In search of a Medical Education for Chile

Mario Parada L.<sup>1</sup>  
María Inés Romero S.

**Palabras clave:** Educación médica; atención primaria

## INTRODUCCIÓN

Desde la Declaración de Alma-Ata en 1978 hasta la fecha, múltiples entidades internacionales consideran la Atención Primaria de Salud (APS) como el pilar fundamental, tanto del Sistema de Salud, como del desarrollo social y económico de la comunidad (1,2). Hay evidencia suficiente de que la APS contribuye significativamente para la mejoría de la salud de la población (3).



Fuente: Macinko et al. (3)

Figura: Impacto de la APS en la Salud de la Población

La Organización Mundial (OMS) y Panamericana de la Salud (OPS) proponen en 2007 una “APS Renovada”, dados los nuevos desafíos, conocimientos y contextos en el continente americano (4). Detectando los problemas fundamentales de la formación en medicina según OPS: falta de compromiso de muchas escuelas con la salud de la población; elevada proporción de médicos especializados vs. generales/salud familiar; escasos conocimientos y habilidades para el manejo de la APS; énfasis en un modelo biologicista; centralización de la práctica del aprendizaje en hospitales; ausencia de un enfoque de promoción de la salud y prevención de la enfermedad desde el inicio de la formación; carencia de una formación integral desde las perspectivas técnicas y humanistas. OPS recomienda para los recursos humanos en salud (RHS) que, dado que la formación universitaria y de postgrado del personal de salud no se ajusta a los requisitos de la práctica de la APS, éstos deben planificarse de acuerdo con las necesidades de la población, siendo preciso caracterizar las capacidades humanas (perfiles y competencias). El Proyecto de Desarrollo de los Recursos Humanos para la Salud del Área de Sistemas y Servicios de Salud de la OPS, propone un esfuerzo de los países de la Región para redefinir la formación de los médicos en la Región, buscando una educación basada en la comunidad, con una orientación generalista, con contenidos de salud pública, salud familiar, comunitaria y fundamentalmente con un enfoque de APS, que permita al egresado

<sup>1</sup> Profesor titular de Salud Pública. Universidad de Valparaíso. Correspondencia a: mario.parada@uv.cl

el desarrollo de sólidas competencias técnicas y sociales, un pensamiento interdisciplinario y un comportamiento ético. (5,6,7) OPS insta a los países miembros a implementar reformas en la educación médica que propicien sistemas de salud basados en la APS, estableciendo como metas que el 80% de las escuelas de ciencias de salud tengan orientación hacia APS y salud comunitaria; y una fuerza laboral médica con una proporción mayor a 40% de médicos en APS. Sin embargo, en 2013 el cumplimiento de los indicadores en la región fue 52,5 % y 25,1% respectivamente (8).

Entonces, la Educación Médica (EM) debe redefinirse y realizar un cambio hacia la comunidad, formación generalista y enfoque APS (9), aumentando el interés en repensar las bases de la EM y la planificación curricular en las Escuelas de Medicina. Harden aportó desarrollando el modelo curricular SPICES, con nuevas estrategias centradas en el estudiante, en la concepción holística del ser humano y en la integración de las disciplinas mediante la resolución de problemas, así como en el establecimiento de una relación más estrecha con la comunidad (10).

El presente ensayo pretende realizar un análisis crítico de la formación médica actual a la luz de los requerimientos de la atención de salud para responder a las necesidades de la población.

## **DESARROLLO**

Chile tiene una rica historia en APS, siendo diversas reformas sanitarias las que han ido moldeando nuestros Sistemas de Salud: servicios ambulatorios del Seguro Obrero en 1924, el Servicio Nacional de Salud entre 1952 - 1979, la municipalización en los 80, y la transformación de los consultorios en Centros de Salud Familiar (CESFAM) a partir del año 1997. La reforma de 2005 explícita, como eje nuclear, la APS y el modelo de salud familiar, junto con el plan de Garantías Explícitas en Salud (GES), que si bien ha beneficiado a una gran cantidad de personas, ha sido criticado por diversos autores por su enfoque destinado principalmente a la atención secundaria y especializada en desmedro de la primaria (11,12,13).

Son múltiples los documentos oficiales del Ministerio de Salud que hacen referencia respecto del tipo de profesional médico que se requiere para

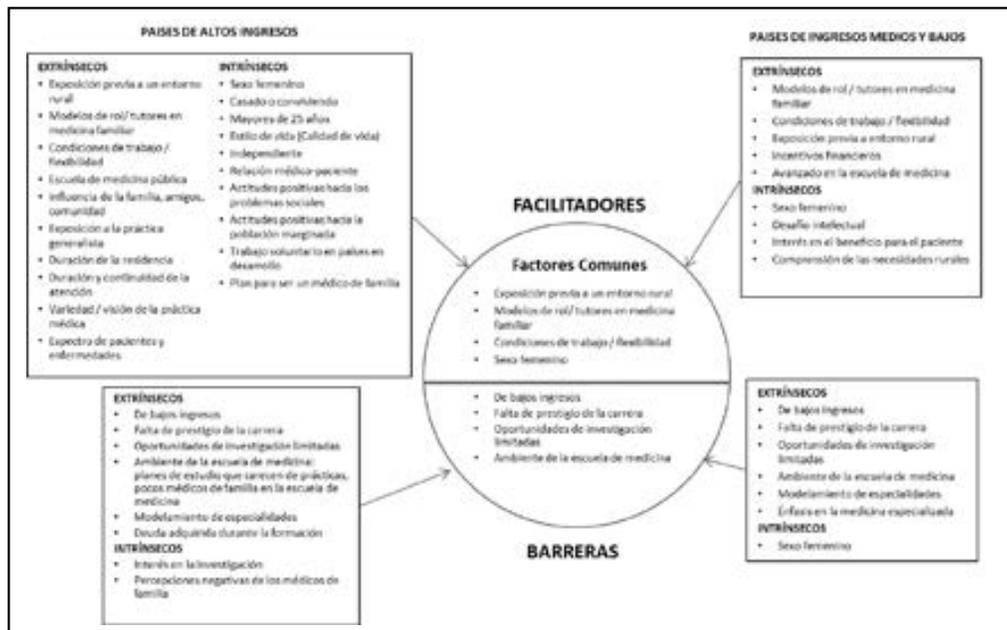
dar respuesta a las necesidades de salud-enfermedad-atención (14-19).

En los documentos del proceso de Reforma Sanitaria iniciado en Chile en 2005, que plantea como su eje central la Atención Primaria de Salud (APS), considerando un Modelo de Salud Familiar y Redes Asistenciales Integradas, aparecen múltiples relatos que apuntan de manera implícita respecto de este perfil (20 - 24)<sup>2</sup>. El más relevante, por su nivel de explicitación, es el decreto que reglamenta el Examen Único Nacional de Conocimientos en Medicina (EUNACOM), que señala en el artículo 5º, los criterios en el diseño del examen, utilizando conceptos clave tales como: problemas de salud de mayor prevalencia en el país; protocolos y guías clínicas incluidos en el GES; promoción de la salud y prevención de las enfermedades de mayor relevancia para el cumplimiento de la política nacional de salud; estrategia de atención primaria de salud; modelo de atención integral con enfoque en salud familiar y comunitario; contexto de red asistencial; deberes y derechos de los usuarios; estándares de acreditación, sistemas de información y registros médicos; y gestión participativa intersectorial en salud y de trabajo con la comunidad (25).

La esperada centralidad o prioridad de la APS no se ha concretado en los currículos de la mayoría de las Escuelas de Medicina del país (26-36), ni en la mayoría de los países de América, configurándose una crisis en la EM para la APS en Chile. Los principales elementos que han contribuido a este escenario de crisis son los siguientes:

- Ausencia de una Política Pública explícita
- Liberalización de la Educación Superior con escasa regulación
- Surgimiento de gran cantidad de nuevas carreras de medicina
- Reforma sanitaria del 2005 que discursivamente dio centralidad a la APS y la salud familiar
- Desinterés progresivo de médicos formados en Chile por trabajar en APS
- Aumento de médicos formados en el extranjero trabajando en Chile, prioritariamente en APS
- Creación del EUNACOM como herramienta habilitante y seleccionadora
- Aumento de las tasas de reprobación del EUNACOM por médicos formados en el

2 CNA señala que: "El proceso de enseñanza aprendizaje de la carrera de Medicina, debe estar orientado a la formación de un médico general no especializado, capacitado para atender las necesidades de salud prevalentes y las urgencias no derivables de la población, con capacidades para perfeccionarse y especializarse posteriormente, de acuerdo a su vocación y a los requerimientos de la medicina y de la comunidad" Agrega que en la definición del perfil profesional de la carrera, deben considerarse los siguientes aspectos: 1. Perfil de formación general del médico cirujano. 2. Perfil de formación en habilidades y actitudes. 3. perfil de formación cognitiva. 4. perfil de formación ética.



**Figura:** Facilitadores y barreras que influyen en la elección del desempeño futuro en estudiantes de medicina, y factores que influyen subyacentes intrínsecos y extrínsecos, en países de alto, medio y bajos ingresos 2003-2013.

**Fuente:** Puertas et al. (38)

- extranjero
- Cursos remediales y preparatorios del EUNACOM en Universidades chilenas
- Centralidad del discurso socio político de carencia de médicos especialistas
- Creación y extinción del programa de formación de especialistas para APS<sup>3</sup>
- Aumento del ingreso de médicos a APS vía Ciclo de Destinación-EDF

La literatura muestra explicaciones respecto de cuáles son los factores que interfirieron en que los estudiantes de medicina prefieran la especialización en vez del ejercicio profesional como médicos generales o de familia. Tal como se aprecia en la figura siguiente muchos de esos factores extrínsecos tienen que ver con la EM recibida.

Diversos estudios han evidenciado la tendencia de los médicos chilenos hacia la especialización. Éstos refieren que tanto los contenidos y actividades prácticas, como los docentes están estructurados por la especialidad, lo que refleja un modelo e influencia especializante en los alumnos de pregrado. Otros factores que pueden explicar esta

tendencia son la mayor valoración económica del especialista, la percepción de ausencia de carrera funcionaria en APS, la escasez de RHS y la visión del trabajo de médico general como una transición a la especialidad (31, 33, 38 - 42).

Montoya (43) nos recuerda que “Médicos generales prominentes de Inglaterra han dicho, recientemente, que en su país hay Escuelas de Medicina que desalientan en sus alumnos la opción de ser General Practitioner y la consideran de segunda clase”, agregando que “el generalista “es un peligro”, a menos que esté trabajando codo a codo con especialistas, que a su vez cubran, en equipo, un área (...) Por razones de eficiencia y también de diseño de la carrera médica, la APS debe estar basada en la existencia de generalistas; pero con ellos trabajando junto a una proporción suficiente de jóvenes “especialistas en formación”, apoyados a su vez por “especialistas formados” (tutores) ligados a los respectivos servicios hospitalarios”.

Así, la EM ha retomado la discusión pública chilena, y al permanente análisis de la Asociación de Facultades de Medicina de Chile (ASOFAMECH)

3 Programa de formación de especialistas en la atención primaria de salud (FOREAPS). Corresponde a un programa de 9 años de duración, que pretendía resolver el cisma entre hospital y consultorio, mediante un programa de residencia combinada, en que una primera etapa de 6 años se realizaba la formación (3 años) intercalada con periodos de devolución en la APS (3 años). De esta forma se lograría coordinación entre APS y atención secundaria – terciaria. Luego tenía un periodo de 3 años de devolución (PAO = Periodo Asistencial Obligatorio) en calidad de especialistas en el servicio de salud de formación. Actualmente este programa se encuentra descontinuado por no contar con marco legal que lo respalde, lo cual fue establecido de forma definitiva por la Contraloría General de la República a través de un Decreto en octubre 2013. (37)

que culminó con una nueva propuesta de Perfil del Egresado (20,21), se agrega el renovado interés del Colegio Médico, que volvió a realizar un Seminario de EM después de varias décadas, cuyo contenido fue publicado en un N° especial de los Cuadernos Médico Sociales<sup>4</sup>.

En 2015 demostramos que la mayoría de los perfiles de egreso publicados de las Escuelas de ASOFAMECH no consideran la política pública de salud, ni los objetivos sanitarios como eje movilizador de su formación, junto a un escaso discurso en relación al trabajo en APS, donde la mayoría de las Universidades no orientan su formación médica hacia el ejercicio de una APS Renovada (30). También, señalamos que los perfiles de egreso definidos presentan una brecha frente al médico que se está formando en estas instituciones, evidenciando un fuerte contraste entre el currículo formal, que es público y conocido, y el informal / oculto que no es explícito y que, de alguna manera, funciona en contraste con el formal (31).

Los actores del proceso educativo mantienen prácticas profundamente arraigadas en la cultura institucional, demostrando resistencia a los cambios de paradigmas, pese a que formalmente hay una adhesión a los objetivos explicitados (47), lo que explica el distanciamiento entre los perfiles de egreso y el relato manifestado por los actores.

Asimismo, en el ámbito del currículo informal en la formación médica, se ha demostrado, que el modelaje de los docentes (48, 49, 50) propicia la reproducción del modelo profesional hospitalocéntrico, curativo y biologicista, incentivando estos rasgos en las preferencias del estudiantado en oposición a una educación basada en la comunidad, con orientación generalista, con contenidos de salud pública, y salud familiar-comunitaria, en definitiva con enfoque de APS.

El MINSAL y el Colegio Médico suscribieron en 2015 un importante protocolo de acuerdo para, entre otros objetivos, “desarrollar las siguientes líneas de trabajo mediante el diseño e implementación de políticas de ingreso, formación y permanencia de los médicos para contribuir al fortalecimiento del sector público” y “adecuar las competencias laborales a la diversidad de necesidades que tienen las personas ante la creciente complejidad que adquiere la demanda por servicios de salud”. En materia de formación y educación continua señala que se establezcan “los contenidos de una agenda de políticas públicas para el desarrollo del recurso humano médico

desde el pregrado a la especialización de acuerdo a las necesidades del modelo de atención en salud y el fortalecimiento del sistema público” (46). El artículo 5° del DS 8/2009 explicita que se espera “garantizar la adecuación entre el Examen y el perfil profesional para cumplir los objetivos de la política nacional de salud” (25), por lo que resultaba fundamental acometer una tarea que nunca había sido realizada por el Estado: definir un perfil profesional médico para el desempeño en Redes Integradas de Servicios de Salud basada en APS (RISS). Surge la oportunidad de asegurar algunas características en los planes formativos de carreras que favorezcan la formulación de perfiles de egreso pertinentes, con contenidos y desempeños obligatorios. En ningún caso se espera establecer los planes de estudio de las carreras, sino que entregar algunos lineamientos generales. Por ejemplo, muchos planes de estudios contemplan prácticas en APS, pero éstas son escasas y cortas, casi todo el trabajo práctico se desarrolla en centros de alta complejidad, entonces cuando el profesional debe actuar en atención primaria no muestra un buen desempeño. Coherentemente, se consideró que “la construcción de criterios para la acreditación de carreras de la salud y especialidades médicas se realizará en consistencia con las Políticas Sanitarias existentes y en consulta con el Ministerio de Salud”.

Se debe sancionar el perfil definido por el MINSAL para poder generar la discusión amplia, ojalá definitiva, respecto de la solución a la crisis (31, 44).

En este sentido, se deben ejecutar las recomendaciones de la OPS renovadas en 2017 que señalan a los gobiernos que: “aboguen por la transformación de la educación de las profesiones de la salud, mediante el fortalecimiento de las acreditaciones, a fin de incluir los principios de la misión social, la incorporación de la perspectiva de salud pública y el abordaje de los determinantes sociales como ejes vertebradores de la formación de los recursos humanos para la salud” (...) “promuevan acuerdos de alto nivel entre los sectores de la educación y la salud para alinear la formación de los recursos humanos con las necesidades presentes y futuras de los sistemas de salud” (45).

Además, los actores se encuentran confundidos; se lee como sinónimo de médico general un profesional indiferenciado totipotencial algo así como una “célula madre” que esté preparado para ejercer en cualquier escenario, particularmente en la atención ambulatoria. Este profesional se

4 Ver: Cuad Méd Soc (Chile) 2015, 55 (3 y 4)

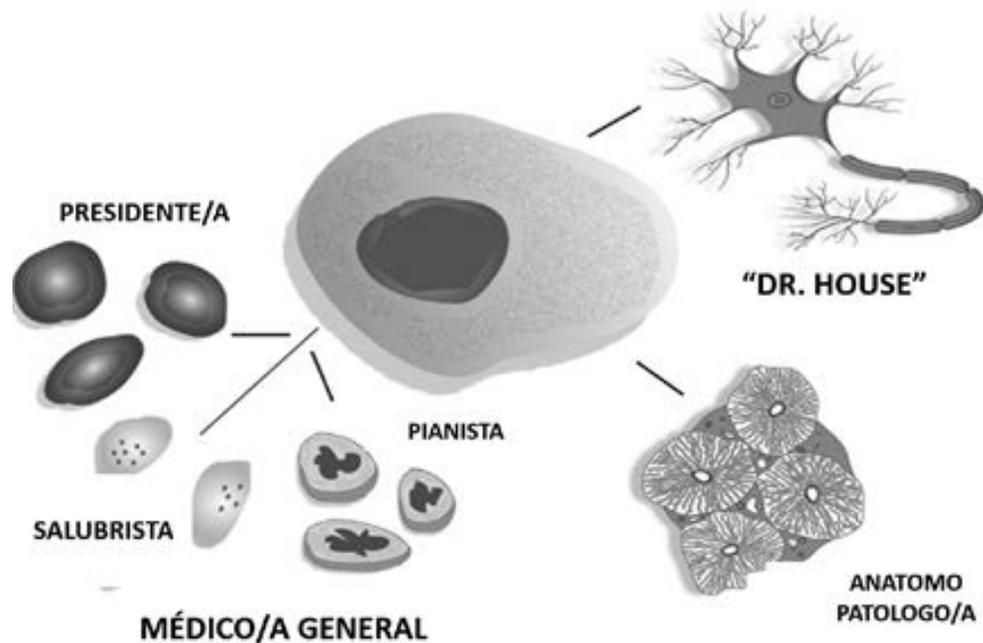


Figura: MÉDICO/A INTEGRAL: "La Célula Madre"

percibe en contradicción con el médico especialista, que se desempeña en la atención intrahospitalaria y que goza de gran prestigio (y de mejor estatus económico).

Se ha producido una falta de cuestionamiento de fondo de las causas y consecuencias del proceso de liberalización y desregulación de la formación médica, quizás por falta de escenarios políticos adecuados o propicios.

Habría que preguntarse lo mismo que en Inglaterra en 2012 (51) ¿Cuál es la esencia del generalismo en medicina y donde se necesita más en nuestro sistema de salud?

Las respuestas de la especificidad de la formación generalista van por: entender a las personas de manera más amplia y holística, con mucha importancia de sus contextos; esto depende del entrenamiento, de las actitudes, del enfoque de las prácticas y de los lugares de dichas prácticas. Un médico que se especializa pierde las cualidades o herramientas para diagnosticar y tratar otros aspectos de la persona. Dar el cuidado adecuado, en el momento oportuno y en el lugar adecuado es la esencia de la práctica generalista.

Por otro lado, hemos evidenciado una situación en donde los actores se van acomodando a las circunstancias más que resistirlas (52). La APS se va quedando sola, se transforma en "el patio trasero" del sistema sanitario. Frente a ello se van tomando

medidas funcionales, sin abordar lo estructural. El sistema se va acomodando, por ejemplo, al éxodo de médicos y a la alta rotación de estos en el nivel primario, a través de la aceptación de los médicos extranjeros, a la priorización de la atención curativa. Se mantiene explícitamente un discurso de "centralidad" de la atención primaria como si su sola mención bastara para generar fuerzas transformadoras de la realidad; con la esperanza de ello o de que aquello no ocurra (52).

De hecho, se señaló que el principal desafío es la coherencia de la política pública de salud y de educación superior y que en tal sentido el desempeño de los médicos generales en RISS basada en APS es un resultado sincrónico de la formación y de la política pública de salud. En el acta quedó establecido que se espera que, a través de un marco (perfil) que representa lo que el país necesita, se encauce la formación médica, así como también el EUNACOM en el sentido de que esté alineado con el perfil que se defina (53).

El MINSAL elaboró una propuesta de modificación de la norma existente (Norma N° 254) a fin de que la Relación Asistencial Docente (RAD) se entienda como un instrumento de gestión de una política pública que el Ministerio de Salud, los Servicios de Salud y los Establecimientos Sanitarios, en conjunto con el Ministerio de Educación y los centros formadores, utilicen para

alcanzar el objetivo de formar, en pre y postgrado, a los técnicos y profesionales que el sistema sanitario chileno requiere, y no tan sólo un conjunto de normas, instrumentos o indicadores a cumplir (54).

Sin embargo, lo que va ocurriendo es que los procesos de profundización de la fragmentación se van potenciando y poco a poco se van operacionando en dos problemas tratados por separado y priorizados en sí mismos: la falta de resolutivez de la APS y la falta y mala distribución de médicos especialistas en el sector público (52).

## CONCLUSIONES

En Chile, no se están formando médicos preparados para trabajar en un modelo de Atención Primaria de la Salud (APS) resolutivo, a pesar de lo declarado por las Escuelas y algunas instituciones. La evidencia encontrada es preocupante, pues está documentado que los Sistemas de Salud basados en la APS logran mejores indicadores socio-sanitarios, mayores grados de eficiencia, y contienen el aumento de costos de la atención médica.

La política sanitaria implícita apunta hacia el requerimiento de un tipo de profesional médico, el especialista, mientras que lo explícito apunta hacia otro lado, el generalista.

Es necesario transparentar el currículo oculto y considerar equilibradamente las necesidades de especialistas y de generalistas, estos últimos con un enfoque familiar y comunitario, con competencias resolutivas, al que se le reconoce un estatus (prestigio) que lo acerque al modelo establecido por la Política Pública de Salud.

Todo lo anterior apunta a que, una vez que el perfil de desempeño del médico general en entorno RISS, basado en APS, del MINSAL sea sancionado, debería transformarse en la columna que vertebraría la formación de pregrado con el modelo de atención de salud, y servir como elemento para dar coherencia a los mecanismos de asignación de los campos clínicos.

Se debe recordar que la letra y espíritu de la ley 20.261 definió como razón para instalar en la institucionalidad del Estado al EUNACOM, el asegurar el alineamiento entre formación médica y política pública. Así, el perfil de desempeño del MINSAL debería ser parte de los elementos orientadores de la reformulación del EUNACOM en el futuro cercano.

Cabe destacar que todo este modelamiento no interfiere de manera alguna con la autonomía universitaria ni la libertad de cátedra de las Universidades,

pues no se toca su independencia para definir el modelo formativo que aplican, pero sí orientará a la formación médica en el sentido de que esté al servicio de la satisfacción de las necesidades de salud-enfermedad-atención de la ciudadanía, en la cual la responsabilidad principal le cabe al Estado.

Se debe acabar con la desidia ciudadana, que junto al síndrome de desesperanza aprendida, potencian el modelo de formación médica de mercado, especialistógeno, biomédico y hospitalocéntrico, alejado de las necesidades socio sanitarias de la población general del país.

## REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Alma-Ata, Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, (1978)
2. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre salud en el mundo 2008: Atención Primaria de Salud, más necesaria que nunca (2008)
3. Macinko, James, Barbara Starfield, and Leiyu Shi. "The Contribution of Primary Care Systems to Health Outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) Countries, 1970–1998." *Health Services Research* 38.3 (2003): 831–865. PMC. Web. 10 Jan. 2018.
4. Organización Panamericana de la Salud (2007) *La Renovación de la Atención Primaria de Salud de las Américas*. ISBN 92 75 32699 1
5. World Health Organization (2005). *Preparing a Health Care Workforce for the 21st Century: The Challenge of Chronic Conditions*. ISBN 92 4 156280 3
6. Organización Panamericana de la Salud. *La formación en medicina orientada hacia la atención primaria de salud (2010)*. Serie *La renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas*. [Sitio en internet]. Portal web de la Organización Panamericana de la Salud. Hallado en: [http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010/APS-Formacion\\_Medicina\\_Orientada\\_APS.pdf](http://www2.paho.org/hq/dmdocuments/2010/APS-Formacion_Medicina_Orientada_APS.pdf) (Acceso el 8 de Septiembre de 2017).
7. Observatorio Regional de Recursos Humanos en Salud. *Medición y Monitoreo de Metas Regionales en Recursos Humanos en Salud*. OPS, 2015. Hallado en: <http://www.observatoriorh.org/?q=node/368>.
8. OPS. *Educación Médica hacia la APS renovada y libros de texto*. Informe de la reunión

- de Buenos Aires, Argentina. Rosa Borrel y Rodolfo Kauffman (relatores). [Sitio en internet]. Portal web de la Organización Panamericana de la Salud. Hallado en: <http://www.observatoriorh.org/?q=node/523>.
9. Téllez A. "Atención primaria: factor clave en la reforma al sistema de salud", Departamento de Medicina Familiar Facultad de Medicina UC (2006)
  10. Harden RM, Sowden S, Dunn WR. Educational strategies in curriculum development: the SPICES model. *Med Educ* 1984; 18: 284-297.
  11. Montero J, Téllez A., Herrera C., "Reforma sanitaria chilena y la atención primaria de salud. Algunos aspectos críticos", Centro de políticas públicas UC (2010).
  12. Breinbauer K, Hayo, Fromm R, Germán, Fleck L, Daniela, & Araya C, Luis. (2009). Tendencia en el estudiante de medicina a ejercer como médico general o especialista. *Revista médica de Chile*, 137(7), 865-872. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872009000700001>
  13. Orellana Peña, Cecilia, Rojas Urzúa, Mónica, & Silva Zepeda, Marianela. (2010). Influencia del modelo e imagen del médico durante la formación de pregrado en un grupo de estudiantes de medicina de la Universidad de Antofagasta. *Acta Bioethica*, 16(2), 198-206. <https://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2010000200013>
  14. Biblioteca Congreso Nacional. Historia Ley 19.966, que establece garantías explícitas en salud. 2004.
  15. Biblioteca Congreso Nacional. Historia de la Ley 19.937, sobre Autoridad Sanitaria y Gestión. 2005.
  16. Ministerio de Salud. Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria. Hallado 14.02.18 <http://web.minsal.cl/portal/url/item/e7b24eef3e5cb5d1e0400101650128e9.pdf>
  17. Ministerio de Salud. Orientaciones para la planificación y programación en red año 2015. Subsecretaría de redes asistenciales. División de Atención Primaria. Hallado 14.02.18. <http://buenaspracticassaps.cl/wp-content/uploads/2014/10/orientacionesminsalsal-2015programacionenred.pdf>
  18. Ministerio de Salud. Orientaciones para la planificación y programación en red año 2018. Subsecretaría de redes asistenciales. Hallado 14.02.18. <http://web.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/10/Orientaciones-para-la-planificacion-y-programacion-en-red-2018.pdf>
  19. Ministerio de Salud. "Orientaciones para el Proceso de Diseño de la Red Asistencial de los Servicios de Salud". Septiembre 2012. Hallado 14.02.18. <https://www.scribd.com/doc/239665759/MINSAL-2012-Orientaciones-Para-El-Proceso-de-Diseño-de-La-Red-Asistencial-de-Los-Servicios-de-Salud>
  20. ASOFAMECH. Competencias comunes para los egresados de las escuelas de medicina ASOFAMECH. 2016. Hallado 14.02.18. <http://www.carlosjorquera.com/PerfilASOFAMECHfinal.pdf>
  21. ASOFAMECH. 2º Borrador Perfil Egresado Medicina: Descripción. (Documento trabajado 21 diciembre 2015) Mimeo.
  22. Comisión Nacional de Acreditación. Perfil profesional y criterios para la acreditación de carreras de medicina. 2009.
  23. Ministerio de Salud. Definición de Competencias Mínimas para el Especialista en Medicina Familiar. Hallado 14.02.18. <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2018/01/005.Documento-Final-Competencias-del-Especialista-en-Medicina-Familiar-DIVAP-MINSAL.pdf>
  24. Depaux V. Ruth, Campodónico G. Lidia, Ringeling P. Isabel y Segovia D. Isabel. En el Camino a Centro de Salud Familiar. Ministerio de Salud. 2008
  25. Ministerio de Salud. Decreto N°8. Reglamento de EUNACOM. 2009.
  26. Bass C. ¿Cuál es el médico que necesita nuestro país? [Sitio en internet]. El quinto poder. Hallado en: <http://www.elquintopoder.cl/salud/cual-es-el-medico-que-necesita-nuestro-pais/>
  27. Bastías S, Marshall R, Zufina P. Número de médicos en Chile: estimaciones, proyecciones y comparación internacional. *Rev Med Chile* 2000; 128 (10): 1167-76.
  28. Goic A. Seminario sobre formación de médicos en la actualidad en Chile. *Rev Med Chile* 2003; 131 (2): 209-212.
  29. Montero J, Muñoz F, Rosselot E, Valdivieso V, Barba R. La medicina general en la organización médica actual. *Rev Med Chile* 1996; 124 (8): 1006-14.
  30. Parada, Mario, Romero, María I, & Moraga, Fabián. (2015). Perfiles de egreso de las carreras de Medicina en Chile. *Revista médica de Chile*, 143(4), 512-519.
  31. Parada-Lezcano, Mario, Romero S, María Inés, & Moraga Cortés, Fabián. (2016). Educación médica para la Atención Primaria de Salud:

- visión de los docentes y estudiantes. *Revista médica de Chile*, 144(8), 1059-1066
32. Román O, Acuña M, Señoret M. Disponibilidad de médicos en Chile al año 2004. *Rev Med Chile* 2006; 134 (8): 1057-64
  33. Román A, Oscar, Pineda R, Sabina, Señoret S, Miriam. (2007). Perfil y número de médicos generales que requiere el país. *Revista médica de Chile*, 135(9), 1209-1215.
  34. Saavedra Díaz, Fernando. Proyección de la disponibilidad de profesionales de la salud en Chile al 2020. *Cuad Med Soc (Chile)* 2010, 50 (4): 307-314
  35. Academia Chilena de Medicina. Informe sobre la situación actual de la educación médica en Chile. Serie monografías académicas Santiago: Academia de Medicina del Instituto de Chile; 2008.
  36. Montoya C. Aspectos de la formación médica en Chile. Su relación con los conceptos de medicina integral y medicina familiar y con la planificación de recursos humanos para el sistema de salud. *Cuad Med Soc* 1998; 39 (2): 42-50.
  37. Residentes Chile. Programas de Formación. Hallado el 28.02.18 en <http://residenteschile.cl/programas-de-formacion/>
  38. Puertas EB, Arósquipa C, Gutiérrez D. Factors that influence a career choice in primary care among medical students from high-, middle-, and low-income countries: a systematic review. *Rev Panam Salud Pública*. 2013; 34(5):351-8
  39. Godue C, Borrel R. Ideas principales de la conferencia de Beyond Flexner: Misión social de la Educación Médica. Tulsa, Oklahoma. [Sitio en internet] Observatorio Regional de Recursos Humanos en Salud. Hallado en: <http://www.observatoriorh.org/?q=node/391>
  40. Goic A. Seminario sobre formación de médicos en la actualidad en Chile. *Rev Med Chile* 2003; 131 (2): 209-12
  41. Medical Professionalism in the New Millennium: A Physician Charter. Project of the ABIM Foundation, ACP-ASIM Foundation, and European Federation of Internal Medicine\* *Ann Intern Med*. 2002; 136: 243-246
  42. Mueller Paul. Incorporating Professionalism into Medical Education: The Mayo Clinic Experience. *Review. Keio J Med* 2009; 58 (3): 133 143
  43. Montoya C. Los médicos en el sistema de salud: categorías. Variantes históricas en diversos países. *Cuad Méd Soc (Chile)* 2016, 56 (1 y 2): 65-76
  44. Montoya C. Médicos en el nivel primario del sistema público de atención de salud de Chile: Tendencia, distribución geográfica y normas. *Cuad Méd Soc (Chile)* 2008, 48 (4): 215-225
  45. OPS. Resolución CSP29.R15 Estrategia de recursos humanos para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. 29.a Conferencia Sanitaria Panamericana. 2017.
  46. Ministerio de Salud. Protocolo de acuerdo Gobierno y Colegio Médico de Chile. A.G. Hallado 14.02.18. <http://www.colegiomedico.cl/wp-content/uploads/2015/07/Protocolo-de-Acuerdo-Gobierno-Colegio-Medico-de-Chile-A.G.pdf>
  47. Margolis, Eric; Soldatenko, Michael; Acker, Sandra and Gair, Marina. Peekaboo. Hiding and outing the curriculum. In Eric Margolis (ed.) *The Hidden curriculum in higher education*. ROUTLEDGE. New York and London. 2001.
  48. Cruess S, Cruess R, Steinert Y. Role modeling—making the most of a powerful teaching strategy. *BMJ* 2008; 336 (7646):718-721.
  49. Kenny N, Mann K, MacLeod H. Role modeling in physicians' professional formation: reconsidering an essential but untapped educational strategy. *Acad Med* 2003; 78 (12):1203-1210.
  50. Romero M, Romero M. "In the image and likeness..." How mentoring functions in the hidden curriculum. En: Margolis E (ed.), *The Hidden curriculum in higher education*. New York and London: ROUTLEDGE; 2001. p 79-97.
  51. Editorials. What's special about medical generalism? *British Journal of General Practice*, July 2012: 342-343.
  52. Mario Parada L. Identificación de las condiciones para alcanzar la integralidad en la implementación y monitoreo de una política de Recursos Humanos en RISS – Chile. 2014. Serie de estudios nacionales N°2. ORAS-CONHU – OPS-OMS – Ministerio de Salud Chile. Diciembre 2014.
  53. Ministerio de Salud. Acta Reunión Comisión Nacional Docente Asistencial (CONDAS). Santiago, 07 de diciembre de 2016. Mimeo.
  54. Ministerio de Salud. Norma técnica administrativa que regula la relación asistencial docente. Hallado 14.02.18. <http://web.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/09/D S - N % C 2 % B A 1 9 . a p r u e b a - N G - T A - R A D . 0 5 - 0 9 - 1 7 . p d f>