

Programa de Investigación, Innovación
y Desarrollo (I+I+D) en salud por el
Hospital El Carmen de Maipú
**Program of Research, Innovation, and
Development (R+I+D) of health by Hospital El
Carmen de Maipú**

Pablo Burgos C. ¹
Manuel Díaz M. ²
Álvaro González H. ³
Jame Rebolledo S. ⁴
Jonathan Wimmer D. ⁵
Ramiro Zepeda I. ⁶

RESUMEN

En la actualidad, los sistemas sanitarios se han visto sobrepasados por las necesidades en salud de la población. Para abordar esta situación, se hace imprescindible, además de mejorar los procesos de atención clínica, promover la investigación e innovación. Dada la complejidad del problema, es primordial la integración de los diversos actores en salud, donde los hospitales tienen una posición privilegiada, teniendo la posibilidad de articular el personal clínico, la academia, las autoridades sanitarias, el sector privado y la comunidad. En el siguiente artículo presentamos una revisión simple de la literatura respecto al rol de los hospitales en investigación e innovación en salud, exponiendo los potenciales beneficios tanto para la generación de conocimiento en salud como para la mejora del rol asistencial de estas instituciones. En base a esto, exponemos la necesidad de generar Unidades de Investigación y Desarrollo en instituciones hospitalarias, incorporando profesionales con formación tanto científica como en gestión, con un enfoque de ciencia aplicada a la clínica que incorpore a la comunidad local en su quehacer. Se expone la experiencia que se está llevando a cabo en el Hospital El Carmen de Maipú en esta materia.

***Palabras clave:* Investigación, Desarrollo, Innovación, Hospitales públicos.**

Recibido el 14 de Julio de 2016. Aceptado el 27 de octubre de 2016.

¹ Hospital Metropolitano El Carmen, Doctor Valentin Ferrada. Departamento de Kinesiología, Universidad de Chile. Correspondencia a: pablo.i.burgos@gmail.com o jonwimmer.neuro@gmail.com

² Hospital Metropolitano El Carmen, Doctor Valentin Ferrada

³ Hospital Metropolitano El Carmen, Doctor Valentin Ferrada

⁴ Hospital Metropolitano El Carmen, Doctor Valentin Ferrada. Departamento de Kinesiología, Universidad de Chile

⁵ Hospital Metropolitano El Carmen, Doctor Valentin Ferrada.

⁶ Programa de Farmacología, Instituto de Ciencias Biomédicas, Universidad de Chile.

ABSTRACT

Nowadays, health systems have been overwhelmed by the health needs of the population. To tackle this situation, it is essential, besides improving clinical care processes, to promote research and innovation. Given the complexity of the problem, it is vital to integrate the various actors of health, where hospitals have a privileged position with the possibility of organizing the clinical staff, the academia, the health authorities, the private sector, and the community. In the following article, a simple literature review about the role of hospitals regarding research and innovation in health will be presented, expounding the potential benefits for the generation of health knowledge and for the improvement of the nursing role of these institutions. Based on this, we expose the need to generate Research and Development Units in hospital institutions, incorporating professionals trained in science and management, with an approach of science applied to clinic that includes the local community in their work. The experience of Hospital El Carmen de Maipú regarding this matter is presented.

Key words: Research, Development, Innovation, Public hospitals.

UNA NECESIDAD PAÍS

En nuestra realidad como profesionales eminentemente clínicos, los conceptos Investigación, Desarrollo e Innovación, en general nos parecen actividades que tangencialmente se relacionan a nuestro quehacer diario. La investigación parece reservada para un grupo pequeño de profesionales que por motivación propia deciden participar en actividades más cercanas a las labores académicas, mientras que desarrollo e innovación parecen más cercanas al área de Gestión o Comercial y principalmente en el sector privado. Si bien nuestra cultura y la formación que hemos recibido como profesionales de salud generan este tipo de visión, en la situación actual de nuestro país, en que las necesidades en salud sobrepasan las capacidades del sistema de proveer soluciones efectivas, integrales y oportunas a la población (Guillou, 2011; MINSAL, 2016, Vergara, 2015) se hace imperativo incorporar estos procesos como parte de nuestras labores habituales.

El concepto de innovación en salud se define como aquellos cambios que permiten dirigir las prácticas de salud a las personas o pacientes, ayudando a los profesionales de la salud a realizar un proceso de provisión de salud, desde la prevención a la rehabilitación, de manera más inteligente, rápida y costo efectiva (Thakur et al., 2012). De esta forma, el innovar consiste en implementar de forma exitosa ideas novedosas que inicialmente parten desde las actividades de investigación. Es así como la investigación básica y aplicada y la innovación forman parte de un continuo que se hace imprescindible si consideramos la insuficiencia de nuestras herramientas diagnósticas y terapéuticas actuales, teniendo aquí los hospitales un rol central.

La capacidad de innovar ha sido destacada como el factor más importante para el bienestar social y crecimiento de un país (Çinar, 2015), y el área de salud no queda fuera de esta realidad. Ya en 1987 y 1998 dos comisiones internacionales independientes diagnosticaron la necesidad de priorizar el desarrollo de estas actividades para resolver problemas sanitarios urgentes a nivel nacional (Evans, 1990; Mullin, 1998).

ROL DE LOS HOSPITALES

Los hospitales cuentan con diversos dominios y fuentes de conocimiento, tales como el área científica, clínica, técnica, comercial y social y, además, tienen el potencial de ser un eje articulador entre la red de salud y diferentes Universidades, generando la confluencia de diferentes

modos de aprendizaje; práctica clínica, experimentación básica y clínica, y adaptación tecnológica a la realidad local para generar y transferir conocimiento, siendo la única institución que es capaz de estar presente en todas las etapas del proceso de innovación, ya que puede estar implicada en la generación de ideas, la prueba/verificación, implementación y difusión de éstas (Thune & Mina, 2016). En este sentido destaca además que en este tipo de proceso no será la generación de conocimiento sólo por el conocimiento, sino que estará dirigido hacia el beneficio de la comunidad en que el hospital está inserto.

Medina (2015) plantea que la investigación biomédica es un producto hospitalario más, así como lo es la atención clínica, lo que hace sentido si miramos la posición privilegiada en la que se encuentran estas instituciones en la red de actores que participan de la investigación e innovación en salud (Figura 1).

		Universidades	Sector Privado	Hospitales	Autoridad Sanitaria	Sistema de Salud
Generación de la Idea	Investigación (Básica y Clínica)	√	√	√		
	Aprendizaje experimental en la práctica clínica			√		
Desarrollo de la idea	Pruebas clínicas			√		
	Documentación de la experiencia		√	√		
Selección	Asesoría			√	√	
Implementación y difusión	"Pioneros-Líderes" (Lead Users)			√		
	Desarrollo de Servicios Complementarios innovados		√	√		
	Educación y capacitación	√		√		
	Desarrollo de Protocolos			√		
	Difusión de soluciones para nuevos usos		√	√	√	√
	Mejora continua y adaptación			√		√

Figura 1, Rol de los Hospitales en la generación de I+D, traducido y adaptado de Tunhe & Mina 2016.

Basados en estas ideas, actualmente en el Hospital El Carmen de Maipú, se ha creado la Unidad de Investigación y Desarrollo, que es una estrategia de gestión innovadora, que busca "Incentivar la Investigación, el Desarrollo y la Innovación en el HEC, apoyando a los equipos de investigación en aspectos administrativos y metodológicos, alineados con los objetivos de la Dirección, en coordinación con el SSMC y guiado por las necesidades de la comunidad". De esta manera se han generado instancias de acercamiento con centros de investigación de diferentes Universidades, se han creado laboratorios de investigación clínica dentro de las dependencias del hospital, para articular los diferentes componentes necesarios de un modelo de innovación orientada a dar solución a problemas relevantes para la comunidad local.

I+I+D COMO PROMOTOR DE UNA MEJOR LABOR ASISTENCIAL

Se podría pensar que incorporar procesos de I+I+D en los hospitales podría quitar prioridad y recursos al rol asistencial. Sin embargo, una revisión de estudios afines de Krzyzanowska y cols (2011) ha reportado beneficios en múltiples niveles, como por ejemplo, mejoras sostenidas en los procesos de atención clínica, mejoras en infraestructura, fomento de la especialización y posicionamiento de equipos referentes, el compromiso de pacientes y clínicos con los procesos de innovación en salud, entre otros (Figura 2). En general hay una mejora sostenida en los procesos científicos y técnicos más un cambio en la cultura organizacional que posicionan a los departamentos de los hospitales como referentes especializados y actualizados, lo que a su vez se traduce en más servicios, procesos y generación de redes de cooperación, que finalmente posicionan al hospital como un articulador del desarrollo de soluciones en salud frente a sus pares y la comunidad de usuarios.

Infraestructura y recursos humanos	Procesos del Cuidado	Otros beneficios
Acceso Anticipado a nuevos tratamientos y tecnologías	Nuevas conductas de individuos y equipos para la incorporación de nuevos tratamientos	Generación de conocimiento
Centros y equipos expertos	Estrategias, guías clínicas y colaboración multidisciplinaria	Generación de Valor: I+D local, Patentes, Cese de terapias inefectivas
Capacitación y actualización continua	Cercanía con los usuarios en el monitoreo y soporte clínico	Reducción de la fuga de cerebros
		Sentidos de contribución a la mejora de futuros pacientes

Figura 2. Potenciales beneficios de procesos de I+D+i en salud. Figura original basada en revisión de Krzyzanowska y cols 2011.

GENERANDO UNA CULTURA DE INNOVACIÓN HOSPITALARIA

El sector público a nivel mundial tiende a evitar el riesgo, sin embargo comenzar a innovar implica ciertos niveles de riesgo (ensayo y error) (OCDE, 2015). Los hospitales públicos son parte de esta cultura, creados mediante leyes particulares, con todos sus beneficios y problemáticas. Si bien en Chile se ha avanzado en la gestión y desarrollo de la red asistencial, incorporando la acreditación y los procesos de autogestión hospitalaria, las estrategias para el desarrollo de la investigación e innovación no se han posicionado como una prioridad, y la legislación no explicita la formación de comités de investigación o la posibilidad de generar asociaciones con universidades para el impulso de la investigación e innovación, elementos que son necesarios para enfrentar los desafíos de la autogestión (Seguel y Paravic, 2011). No obstante lo anterior la dirección del Hospital "El Carmen" de Maipú está en búsqueda de alternativas de innovación abierta dentro del sistema de salud pública.

Para generar cambios en la cultura hospitalaria, deben estar presente una serie de procesos facilitadores: 1) Claridad de la visión y misión por parte de la dirección de los hospitales, 2) Comprensión por parte de todo el personal del cambio de cultura que se plantea implantar, 3) Coordinación de los diferentes grupos involucrados, favoreciendo las sinergias que se puedan generar. 4) Favorecer un ambiente de Confianza, que permita aceptar más fácilmente los cambios propuestos; y 5) Generar el compromiso necesario para desarrollar en los equipos el alto rendimiento (Michalko M, 2013). En términos generales el Hospital El Carmen ha abordado estos procesos en su planificación estratégica 2016.

EL CONCEPTO DE INNOVACIÓN ABIERTA COMUNITARIA EN EL HOSPITAL EL CARMEN DE MAIPÚ

Si bien los estudios que describen las estrategias de innovación hospitalaria son escasos, al analizar las patentes en EEUU se aprecia que un importante número de ideas surgen desde la actividad clínica, pues es ahí dónde se presenta la inspiración y/o problema no resuelto. Las personas (pacientes) y otros actores son también claves para la innovación y resolución de problemas, sin embargo su rol en estos procesos aún no ha sido suficientemente estudiado (Thune & Mina, 2016).

En este sentido, el modelo tradicional de innovación supone una perspectiva cerrada y lineal de generación, desarrollo y diseminación del conocimiento, a través de sus propias estructuras (De Jong, 2008), en el contexto hospitalario, por parte del personal de la institución o en colaboración con centros de investigación. Frente a este modelo clásico, surge la innovación abierta que asume que las organizaciones pueden y deben mantener estrechas relaciones con terceros

tanto en el proceso de acumulación de conocimiento como en su divulgación (Chesbroug 2006, Teece 2007, Aylen 2010), lo que posibilitaría acelerar el proceso de innovación, reduciendo los costos y riesgos asociados, abriendo nuevas posibilidades para la generación del conocimiento. Este tipo de innovación supone una posibilidad de ocurrencia que se conoce como "inteligencia colectiva" (Figura 3), posibilitando una creatividad ilimitada al incorporar agentes externos, vivencias de la propia comunidad (agrupaciones de usuarios/as) y el aporte interno de la organización, idea que ha sido adoptada por la sociedad europea de medicina translacional (Cohrs 2015).

Basados en este modelo, actualmente en el Hospital El Carmen de Maipú, la Unidad de Investigación y Desarrollo funciona al alero del concepto de hospital comunitario, como complemento necesario para la generación, desarrollo y diseminación de conocimiento en salud, sobre la base de la "innovación abierta" con un fuerte componente social.

De esta manera se han articulado diferentes actores y componentes necesarios para un modelo de innovación abierta orientado a dar solución a problemas relevantes para la comunidad local y generar así ideas con "valor" que mantienen un alto acuerdo en la comunidad, lo que facilita la validación social, cuestión fundamental, desde la mirada de hospital comunitario.

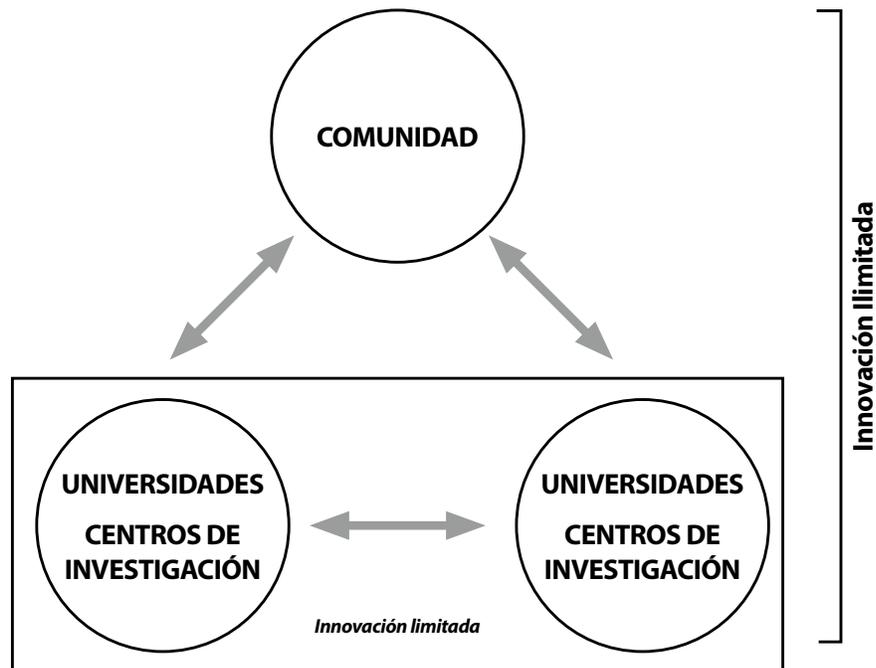


Figura 3. Modelo de innovación abierta (Chesbroug, 2003), propuesta en el Hospital "El Carmen".

Durante los 18 meses de funcionamiento de la Unidad de Investigación y Desarrollo se han realizado diversas iniciativas, las que se resumen en la figura 4, destacando la realización de convenios con Universidades orientados a generar alianzas de investigación entre personal clínico del Hospital y académicos universitarios, permitiendo la participación del personal del Hospital en sus concursos de fondos semilla. Se ha fomentado la generación de proyectos para postular a fondos en investigación por parte del personal clínico. Se han generado dos laboratorios, uno orientado al trabajo con datos epidemiológicos sanitarios asociados a datos sociodemográficos y comunitarios, y un segundo laboratorio asociado al servicio de medicina física y rehabilitación, y que incorpora los servicios de neurología y salud mental, que busca aplicar conocimientos en

neurociencias para el beneficio de la comunidad, generando instancias de comunicación con organizaciones sociales e instituciones comunales. Esto ha llevado a orientar el desarrollo de líneas de trabajo en la generación de elementos tecnológicos de bajo costo para la rehabilitación a nivel local, y estudios de neurociencias aplicadas a la rehabilitación.

Investigación		Gestión
Promoción	Investigación	
<ul style="list-style-type: none"> • Alianza de investigación con Universidades • Fondos semilla desde Universidades • Curso de metodología de investigación (2º versión) • Reuniones con servicios clínicos para fomento de desarrollo de investigaciones 	<ul style="list-style-type: none"> • 9 Proyectos FONIS Enviados • 1 Proyecto FONDECYT adjudicado • 2 Laboratorios de investigación • Desarrollo de tecnologías de bajo costo para biometría • 14 proyectos de investigación en curso • 4 publicaciones ISI • Presentaciones en congresos 	<ul style="list-style-type: none"> • Implementación de comité metodológico para apoyo en investigación • Desarrollo de protocolo para presentación de trabajos a comité de ética científico • Coordinación con organizaciones comunitarias y comunales para orientar líneas de investigación (Rehabilitación con tecnologías de bajo costo) • Apoyo a la red de salud Maipú-Cerrillos (Medio ambiente y Salud)

Figura 4. Actividades realizadas por la Unidad de Investigación y Desarrollo del Hospital El Carmen de Maipú.

CONCLUSIÓN

En nuestra experiencia como hospital proponemos incorporar la mirada de I+D como un rol cotidiano dentro de las buenas prácticas hospitalarias, para lo cual consideramos necesario generar cambios organizacionales. Esto implica la generación de unidades específicas, a cargo de personal clínico especializado en investigación, apoyado por profesionales con experiencia en gestión de proyectos, que lleven a cabo el proceso de coordinar, potenciar y promover la Investigación y el Desarrollo, entregando el apoyo necesario a los equipos en las diferentes unidades clínicas que desarrollen proyectos de alto impacto, en donde la visión de la investigación orientada a las necesidades clínicas y sociales de la comunidad deben tener prioridad. La tarea implica desafíos y dificultades debido a los procesos de cambio que requieren disposición y compromiso desde la Dirección del Hospital, gestionando estrategias que permitan la formación de una estructura organizacional que genere en el personal sanitario el valor compartido de poseer una cultura en I+D+i en los Hospitales. En el proceso que ha iniciado el Hospital El Carmen, las barreras identificadas han sido la falta de recursos para realizar investigación y desarrollo y la ausencia de este tipo de procesos en los procedimientos clínicos cotidianos. Al mismo tiempo se evidencia como fortaleza la respuesta e interés de Universidades para generar redes de trabajo colaborativo, junto con la participación de personal clínico señalando sus intereses en investigación y desarrollo, más el apoyo institucional de la autoridad sanitaria representada en el Servicio de Salud Metropolitano Central y la buena respuesta de la comunidad local.

REFERENCIAS

1. Argote, L.; Ingram, P. (2000) Knowledge transfer: A basis for competitive advantage in firms. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 82 (1):150-169.
2. Aylen, J. (2010). Open versus closed innovation: Development of the wide strip mill for steel in the United State during the 1920s. *R&D management*, 40 (1):67-80.
3. Chesbrough, H. W. (2003) The era of open innovation. *MIT Sloan management Review*
4. Chesbrough, H.W. (2006) New puzzles and new findings in Chesbrough, H.,W., Vanhaverbeke,W. and West ,J. (eds). *Open Innovation:Researching a New Paradigm*,pp 15-34 New York City, New York,Oxford University Press
5. Çınar, F., & Eren, E. (2015, 05). Organizational Learning Capacity Impact on Sustainable Innovation: The Case of Public Hospitals. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 181, 251-260. doi:10.1016/j.sbspro.2015.04.886
6. Cohrs, R., Martin, T., Ghahramani, P., Bidaut, L., Higgins, P., & Shahzad, A. (2014). Traslational Medicine definition by the European Society for Translational Medicine. *New Horizons in Traslational Medicine*, 2(2015):86-88.
7. De Jong, J.P.J.; Vanhaberbeke W.; Kalvet,T.;Chesbrough,H. (2008). Policies for open innovation: Theory framework and cases. Research Proyect funded by Vision Era-Net Helsinki: Finland.
8. Evans, J., Castillo, G., Abed, F., Bergstrom, S., Calloway, D., Ezzat, E., Habte, D., Kamba, W., Lucas, A., Martinez-Palomo, A., Okita, S. and Ramalingaswami, V. (1990). *Health Research: Essential Link to Equity in Development*. Commission on Health Research for Development, OMS. Retrieved from: <http://www.cohred.org/publications/open-archive/1990-commission-report/>
9. Guillou, M., Carabantes, J., & Bustos, V. (2011, 05). Disponibilidad de médicos y especialistas en Chile. *Rev. Méd. Chile Revista Médica De Chile*, 139(5), 559-570. doi:10.4067/s0034-98872011000500001
10. Krzyzanowska, M. K., Kaplan R., and Sullivan R.. "How May Clinical Research Improve Healthcare Outcomes?" *Annals of Oncology* 22.Suppl 7 (2011): Vii10-ii15.
11. Medina, M.L., Medina, M.G. and Merino L.A.. (2015, 01). La investigación científica como misión académica de los hospitales públicos universitarios. *Revista Cubana de Salud Pública*, 41 (1): 139-46.
12. Michalko, Michael. *Creative Thinkering: Putting Your Imagination to Work*. Novato, CA: New World Library, 2011.
13. Mullin, J., Ahumada, J., Vessuri, H., Olivares J., Waissbluth, M., Yutronic, J. (1998, 05). Science, technology and innovation programs and policies in Chile. Informe final de la misión internacional. IDRC/CONICYT. Retrived from <https://idl-bnc.idrc.ca/dspace/bits-tream/10625/26600/1/117249.pdf>
14. MINSAL (2016, 03). Informe sobre brechas de personal de salud por servicio de salud. Retrieved from http://web.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/08/Informe-Brechas-RHS-en-Sector-P%C3%BAblico_Marzo2016.pdf
15. OECD (2015), *The Innovation Imperative in the Public Sector: Setting an Agenda for Action*, OECD Publishing, Paris. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264236561-en>

16. Seguel & Paravic (2011) Unidad de investigación en hospitales autogestionados. *Ciencia y Enfermería* 12 (2): 19-25.
17. Teece, D. J. (2007). Explicating dynamic capabilities: The nature and microfoundations of (sustainable) enterprise performance. *Strategic Management Journal*, 28: 1319-1350.
18. Thakur, R., Hsu, S. H., & Fontenot, G. (2012, 04). Innovation in healthcare: Issues and future trends. *Journal of Business Research*, 65(4), 562-569. doi:10.1016/j.jbusres.2011.02.022
19. Thune, Taran, and Andrea Mina. "Hospitals as Innovators in the Health-care System: A Literature Review and Research Agenda." *Research Policy* 45.8 (2016): 1545-557.
20. Vergara, M.. (2015, 02). Propuesta de reformas a los prestadores públicos de servicios médicos en Chile: Fortaleciendo la opción pública. *Rev. Méd. Chile Revista Médica De Chile*, 143(2), 237-243.

Energía que cuida la vida

Energy that cares for life

Máximo Pacheco M. ¹

En su informe de 2016 sobre contaminación y salud, la Agencia Internacional de Energía (AIE) presentó un balance en donde establece que la contaminación del aire es la cuarta mayor amenaza para la salud humana, después de la presión arterial alta, la mala alimentación y el tabaquismo. Cada año, alrededor de 6,5 millones de muertes en todo el mundo son causadas sólo por aire contaminado. La AIE asevera además que la liberación de estos contaminantes se debe principalmente a la producción y uso de energía no regulada o ineficiente.

La contaminación del aire proviene principalmente de las centrales generadoras de energía, de fábricas y automóviles, mientras que la contaminación al interior de los hogares proviene de las cocinas sucias y su deficiente combustión, sobre todo en los países en desarrollo. Alrededor de 3 millones de muertes prematuras están relacionados con la contaminación del aire exterior y 3,5 millones de muertes prematuras a la inhalación de humo de las cocinas en el hogar, según el informe.

Es muy largo el camino que aún debemos recorrer para terminar con este estado de cosas, más aún considerando el enorme impacto en salud derivado del cambio climático y su larga estela de catástrofes naturales. Estas atacan los pilares de lo que nos mantiene saludables, comenzando por el acceso a una alimentación adecuada, el abastecimiento seguro y suficiente de agua fresca y la disponibilidad de una atmósfera libre de enfermedades infecciosas. Sequías, olas de calor, inundaciones, incendios forestales en cualquier parte del globo cobran un peaje sobre la salud aunque estemos a miles de kilómetros de distancia. Una sequía en el Medio Oeste, por ejemplo, pone en peligro los cultivos necesarios para la alimentación a escala mundial.

En la próxima década, las decisiones sobre cómo y de dónde derivamos nuestra energía afectará a nuestras vidas para el próximo siglo y más allá.

A partir de la Agenda de Energía implementada por el Gobierno de la Presidenta Michelle Bachelet desde 2014, el enfoque para el desarrollo de energía y su impacto en la sociedad chilena dio un giro radical para abordar estas dificultades. El objetivo es que las comunidades no se vean obligadas a sacrificar aire limpio a cambio del crecimiento económico en pos de la igualdad y de una mejor calidad de vida.

Recibido el 16 de octubre de 2016. Aceptado el 27 de octubre de 2016.

¹ Ministro de Energía 2014 -2016. Gobierno de Chile. Correspondencia a: jnovoa@colegiomedico.cl

Porque es indudable que Chile necesita energía para el desarrollo económico y para la inclusión social hemos avanzando en la construcción de nuevas centrales pero muy diferentes a las que se usaban en el pasado. Es así que hemos impulsando con especial éxito la entrada de energías renovables no convencionales (ERNC), sobre todo en los campos eólico y fotovoltaico, colocando al país en la vanguardia mundial en el uso de estas tecnologías limpias.

La realidad solar de Chile es privilegiada, teniendo en el desierto de Atacama una de las concentraciones solares más altas a nivel mundial. Chile cuenta actualmente con cerca de 1.000 MW solar instalados y en operación, pero ya se encuentran en construcción otros 2.000 MW. Hoy contamos con un total de 4.725 MW de proyectos en construcción y de ellos, 52% son proyectos ERNC, de los cuales 42% corresponden a generación solar. Eso es energía limpia y segura que deberá redituar beneficios en el control de la contaminación y en el cuidado de la salud de los chilenos.

Chile además ha tomado medidas serias sobre el cambio climático, estableciendo impuestos a las empresas generadoras de gases de invernadero y adaptando los lineamientos del Acuerdo de París, recientemente aprobado sobre el cambio climático, que tiene como objetivo reducir el calentamiento global a 1,5 grados centígrados.

Un problema nacional agudo es el uso de la leña y sus derivados para uso doméstico que afecta con fuerza desde la VI a la XI región, donde se concentra un 36% de la población nacional. Ahí la leña es el energético más utilizado para calefacción en los hogares y lugares de trabajo, siendo el segundo energético de mayor relevancia en la matriz energética primaria, después del petróleo.

El problema es que la mayor parte de las viviendas existentes tienen muy bajas condiciones de aislamiento térmica, tecnologías de calefacción individuales e ineficientes -que usan leña con alto contenido de humedad-, en un mercado con escaso desarrollo y bajo conocimiento de otros derivados de la madera más eficientes.

Esto ha provocado importantes problemas de contaminación atmosférica y de salud en la población, haciendo que numerosas ciudades de la zona centro-sur del país hayan sido declaradas como zonas saturadas por material particulado (MP10 y/o MP2,5). Por lo anterior, el año 2014 el Ministerio del Medio Ambiente estableció la Estrategia de Planes de Descontaminación en el cual se plantea realizar 14 nuevos planes, de los cuales 11 serán en la zona centro-sur del país en el periodo 2014-2018.

Asimismo, a través de un trabajo multiministerial realizado con consulta a las comunidades, elaboramos una política del uso de la leña. Queremos llegar a la declaración de la leña y sus derivados como combustibles sólidos y, por lo mismo, afecto a regulación y fiscalización. El impacto en la salud de esta medida debiera ser importante.

En el campo de la eficiencia energética, nuestra Agenda de Energía estableció la meta de reducir en un 20% el consumo de energía proyectado para 2025. De ser así, Chile se ahorrará cerca de 20 mil Giga Watts al año, lo que equivale a la capacidad de 4 centrales eléctricas y dejaremos de gastar recursos energéticos que estarán disponibles para los hogares, industrias y servicios públicos incluyendo la salud.

Hoy podemos reducir el consumo de energía en los hospitales de Chile sin afectar la calidad del servicio entregado. No se trata de dejar de gastar; se trata de gastar bien.

Esto es lo que persigue el convenio de colaboración entre el Ministerio de Salud y el Ministerio de Energía. A través de este programa estamos aumentando las sinergias y la colaboración técnica entre ambos ministerios, para que demos un mejor uso a la energía en las actividades de salud. Es así que el año pasado se implementaron 14 proyectos. Los ahorros promedio resultantes llegaron al 32% en los hospitales que incorporaron eficiencia energética en sus sistemas

de climatización y calentamiento de agua sanitaria y de 51% de ahorro en electricidad para aquellos que la usaron en iluminación.

Y ahora vamos a dar un impulso mayor a este programa. El objetivo es trabajar con todos los hospitales públicos de alta complejidad en un período de 4 años para cuyos efectos destinaremos más de \$10.000 millones.

Puesto que nuestra energía es nuestra salud, debemos asumir en conjunto nuestra responsabilidad a fin de asegurar un desarrollo sustentable para Chile, y que entre todos desarrollemos una nueva cultura de la energía: más limpia, más eficiente y más segura.

El compromiso en este ámbito ha sido acompañado en la Comisión Chilena de Energía Nuclear por un marcado afán de innovación, donde destaca la generación de radioisótopos y radiofármacos que permiten anualmente la atención de 30 mil pacientes en diagnóstico y tratamiento de cáncer.

Parte del presupuesto anual de US\$ 20 millones se está destinando justamente a la modernización del laboratorio de producción de estos elementos para así seguir potenciando su uso terapéutico de forma segura, confiable y oportuna en los hospitales y clínicas del país.

Queremos mejorar equipos e instalaciones para evitar cortes en la producción que signifiquen retrasos en el diagnóstico y tratamiento de los pacientes, con las obvias consecuencias en su salud y en la tranquilidad de sus familias. Además de la certeza de suministro, el proceso de modernización cumple con todos los estándares sanitarios de seguridad radiológica y medioambiental para así cumplir cabalmente con la normativa vigente.

Ambos dominios críticos del bienestar, la salud y la energía, están en el corazón de los chilenos.

Los médicos en el sistema de salud: categorías. Variantes históricas en diversos países

Doctors in the health system: categories. Historical variants in various countries

Dr. Carlos Montoya-Aguilar ¹

RESUMEN

Una de las características más nefastas del sistema de atención de salud de muchos países es el sinnúmero de fracturas que exhiben. Y de ellas, una de las más flagrantes es la división entre los llamados “niveles” de los sistemas públicos de atención, es decir, entre los consultorios de atención “primaria” y los hospitales. Obedece a diversos factores de la historia, cuyo análisis ayudaría a corregir la deformación, en beneficio de la salud y el bienestar de las personas

***Palabras clave:* Sistemas de atención de salud de Inglaterra, Latino América; Fragmentación de la profesión médica; Formación de los médicos; Modelo de atención médica integral.**

ABSTRACT

One of the negative features of many national health care systems is their fragmentation. In this respect, the radical division between the so-called “levels”, that is, between primary care clinics and hospitals, is, in the author’s view, one of the most harmful characteristics. This separation, which also affects the medical profession, has arisen in the course of history and is here described; its discussion might help to correct the resulting distortion of care systems, for the benefit of people’s health and welfare.

***Key words:* English and Latin American health care systems; Fragmentation of the medical profession; Doctors’ training; Comprehensive health care model.**

Recibido el 26 de octubre de 2016. Aceptado el 22 de diciembre de 2016.

¹ Profesor de Salud Pública, Facultad de Medicina. Universidad de Chile. octubre 2016

1. CAMBIOS Y REQUISITOS EN LA ATENCIÓN DE SALUD

La atención de la salud de la población requiere desarrollar una política de salud que fortalezca los principios y la organización del sistema; y dentro de ello, formar y ubicar adecuadamente a los profesionales y técnicos del sector. Estos requisitos no se dan en un vacío histórico. Dentro del horizonte de tiempo que podemos escudriñar, han ocurrido y siguen ocurriendo cambios veloces. Por ejemplo, en México, el perfil del estado de salud y de la morbilidad cambió de tal modo que tres de las cinco primeras causas de muerte y discapacidad del año 2013 no habían estado en esa posición en 1990, y la desnutrición había cedido su lugar a la obesidad; las notorias desigualdades geográficas entre enfermedades transmisibles habían sido reemplazadas por desigualdades en enfermedades crónicas no transmisibles; y la expectativa de vida había aumentado en las mujeres pero apenas en los hombres². En el pensamiento internacional sobre salud saltaron al primer lugar los objetivos de cobertura universal y de equidad, y la definición de salud como “salud planetaria”³. Continuaron los cambios en el conocimiento y la tecnología médica. A su vez la población evolucionó rápidamente en su nivel de educación sanitaria y su demanda de atención por médicos de alta calidad está influyendo en las políticas de formación médica⁴. Las causas históricas de estos cambios y de la insatisfacción prevalente tienen que ver con otras transformaciones más fundamentales en los sistemas político-sociales y económicos: un caso ilustrativo es el de Chile, donde, después de la fragmentación y el debilitamiento del Servicio Nacional de Salud, ocurridos durante el régimen militar de 1973-1989, ha sido muy difícil volver a satisfacer las necesidades y expectativas de la mayoría de los habitantes. La economía ha modificado los estilos de vida y la moral que subyacen a la salud mental y el bienestar, generando auto-explotación, aceleración del trabajo, falta de solidaridad, comercialización de bienes básicos, corrupción y un pensar de plazos cortos.

En el ámbito de América Latina, una causa de las dificultades comunes podría residir – al menos en parte – en no haber tenido una visión común de las funciones y objetivos del sistema en su relación con los pacientes y con la población en general. Esa visión debió haber sido planteada en términos simples y con claridad y fuerza⁵. De dichas funciones y objetivos se debió – y se debe – deducir qué profesionales se requerían y se requieren.

2. SISTEMA Y NECESIDADES

Para una discusión actualizada del tema del lugar de los médicos en los sistemas de atención, podemos empezar reconociendo sólo dos “establecimientos –tipo” – Consultorio y Hospital – y un “profesional – eje”, el médico, y las siguientes necesidades de la población:

a) Demanda en el momento, cuando se presenta con claridad un síntoma o un signo:

a1) éstos pueden corresponder a un accidente (trauma, envenenamiento) o

a2) a una patología aguda que se inicia (Apendicitis, amigdalitis, neumonía, diarrea, infarto) o

² Gómez-Dantés H et al, Dissonant health transition in the states of Mexico, 1990-2013, The Lancet, 14.10.2016

³ Horton R, Planetary Health, Editorial en The Lancet Vol 387, N° 10028, 16.04.2016. La “salud planetaria” ha sido definida como: la salud de la civilización humana y el estado de los sistemas naturales de los cuales depende.

⁴ Jiming Zhu, Wenkai Li, Chen L, Doctors in China: improving quality through modernisation of residency education, The Lancet 2016; 388 : 1922-29

⁵ En Chile, el Colegio Médico elaboró un documento: “Política de salud para Chile: nuestra visión” (1998). Pero faltó la claridad, la fuerza y la oportunidad.

a3) a un brote o episodio de una enfermedad crónica (artrosis, epilepsia, gota, diabetes, vicio de refracción o de audición, insuficiencia cardíaca, litiasis vesicular, depresión)

b) otro tipo de necesidades, que es igualmente importante resolver, pero que no requiere atención inmediata; son programables. Aquí hay dos categorías:

b1) los controles por una enfermedad crónica y

b2) los exámenes preventivos unidos a módulos educacionales periódicos.

Un tipo de establecimiento –el consultorio, con su ambulancia y teléfonos – debe estar abierto en **permanencia** para todas las necesidades de la población a su cargo (o de la que circunstancialmente lo requiera).

¿Quiénes responden ahí? Los médicos, con su equipo. ¿Qué clase de médicos? Pues... médicos. Si ahí no disponen de instrumental, de camas UTI, de pabellón, de imagenología, refieren a los médicos que están en el hospital; de nuevo... médicos.

3. LA “CARRERA” PROFESIONAL. EL CONCEPTO DE “ESPECIALIZACIÓN”. MODULACIONES

Se habla de **especialidades**, de especialistas, de especialización. ¿Especialistas en qué? Al egresar de la Escuela de Medicina, lo habitual es que algunos médicos se orienten hacia la atención de determinado grupo de edad y género: adultos, niños, mujeres. Durante algunos años atenderán todo tipo de problemas y condiciones en personas del grupo elegido. Idealmente, la mayoría debería hacerlo tanto en consultorios como en hospitales. Así comprenderían todo el universo de la población y todo el espectro de los servicios médicos. De manera natural pueden ir profundizando y circunscribiendo su actuar en determinadas patologías, condiciones y técnicas. Probablemente limitarán su movilidad y permanecerán con mayor constancia en algún establecimiento. Si la “especialización” consiste en tener un cierto nivel y ámbito de competencias, este nivel y este ámbito será el que hayan alcanzado en su “**carrera**”. Unos son más jóvenes; otros, más experimentados. La **carrera** es la vida profesional: de modo natural, va asignando lugares en el sistema, en el equipo ⁶.

Después de la primera etapa de su carrera, los médicos se diversifican hacia distintas tareas, incluyendo las de administración, docencia, investigación, salud pública. Esto es relativamente fácil de diseñar, con especificación de la cantidad de cargos de cada tipo que el sistema público debe proveer ⁷. Todos son médicos. No los hay de distintas categorías: simplemente cumplen distintas funciones específicas dentro del Sistema, de acuerdo a sus posiciones en la **carrera** profesional. Naturalmente, esto es así dentro de un **sistema nacional bien dirigido**. Si no lo hay, es difícil que haya una Atención de Salud efectiva, equitativa y eficiente para toda la población; y es muy difícil que el conjunto de médicos de un país pueda lograr la realización de su vocación de servicio a las personas y a la población, con la mejor asignación de tareas.

⁶ Montoya C, El trabajo en el sector público de salud: condiciones, carrera funcionaria y formas de compensación, Cuad Med Soc 1999; 40 (2): 67-76

⁷ Candidatura presidencial del Dr. Salvador Allende, Oficina Central de Planificación, Grupo de Salud (coordinador, Montoya C.), 1964. Reimpresión: Cuad Med Soc 2006; 46, Suplemento 1

4. LA LLAMADA “ATENCIÓN PRIMARIA”. DISCUSIÓN

En la mayor parte del mundo, se da gran importancia a los consultorios distritales y a las postas rurales, los cuales constituirían el eje infaltable de los sistemas de atención de salud. Se les denomina “nivel de **atención primaria** (del sistema)” (APS). También se les considera como la materialización de una estrategia que persigue reducir las inequidades en salud. En la realidad, y al menos en América Latina, hay una imagen negativa de este “nivel”: falta personal idóneo, falta resolutivez y no hay una relación adecuada con el resto del sistema y con la población⁸. Se constata que lo que la gente quiere es: que “la atienda un médico, en el hospital o donde esté”. Importantes profesores de Medicina afirman que los médicos que atienden en el “nivel primario” requieren tutoría y supervisión técnica⁹. 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 clase¹⁰.

En el concepto de APS está el de ser puerta de entrada del sistema, es decir, que no lo sea el hospital u otro establecimiento de alto costo de funcionamiento. Esto requiere que el Sistema esté diseñado para ello y que funcione. En caso contrario, la puerta de entrada principal será el servicio de urgencia. De una APS bien concebida y suficientemente resolutivez, se espera que sea, no sólo la “puerta”, sino la interfase continua entre la población y el sistema de atención, con funciones de promoción, prevención y acompañamiento.

5. CONSULTORIOS Y HOSPITALES

La cooperación entre consultorios y hospitales, necesaria para la resolutivez del sistema, se realiza principalmente en el proceso de referencia (o interconsulta) y contra-referencia. Este proceso puede adolecer de diversas y bien conocidas limitaciones: que la referencia no esté bien formulada o que no se justifique; que el especialista no de crédito a la opinión del generalista o pida repetir los exámenes; que no cumpla con la contra-referencia y se quede con el paciente; que no se aproveche la oportunidad de aprendizaje por el médico del consultorio; o que pase un largo tiempo antes del cumplimiento de la acción especializada que se solicitó.

La presencia simultánea de los mismos médicos (o de médicos de la misma cohorte)

en consultorios y en los hospitales-base correspondientes haría de las interconsultas un proceso limitado a lo verdaderamente necesario; los motivos de las referencias se resolverían prontamente en un contacto entre colegas, o entre profesor y alumno (de postgrado), evitándose a los pacientes el drama de las esperas de semanas, meses o años. El consultorio entero aprendería de tales interconsultas y de los “policlínicos de especialidad” – pediatría, medicina interna, ginecología y psiquiatría - que tendrían lugar semanalmente o quincenalmente en los propios consultorios. Por ejemplo, de las aproximadamente 700 mil interconsultas que se generan anualmente en el sistema público de atención, en Chile, alrededor de 560 mil tendrían calidad y rapidez si un programa de formación combinada de médicos en consultorios y hospitales, generando cohortes de “especialistas en formación” (EEF)¹¹ llegara rápidamente a tener presencia en todas

⁸ Montoya C, Médicos en el nivel primario del sistema público de salud de Chile. Tendencia, distribución geográfica y normas. Cuad Med Soc 2008; 48 (4): 215-226

⁹ Román O, Ferrer R, La red asistencial de salud y el papel de los jefes de servicios clínicos en su gestión, Hospital San Borja-Arriarán, Cuad Med Soc 1997; 38 (3):64-68

¹⁰ Editora de Salud de The Telegraph, Londres, 06.04.2015.

¹¹ Montoya C, Ipinza M, Vargas N, Lastra J, Culmina el primer ciclo de formación de especialistas para la atención primaria y el sistema público de atención de salud. ¿Qué hacer en adelante?, Rev. Chil. Salud Pública 2014;18 (1): 25-32

las comunas de las grandes ciudades. Esta cobertura podría extenderse a otras áreas a través de las teleconsultas por medio electrónico¹².

6. ¿TIPOS DE MÉDICOS? PRIMERA DISCUSIÓN

En cuanto a la definición del “médico de APS”: “no se ha definido claramente cuál debe ser el perfil de los médicos de atención primaria y, por lo tanto, aún prevalece la imagen actual de un médico no especialista que está allí ya sea porque no ha tenido acceso a otro ámbito laboral mejor, porque está detrás de un puntaje que le permita optar a un programa de especialización...”¹³

Con respecto a la definición de “médico general”, la historia de la atención de salud en Chile antes de 1980²⁰ mostraba que nunca se había considerado a la medicina general como “especialidad” y que la mayoría de los médicos actuaba como especialista, dado que los de consultorios urbanos también trabajaban en un servicio de hospital. En 1955 se ideó en el SNS la Medicatura General de Zona, a fin de ampliar la cobertura a localidades alejadas. Dentro de este esquema, que fue enormemente beneficioso, se pasó prontamente del médico único a equipos de dos o más médicos que espontáneamente volvían a diferenciar entre sí las actividades de medicina de adultos, de medicina de niños, de cirugía y de obstetricia. En 1980 el gobierno empezó a municipalizar los consultorios y postas, medida ratificada mediante la ley o “Estatuto de la APS”, 1995. Las municipalidades aplicaron un modelo de dotación basado en profesionales no médicos, y sólo “complementados con médicos generales que absorben la demanda y realizan un trabajo principalmente curativo”.

Un decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile advirtió: “...Lo ocurrido en EEUU, donde igualmente la convocatoria para que los médicos se orienten más a la APS ha sido decepcionante, debiera evitar que reproduzcamos... una experiencia fallida...es dramático, aunque explicable, constatar la falta de interés de los profesionales nacionales...El llamado a concurso, por el Ministerio, para llenar 70 plazas de Médicos Generales de Zona, con posibilidad de beca de especialización al término de tres años, para ejercer en consultorios municipalizados, no superó el 10 % de postulantes¹⁴ en el conjunto de Escuelas de Postgrado de las Facultades de Medicina de Chile; los programas de formación orientados al nivel primario no superan el 10 % del total de cupos de especialización...Habría que convenir en la necesidad de una decisión operativa del Estado... sobre el modelo de atención que se adopte y en función de ello (formar) los recursos profesionales que se necesitan”¹⁵.

Desde 1993, el Ministerio de Salud de Chile ha asignado becas para especialización en medicina familiar. Entre los años 2002 y 2007 se ocupó solo el 12% de los cupos ofertados para residencias de medicina familiar en el concurso de becarios de retorno a especialidades. Entre 1996 y 2006 el Consorcio de Departamentos y Programas de Salud y Medicina Familiar de la Asociación de Facultades de Medicina de Chile (7 Universidades) ha formado 350 especialistas en Medicina Familiar – casi la mitad de ellos por la Universidad Católica de Santiago. Muchos optaron por

¹² Estas teleconsultas se están dando en algunas Regiones de Chile. Ver: Carvajal Y, González I, Pacheco J, “Francisco Albornoz o Moviendo la Prodigiosa Red Pública”, Rev Chil Salud Pública 3013; 17(2): 147-50. Un aspecto distinto dentro de la “telemedicina” es la información de exámenes diagnósticos a distancia; por ejemplo, de electrocardiogramas, de imágenes o de biopsias; aún otro aspecto es el uso en la enseñanza. La Presidenta, M. Bachelet, expresó en 2014 su apoyo al despegue de la “telemedicina” para el año 2015.

¹³ Bass C, 2011

¹⁴ El Mercurio, 15.04.2000

¹⁵ Rosselot E, 1999.

funciones distintas de la APS¹⁶. En Chile “hay falta de interés de los médicos por la APS, por no haber carrera con especialización y acceso a los hospitales”¹⁷.

El fenómeno no es sólo latinoamericano: mientras los políticos ingleses, tanto conservadores como laboristas, prometen a sus compatriotas que accederán a un médico general siete días a la semana y con demora inferior a 48 horas, la meta ministerial de captar al 40 o 50 % de los egresados para ese propósito no se cumple, un tercio de los cupos de formación está vacante, hay una crisis en la atención de urgencia y se pronostica que más de 500 consultas podrían cerrar, pese a las facilidades ofrecidas para la titulación¹⁸.

La experiencia de la Región demuestra que el aporte de las especialidades básicas a la atención de salud, tanto en hospitales como en consultorios distritales, es una necesidad muy sentida y que no se satisface con respuestas parciales como cursos o pasantías de perfeccionamiento: simplemente hay que formar médicos especialistas propiamente tales y ubicarlos donde se les requiera, dejándoles abierta la perspectiva de trabajo hospitalario y la oportunidad de especialización progresiva. Ello atrae a los médicos y el financiamiento correspondiente es cada vez más viable, en vista de los presupuestos disponibles; y es costo-efectivo, ya que se accede al enorme recurso que es la vocación profesional de los médicos. También es importante el hecho de haber comprobado en la experiencia chilena que los efectos muy positivos de la especialización se logran ya durante la respectiva formación de postgrado, siempre que exista un liderazgo y seguimiento inteligente en el Ministerio de Salud y en las Universidades¹⁹.

7. ¿CÓMO SE SEPARARON HIPOTÉTICOS “NIVELES” EN LOS SISTEMAS Y ENTRE LOS MÉDICOS? LOS FACTORES

Como se sugirió al comienzo de este ensayo, en América Latina es importante operar a nivel de país con los conceptos elementales de “Sistema” y de “Médico”, introduciendo mayores especificaciones sólo en la medida en que ello sea indispensable. Por ejemplo, “médico de atención primaria” y “médico de hospital” son términos, en general, innecesarios: todos son médicos. Especialista y generalista son términos que fragmentan: lo que hay es “médicos” en distintas etapas de su “carrera”. Del mismo modo, el “Sistema de atención de salud” es uno y no procede pensar de manera diferenciada en “nivel primario” y “nivel hospitalario”: el personal y los pacientes son esencialmente los mismos y no deben funcionar separadamente. Nos referimos aquí al dominio de la política nacional de salud. En el plano operativo hay siempre libertad para la generación de términos o diferenciaciones especiales, con la condición de que no nos sujetemos rígidamente a ellos.

Por esto, es importante reconocer cuál es el origen de la separación de conceptos como medicina general versus medicina hospitalaria, o como médico de familia versus médico (a secas). Este origen tiene un carácter histórico en cada grupo de países, y en cada uno han influido factores conocidos.

Uno de estos factores ha sido la tradición, incorporada en la opinión de la élite.

Por ejemplo, en Canadá la “atención primaria” era y es proporcionada por médicos particulares en sus consultas privadas y es pagada por el Estado según la cantidad de actos médicos; en

¹⁹ Montoya C, Vargas N, Organización de la APS urbana con incorporación de especialistas en formación, Cuad Med Soc 2011; 51 (1): 40-47. Montoya C, La APS en Chile y el papel de los médicos. Nuevos objetivos en el año 2010, Cuad Med Soc 2010; 50 (3):167-177. Montoya C, Ipinza M, Vargas N, Lastra J, Culmina el primer ciclo de la formación de especialistas para la atención primaria y el sistema público de atención de salud. ¿Qué hacer en adelante? Rev. Chil. Salud Pública 2014; 18 (1):25-32

contraste, la medicina hospitalaria es pública, ligada al Estado y a las Universidades. Los médicos de hospital son asalariados y los programas de salud comunitaria son impulsados principalmente desde los hospitales públicos. En algunas Facultades de Medicina se han creado departamentos de medicina familiar cuyos docentes y egresados se han incorporado a la oferta de medicina ambulatoria de ciertas provincias. Desde este país el informe Lalonde ha difundido la importancia de la promoción de la salud y de la APS como uno de sus vehículos.

En Inglaterra, después de creado el Servicio Nacional de Salud (1948), la atención primaria siguió a cargo de los médicos generales en sus consultas (*surgeries*) particulares o de grupo, siendo pagados según la cantidad de personas inscritas. El concepto de Centro de Salud, con atención por un equipo de profesionales, nunca fue aceptado. Los hospitales y la salud comunitaria son otras dos estructuras separadas.

En esos dos países y en otros con una organización similar de los servicios médicos, la historia, el conservadurismo, han determinado que la atención primaria esté completamente separada de la atención hospitalaria.

En Chile antes de 1980²⁰ el sistema de atención estaba integrado y los mismos médicos trabajaban en hospitales y consultorios. Después de esa fecha, el régimen político-administrativo entonces vigente determinó que hubiera administraciones separadas: los consultorios distritales y las postas fueron municipalizados y ello introdujo a Chile en el gran grupo de países con **sistemas divididos**.

Otro factor estructural del rol y status de los profesionales ha sido la distribución urbano-rural de los habitantes: la fuerte urbanización de Chile evitó, desde mediados del S. 20, que hubiera una diferenciación marcada del sistema y de los profesionales según esta dimensión. En cambio, la ruralidad de extensas zonas llevó en Rusia, desde el S. 19, a la existencia de practicantes de medicina independientes, de grado medio, con funciones clínicas o de medicina preventiva: *feldshers* y parteras. Ell@s continuaron en la Unión Soviética, y en la Federación rusa de hoy, aunque el aumento en la cantidad de médicos hizo que dichos practicantes trabajaran más cerca de los médicos y también actuaran en las grandes ciudades. En China esta diversificación es necesariamente más pronunciada, dada la escasez relativa de médicos y la magnitud de las poblaciones que viven en zonas alejadas: junto a los médicos hay "asistentes médicos", y además un millón de "doctores rurales", sucesores de los "médicos descalzos" (prominentes durante la revolución), los cuales siguen llenando una necesidad real.

En los países en que hay un sector privado/comercial de atención de salud, que son la gran mayoría, aparece una divergencia respecto al sector público, con desigualdad en las remuneraciones, lo cual trae consigo una diferenciación de tipos de médicos: las funciones y sobre todo, el status, son distintos en los médicos de uno y otro sector. A este factor se atribuye el riesgo de declinación de los sistemas actuales de atención primaria de España, Italia y de la propia Inglaterra.

Al comparar entre países, aparecen diferencias en los roles de los médicos según existan o no equipos multiprofesionales en el sector público. En la atención ambulatoria del Japón y otros países de Asia, el médico prescinde de la cooperación de otras personas y, por ejemplo, guarda y

²⁰ Horwitz Nina, Salud y Estado en Chile: Organización Social de la Salud Pública (95 p). Santiago, Ed. Universidad Católica de Chile, 1995

distribuye personalmente los medicamentos que prescribe; también en Inglaterra lo habitual es que el GP trabaje con sólo el apoyo de una secretaria. En la URSS, por el contrario, llamaba la atención el mucho uso del hospital y del hogar como lugares de diagnóstico y tratamiento, lo cual influía en la identidad de los médicos en general, y en el trabajo y la responsabilidad del médico ubicado en la primera línea (de sector o *uchastok*), el cual está siempre en un establecimiento (*poli-clínica*) en que hay especialistas. Aquí se agrega otra especificación al rol de un médico en la atención primaria, y ésta es la que corresponde a las distintas “bases” de un sistema altamente diferenciado e integrado: residencial, ocupacional, escolar, del transporte y de urgencia.

De manera semejante a la diferenciación geográfica de la población entre urbana y rural, su estratificación económica entre ricos y pobres también se asocia a la aparición de formas diferentes de “ser médico”. La reforma introducida en EEUU por Flexner en el sentido de hacer más rigurosa la formación médica, cerrando las escuelas de bajo nivel, creó el riesgo de que los pobres se quedaran sin médicos. Aparecieron entonces otros tipos de practicantes de la medicina, menos onerosos, como las *nurse-practitioners* y los *physician-assistants*.

Se hizo alusión, más arriba (Sección 5), a las alternativas de formación de los médicos, citando la experiencia del programa Forebas de Chile, que se dirigía a resolver el cisma entre hospital y consultorio, mediante un programa de residencia combinada. En Inglaterra y otros países se procura resolver la insatisfacción con el desempeño de una parte de los GPs, y también la insatisfacción de estos médicos con su propio status, mediante una intensificación de los cursos que deben seguir: se ha impuesto para todos, después de los cinco años de pre-grado, una formación de postgrado que dura otros cinco años, la cual se inicia con el llamado *Foundation Programme*, de dos años, continúa con una mezcla de “especialidades hospitalarias” como pediatría, obstetricia-ginecología, geriatría, accidentes y urgencia, o psiquiatría y se completa con un período de formación específica en práctica general o *family medicine*. Es un esquema costoso, abigarrado, que desestima el potencial de contar con médicos (realmente) generales, y no producirá especialistas propiamente tales; hoy declina entre los médicos ingleses el interés por dedicarse a la práctica general. En Inglaterra la relativa satisfacción de la población con la atención primaria se debe en gran parte a la disponibilidad de medicamentos; hay desigualdad geográfica y socioeconómica y en las áreas más favorecidas se puede lograr atención médica en el día, pero se producen largas esperas para la atención hospitalaria, de donde resulta una demanda de prestaciones privadas por parte de quienes pueden pagarlas.

En China miran más bien hacia la pauta estadounidense, que después de dos o tres años de *College* prescribe un programa de 4 años que lleva al MD, tras el cual se realiza un período de residencia en alguna especialidad; al pasar un examen ante la Junta Médica correspondiente, se queda acreditado para ejercer en forma independiente. En este país, después de algunos planes locales como los que también se dieron en Sud África, Israel y América Latina, la Atención Primaria fue considerada en forma extensiva desde 1966, con el informe Millis de la *American Medical Association* y el informe Willard, de la Facultad de Medicina de Kentucky. Se planteaba frenar la sobre-especialización, que genera un gasto nacional fenomenal y deja desprotegidos a muchos.

En 1978 y 1996 el *Institute of Medicine* (IOM) emitió definiciones y recomendaciones: debería haber clínicos que atendieran la gran mayoría de las necesidades personales de salud, ejerciendo en el contexto de la familia y la comunidad; y no era esta una función de una especialidad determinada. Había estudios que revelaban la mayor efectividad y el menor gasto de tal esquema. Para lograrlo, debía establecerse una relación duradera entre el paciente y equipos de proveedores y realizarse un seguimiento poblacional con registros de buena calidad y comunicación en red entre los equipos locales, llamados “hogares médicos” en los estados que avanzaron sucesivamente por este camino, como Pennsylvania con su sistema *Geiger*, Vermont con

su *Blueprint for Health*, North Carolina, con su *Community Health Care Program*²¹, etc. Es posible que la reforma del gobierno Obama acelere estos procesos. En 2008 había 240 000 médicos (el 35 % del total de los clínicos) dando "atención primaria", es decir, trabajando en sus consultas fuera de los hospitales; y estaban en declinación por la desigualdad de ingresos y de oportunidades de formación con respecto a los subespecialistas²². Hay para la APS de EEUU una tarea mayúscula en cuanto a organización y a formación.

En la URSS – y hasta hoy en Rusia - se diferenciaron Facultades de "Medicina curativa", que producen médicos de adultos (también llamados "terapeutas" o médicos generales); Facultades de Pediatría, que producen especialistas pediatras; y Facultades de Higiene, de donde salen especialistas en higiene; los estudios duran 6 años, de los cuales los dos primeros son comunes. La Facultad de Medicina permite, en sexto año, una diferenciación a cirugía o a obstetricia-ginecología; en el sexto año de la Facultad de Pediatría algunos se especializan en infectología y otros, en cirugía infantil (que incluye ortopedia). Todos realizan un internado de un año, con instrucción en ocho subespecialidades; recientemente se agregó una formación en APS antes y después de la graduación. Más de la mitad continúa para especializarse en la Academia de Estudios Médicos avanzados. Esta diversidad²³, que podría haber originado incertidumbres y conflictos entre linajes de médicos en la URSS, no tuvo este efecto, pues los cupos de formación, los cargos y toda la organización eran planificados por el Ministerio de Salud y adaptados a la realidad en cada período quinquenal²⁴.

En España la atención primaria se desarrolló en forma coherente desde la Ley General de Sanidad de 1986²⁵. Está claramente diferenciada respecto a la atención especializada, en la cual se incluye a los hospitales y centros de especialidades. En el año 2012 había tres mil Centros de Salud y diez mil consultorios locales, con 29 mil "médicos de familia", 6 mil pediatras y 29 mil enfermeras profesionales; eran muy accesibles a toda la población y proporcionaban 6 a 7 consultas anuales por habitante, con todos los servicios básicos. En ese año el problema de financiamiento motivó una reforma que introduce un copago (proporcional a los ingresos) para los medicamentos y faculta a los gobiernos regionales ("autonomías") para financiar ciertos consumos complementarios con sus propios recursos. Había una alta satisfacción de la población y excelentes resultados: por ejemplo, una Mortalidad Infantil de 3 por mil nacidos vivos²⁶.

En Italia la puerta de entrada al Servicio Nacional de Salud y el nivel de atención primaria (gratuito) está en manos de médicos de familia y pediatras. Estos trabajan en su consultorio, solos, y son remunerados per capita. Las personas los eligen, pudiendo la lista de un médico llegar a 1500 adultos o a 800 niños. Las hospitalizaciones, las consultas a especialistas y los exámenes se obtienen por referencia del nivel primario, ticket moderador mediante. El sistema se financia desde el presupuesto nacional. El público está satisfecho; pero el sistema estaría en riesgo por lo bajo de la remuneración de los médicos²⁷.

²¹ Steiner B D, Denham A C, et al., North Carolina Community Health Care Program, *Ann Fam Med* 2008 ; 6 (4) : 361-7

²² Phillips R L, Bazemore A W, Primary care and why it matters for US Health System Reform, 2010; 29 (5):806- 10

²³ Diversificación precoz probablemente justificada por la prisa en aumentar cobertura y calidad, así como por la prioridad asignada a los niños

²⁴ Viel B, (1961), La medicina socializada y su aplicación en Gran Bretaña, Unión Soviética y Chile, Ed. Universidad de Chile, 1961. Montoya-Aguilar C, Observación del sistema de Atención de Salud en la URSS, 16 de agosto a 24 de octubre, 1971. Vartanian F, La educación médica en Rusia, *Educ Med Vol* 13, N° 1, marzo 2010

²⁵ Poco antes dieron clases, conferencias o asesorías en España varios salubristas chilenos, como los Dres. Hernán San Martín, Hernán Durán y Alfonso González. Llevaban la experiencia del Servicio Nacional de Salud de Chile

²⁶ Gobierno de España, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Sistema Nacional de Salud, 2012

²⁷ La medicina de familia en seis países europeos, M P Fernández, *Atención Primaria* 2010; 42(12):620-5. Gestión-sanitaria.com/1-sistemas-sanitarios-unio-europea.html

8. ¿MÉDICOS GENERALES VERSUS ESPECIALISTAS HOSPITALARIOS? LA MEDICINA ES UNA SOLA

Hay un asunto de extensión de los conceptos, y también, de ideología. Cuando la eminente *General Practitioner* inglesa Dra. Iona Heath, y otros, describieron las tareas, cualidades, y emociones positivas, del *GP*, debieron haber escrito “médico”, en vez de “*GP*”. Ser “los defensores de los pacientes y considerar a estos como personas en todas las circunstancias” son actitudes valiosas que esos autores han observado en algunos *GPs*. Pero son los médicos como tales los que deben practicarlas: están en la esencia de la profesión médica. Las diferenciaciones entre médicos ubicados en uno u otro lugar del sistema de atención vienen con la estructura de los sistemas.

Otro factor en juego es que, como dice Iona Heath, “el *GP*”, (o más bien “el médico”) “debe trabajar sobre un firme cimiento científico”. Y eso es imposible hoy para una sola persona normal. El generalista “es un peligro”, a menos que esté trabajando codo a codo con especialistas, que a su vez cubran, en equipo, un área. La APS “debe ser evaluada a la luz de la mejor práctica internacional”²⁸. 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. Si los recursos lo permiten, parece lógico completar el equipo médico de la APS con algunos facultativos que tengan una especial formación en los aspectos sociales y psicológicos del modelo de atención integral de salud y una inclinación a no considerar separadamente a los diversos programas básicos (adultos, niños, mujeres, higiene mental y ambiental): estos serían “médicos de familia” propiamente tales.

Un asunto que puede causar alguna confusión es el siguiente: los “principios” del profesor anglo-canadiense de medicina familiar, Mc Whinney²⁹ y las expresiones de Iona Heath³⁰ y otros ideólogos de la medicina general, coinciden con, o son parte de, el Modelo de Atención Integral, que se enseñaba desde la década de 1950 en las Escuelas de Medicina de Chile³¹, y que es el modelo adoptado oficialmente por el Ministerio de Salud de este país. No corresponde que una parte de los médicos se atribuya una doctrina que es de la profesión y de la atención de salud en su conjunto: toda buena atención de salud debe ser personal, familiar y comunitaria.

Cuando el *GP* Dr. J.C.M. Gillies³² y otros dicen que “sólo la General Practice ofrece las ventajas de: confianza, coordinación, continuidad, flexibilidad, cobertura universal y liderazgo”, están enumerando características que son propias de todos los establecimientos públicos, consultorios, hospitales e institutos, en que trabajan médicos. El mismo problema aparece en Mc Whinney cuando define a la Medicina Familiar como “un campo separado y distinto de la actividad médica”.

En un momento de su argumentación, el profesor de *GPs*, Tudor Hart, opone los “generalistas comunitarios” a los “especialistas hospitalarios” dentro del SNS; pero él mismo insiste en la necesidad de aplicar en la APS los avances de la Medicina; no hay, pues, oposición entre la APS y un cierto grado de especialización y una cierta cuota de especialistas que debe salir del hospital a

²⁸ Tudor Hart J, Two paths for medical practice, *The Lancet* vol 340, Sept. 26, 1992. Tudor Hart J, Our feet set on a new path, entirely, (editorial) *BMJ* vol 317, July 4, 1998. Tudor Hart J, The National Health Service as precursor for future society, Cymru Conference, The Welsh Public Health Association, 5 July 2002

²⁹ Mc Whinney I, Principles of Family Medicine, *Can. Fam. Physician* 1981; 27: 801-804

³⁰ Heath I, Rubinstein A, Stange K C, Quality in primary health care: a multidimensional approach to complexity, *BMJ* 2009;338: p b 1242

³¹ Montoya C, Una experiencia en medicina integral: informe preliminar, *Cuad Med Soc* 1961; 2(2): 10-13

³² Gillies J C M, Sheehan M P, Practical reasoning and decision making, *Br J Gen Pract* 2002; 52: 518-19

la comunidad (I. Heath) y encontrar aquí un lugar definido. "El GP debe trabajar sobre un firme cimiento de competencia clínica; sin eso nos volvemos un peligro", dice Iona Heath. Es la consecuencia lógica del postulado de poner al sistema al servicio del paciente. Tampoco se discute la ventaja de buscar más conocimiento clínico y epidemiológico en la experiencia de generalistas dotados de una actitud científica. La práctica general puede y debe ser formativa; lo que no debería ocurrir es que se la oponga a la práctica especializada o que se ponga en riesgo la integralidad del sistema y de la profesión. Para ello, tanto generalistas como especialistas deben entender al sistema en su conjunto y cuestionar el que se le mantenga dividido por razones de vieja historia: todos deben contribuir a mejorar el sistema nacional público de atención de la salud.

Todo el Sistema existe para ejecutar el Modelo de Atención El modelo de atención es uno. La Medicina es una. La profesión médica es una. Así es posible el acuerdo entre todos los actores, incluidos los pacientes.

Por consiguiente, procede superar ciertas divisiones que existen en los Sistemas y que surgieron de la historia, de la ideología y de algunos temores³³: la división entre medicina de consultorio y medicina de hospital, entre "generalistas comunitarios y especialistas hospitalarios". La superación de las causas de la división debe lograrse mediante la educación y la voluntad política. Es función de los Ministerios afirmar la política, organización y plan integrados de los sistemas públicos de atención. Y llama la atención que los voceros de la medicina general y familiar no hayan cuestionado la división del sistema de atención, que no consideren al sistema en su totalidad. Excepcionalmente, Ionna Heath insinuaba que los especialistas deberían trabajar fuera del hospital, para aplicar los avances de la medicina más cerca de la residencia de los pacientes; no llegó a decir que deben trabajar en Consultorios (Centros de Salud), porque en Inglaterra no los había.

9. COROLARIO: ALMA ATA Y LA VERDADERA ECONOMÍA DE LA ATENCIÓN DE SALUD

El concepto de atención primaria fue formulado en la reunión de Alma Ata 1978 bajo la tuición de los países industrializados y como una de las secuelas del proceso de descolonización. Para los representantes de los países miembros de la OMS ofreció la ilusión de ser un camino para lograr una cobertura extensa, efectiva y barata con servicios de atención de salud en los países en desarrollo, muchos de los cuales se habían independizado recientemente y carecían de recursos. Se tomaron para ello elementos de las culturas autóctonas, tales como la atención por parteras tradicionales y el uso de medicamentos naturales³⁴. No se requeriría una solidaridad financiera elevada de parte de las naciones ricas, ex potencias coloniales. En cambio, los países de ingreso medio y medio-bajo deberían orientar su gasto hacia la atención primaria. Actualmente la mayoría de los países de América Latina y el Caribe gasta en atención de salud, y especialmente en atención primaria, una proporción considerable de su producto³⁵. Ello se justifica porque el valor real de brindar atención médica, en términos biológicos, sociales y políticos

³³ Temor a la "voracidad" del hospital, por ejemplo.

³⁴ Paradojalmente, al mismo tiempo se estaba creando, en cada país, un enclave hospitalario moderno para el uso de los funcionarios extranjeros y de los miembros de la élite local.

³⁵ De los 19 países de América Latina, 14 gastaron en salud en 2011 el 6,6% o más de su PIB (PAHO,HEF).

es alto y creciente, en tanto que el valor real del dinero es decreciente. La asignación de fondos públicos a la APS desembocaría, hipotéticamente, en un aumento mayor de ese valor, a través de una utilización más eficiente y efectiva de esos recursos. La doctrina de Alma Ata, junto con la división entre atención "primaria" y hospitalaria, ha hecho que, efectivamente, una proporción cada vez mayor del gasto vaya a los consultorios, pese a que la resolutivez de ellos es poco satisfactoria; en vez de que la "voracidad" de los hospitales consuma los recursos del nivel "primario", encargado principal de las funciones de prevención y promoción, está sucediendo lo contrario, con predominio –en dicho nivel - de actos curativos de baja efectividad y con marginación de los médicos respecto a esas funciones esenciales.

Sólo después del año 2000, la OMS subrayó la importancia de los sistemas nacionales de salud³⁶; pero dentro de ellos se ha seguido insistiendo en la "atención primaria" como una entidad separada y en cierto modo potencialmente milagrosa. Después de casi 40 años, es necesario superar esta entelequia, que consagra la división de los sistemas de salud de muchas naciones: ello es posible en la mayor parte de la América Latina. Con tal propósito, y luego de plantear y discutir abiertamente la situación, analizando los diversos factores mencionados más arriba, se puede empezar por combinar la formación y el empleo de una parte de los profesionales, y especialmente de los médicos, simultáneamente en los consultorios y hospitales públicos. Se requerirá también unificar la organización de los sistemas regionales o locales con inclusión de ambos tipos de establecimientos. Inicialmente, puede ponerse la supervisión técnica de unos y otros en manos de los Servicios de Salud territoriales. Una evaluación continua, bien realizada y respaldada será necesaria para avanzar con paso seguro en esta reintegración.

El autor declara no tener conflictos de interés que se refieran a los contenidos de este ensayo.

³⁶ OMS Informe Anual sobre la Salud del Mundo, "Sistemas de Salud", Ginebra, 2000

EVOLUCIÓN DE LA SALUD PÚBLICA

Homenaje a Dr. Halfdan Mahler, Director General de la Organización Mundial de la Salud, reelegido dos veces, 1973-1988. Falleció el 14 de diciembre de 2016¹

Dr. Carlos Montoya-Aguilar

Es con mucha emoción que recordamos la eminente personalidad del Dr. Mahler, cuyo nombre está asociado a la idea de Salud para Todos y a la Declaración de Alma Ata, 1978.

Mahler se graduó en la Universidad de Copenhague, en 1948. En 1950-51 dirigió una campaña contra la tuberculosis en Ecuador. Ingresó a la OMS en 1951 y estuvo diez años en la India, desarrollando el Programa Nacional de Tuberculosis, en el cual generó la modalidad de medicación supervisada, método que ha sido adoptado en todo el mundo, y muy especialmente, y con éxito, por los especialistas chilenos, como Farga, Yáñez, Zúñiga y otros. En 1962 volvió a Ginebra, a cargo de la Unidad de Tuberculosis. En 1966 escribió: "todas las campañas de control de enfermedades transmisibles han demostrado de manera indiscutible que sólo con el respaldo de fuertes servicios básicos de salud en los países en desarrollo es posible lograr la consolidación efectiva de estas campañas". En 2008, 42 años después, insistía: "La atención primaria de salud no tendrá éxito si no conseguimos la participación de personas, familias y comunidad, pero esta participación sólo funcionará si se tiene el apoyo del sistema de salud".

En 1973 se convirtió en el tercer Director General en la historia de la OMS. Su relación con los colaboradores fue la de uno entre iguales; era cortés, cordial, a menudo divertido, sin distinción de jerarquías. En 1979 tuvo lugar la erradicación de la viruela. Antes de esto, en 1976, esbozó su visión de "salud para todos en el año 2000", y dos años después los 134 países miembros de la OMS se comprometieron a hacer realidad el enfoque centrado en la educación, la nutrición, el agua y el saneamiento básico, el cuidado de la salud materno infantil, las vacunas y el acceso a los medicamentos esenciales. "El objeto, dijo en 2008, no era erradicar todas las enfermedades –sabíamos que era imposible– el propósito fue el de fijar la atención del mundo en las inequidades en salud y procurar un nivel aceptable de salud, distribuido equitativamente en el mundo".

En los años 80 muchos difundieron un enfoque selectivo o más costo-eficiente de la atención de salud; pero Mahler y otros defendieron una concepción más holística. En el aniversario número 40 de la OMS, Mahler declaró: "La ciencia, la tecnología y la Medicina habían hecho progresos considerables. Durante los primeros 30 años de la Organización, esos progresos se consolidaron. Sin embargo, en materia de salud hay un abismo entre ricos y pobres... Los 166 Estados miembros han adherido unánimemente al concepto de Salud para todos, cuya estrategia reposa firmemente sobre cuatro pilares básicos: a) la tecnología, que no necesita ser compleja sino apropiada, entendiéndose por apropiada que, además de tener una base científica sólida, sea socialmente aceptable y económicamente viable; b) el compromiso político de mejorar la salud a fin de que la gente pueda tener una vida económicamente productiva y socialmente satisfactoria; c) la cooperación del sector de la salud con otros sectores claves del desarrollo, como la educación, agricultura, industria e información, y d) la intervención de la comunidad y de los individuos en el mejoramiento de la salud... Todos reconocemos que la salud no es todo, pero sabemos que no hay nada sin salud".

¹ Texto basado en el mensaje de aniversario de la OMS, del propio Dr. Mahler, y en el obituario publicado por The Lancet y firmado por A. Snyder

RESEÑAS BIBLIOGRÁFICAS

“Ars Medica”. Colegio Médico, Regional Santiago. Documental de Javier de la Maza¹

Sebastian Godoy Rivas
Sociólogo

Realizar una reseña acerca de un material audiovisual de contenido profundo, me orienta hacia desarrollar un texto desde la perspectiva narrativa. En este caso un documental breve que aborda temáticas importantes respecto de la medicina en Chile.

Debo dar testimonio que, al inicio de las imágenes, junto con el sonido de un bombo (interpreto que, asimilando a un corazón escuchado desde el estetoscopio, por lo que me han contado), se lee la siguiente cita de un especialista de la Bioética:

“La medicina es la más humana de las artes, las más artística de las ciencias y la más científica de las humanidades”. Dr. Edmund Pellegrino.

Esta amalgama visual y sonora, da inicio a una serie de declaraciones donde se expresan con profunda humildad, sabiduría y visión de futuro, destacadas personalidades de la medicina en Chile, como el Dr. Carlos Montoya Aguilar, la Dra. Isabel Segovia, el Dr. Ricardo Vacarezza, el Dr. Alejandro Goic, el Dr. Oscar Roman, el Dr. Rafael Ferrer, el Dr. Marco de la Parra y el Dr. Álvaro Reyes.

Los relatos, favorecidos por la edición documental, logran instalar una discusión profunda sobre el quehacer de la medicina actual y su relación con el entorno humano.

Los relatos de las entrevistas transitan por dimensiones importantes, como lo son la humanización de la medicina, la relación médico/a con sus pacientes, los sistemas de salud en Chile, los impactos del arte médico en la salud de la población, la formación médica, el poder del médico o médica, la ética y la ciencia, entre otros. Estas discusiones forman parte de la historia de la salud pública en nuestro país. Por el año 1962, el volumen cuarto de los Cuadernos Médicos Sociales presentaba en uno de sus artículos lo siguiente:

“En el camino que recorre el hombre-sano hacia el hombre-paciente, nos parece evidente que corresponde al médico dictaminar si es un enfermo o no; pero no hay que olvidar que es el paciente quien da la primera definición de su estado. Esa definición la hace mediante la interpretación de sus síntomas, guiado por su propia noción de enfermedad.”²

¹ <https://www.youtube.com/watch?v=tFVKsMmgQaU&feature=youtu.be>

² García L. C. Sociología y Medicina. Bases sociológicas de las relaciones médico-paciente. Cuadernos Médico Sociales [Internet]. 1962;11-5. Available from: http://cms.colegiomedico.cl/Magazine/1962/4/102/4_102_6.pdf

La medicina ha estado históricamente en estrecha relación con la cultura, sistemas de valores, creencias e interpretaciones respecto de los procesos de salud-enfermedad. Lo relevante de la cita es que la definición de estado de salud del paciente se encuentra condicionada por diversos factores que caracterizan a las sociedades modernas, como es la posición social, sistema de identidades culturales, discriminaciones, acceso a los sistemas de salud, entre muchos otros.

Desde el documental, apelando a la memoria viva de sus entrevistados, se plantean principalmente los desafíos para la medicina actual frente al ser humano del Chile de hoy; comprendiendo las múltiples identidades culturales de las personas que busca ayuda en la medicina; asumir la responsabilidad ética y pública para ponderar el bienestar de las comunidades con el poder de la profesión médica; mediar el aprendizaje de los maestros y maestras en el arte clínico frente a la hiper-especialización basada en la evidencia; adoptar una posición frente a las dificultades que imponen los sistemas de salud a las personas; centrar la atención en el ser humano más que en el “caso”, “órgano” o “diagnóstico”; orientarse por la ciencia y sus avances junto con las artes de comprender al otro “hombre-paciente” en su integralidad.

En dieciséis minutos de documental se evoca la memoria histórica de la medicina, se reconocen a los maestros y se plantean desafíos para el futuro en la profesión médica. Una experiencia recomendada para quien tenga un interés (científico o emocional) por la Salud Pública en Chile.

Se cierran las imágenes con un sonido, parecido al bombo del inicio, pero que en este caso corresponde a un corazón; un órgano de profundo simbolismo, que representa la vida, el amor y el conocimiento entregado por cada uno de los entrevistados.

NORMAS DE PUBLICACIÓN A LOS AUTORES

Alcance y política editorial

Cuadernos Médico Sociales publica trabajos originales sobre Salud Pública y Medicina Social, en español, inglés o portugués, en cuatro números al año (marzo, junio, septiembre, diciembre).

Dentro de los objetivos de Cuadernos Médico Sociales se encuentra estimular la reflexión y la investigación científica en el ámbito de la Salud Pública y de la Medicina Social, difundir temas relevantes a estas áreas del conocimiento, donde se integren quienes estudian o trabajan en las distintas disciplinas (ciencias naturales, biológicas, sociales y/o de la conducta) e instituciones relacionadas con la salud de la población. Hacer llegar a las autoridades, dirigentes, profesionales y estudiantes de postgrado aquellas experiencias, análisis y resultados de investigaciones que contribuyan a desarrollar una concepción integral de la salud y de la atención de salud.

Se preferirá resultados de investigaciones y/o experiencias en torno a ámbitos específicos de la Salud Pública y de la Medicina Social, tanto de metodología cuantitativa como cualitativa, que contribuyan a desarrollar una concepción integral de la salud y de la Atención de Salud. Se publican también Notas, Comentarios, Reseñas y Cartas al editor.

Los trabajos que cumplan con los requisitos formales, serán sometidos a revisión por expertos. La nómina de revisores consultados se publica una vez al año. La revista se reserva el derecho de hacer modificaciones de forma al texto original.

Forma y preparación de manuscritos

Un Manuscrito en proceso de revisión en Cuadernos Médico Sociales no podrá ser enviado a otro medio de publicación para los mismos fines. Se sugiere que los trabajos enviados se ajusten a las siguientes instrucciones:

1. La extensión máxima será de 20 páginas a espacio sencillo, tipo Arial 11 con un margen de 3 cm., incluyendo tablas y gráficos. Las ilustraciones y tablas deben enviarse en páginas separadas, indicando claramente el título, numeración, fuentes y el sitio en que serán intercaladas; deben venir en el archivo original y no ser insertados como "objetos". No se usarán colores. Las notas al texto deben venir al final de cada página con números correlativos.

¹ Los autores que deseen enviar trabajos más extensos, serán recibidos por el comité, para una evaluación especial.

2. Los artículos de investigación deben dividirse en las siguientes secciones:

a. Título y autores. El título puede tener hasta 84 caracteres, incluyendo los espacios entre las palabras y además debe estar traducido al inglés. Los autores figurarán con el nombre y apellido; en nota al pie se consignará la profesión, cargo y principal grado académico. Se colocará la dirección electrónica del autor a cual deberá dirigirse la correspondencia.

b. Resumen. No debe tener más de 250 palabras, con los objetivos, métodos, resultados y conclusiones principales. Agregar una versión en inglés. Colocar entre dos y seis palabras clave (descriptores), según la nomenclatura consignada en: <http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm>

c. Introducción. Describa brevemente el objetivo de la investigación y explique su importancia.

d. Material y Métodos. Describa los procedimientos y materiales utilizados, incluyendo los detalles necesarios que permitan repetir la experiencia en futuras investigaciones.

e. Resultados. Presente sus resultados en secuencia lógica. No repita en el texto todos los datos presentados en tablas o ilustraciones. Enfatique o resuma solamente las observaciones importantes.

f. Discusión. Enfatique los aspectos nuevos e importantes del estudio y las conclusiones derivadas de ellos. Incluya en esta sección las implicancias de sus hallazgos, tanto como sus limitaciones. Evite detalles ya presentados en las secciones Introducción y Resultados.

g. Conclusiones y perspectivas

h. Referencias. Limite las referencias (citas bibliográficas) idealmente a 30. Incluya las referencias aparecidas en revistas chilenas, incluyendo **siempre las publicaciones pertinentes aparecidas en Cuadernos Médico Sociales.**

Numere las referencias en el orden en que se las menciona por primera vez en el texto. Identifíquelas mediante numerales arábigos, colocados () al final de la frase o párrafo en que se las alude.

Al listar las referencias, su formato debe ser el mismo de la notación Vancouver, por ejemplo:

i. Artículos de revistas

Arredondo A, Hernández P, Cruz C. Incorporación de la perspectiva económica en el análisis del sector salud: segunda parte. Cuad Med Soc (Santiago de Chile). 1993; 34 : 33-44.

ii. Capítulos en Libros

Mehta SJ. Dolor abdominal. En: Friedman HH, coordinador. Manual de Diagnóstico Médico. 5ª ed. Barcelona: Masson; 2004. p.183-90.

iii. Artículos en formato electrónico

Montoya-Aguilar C. Atención primaria de salud. Alma Ata otra vez y la experiencia de Chile. Cuad Med Soc [revista en Internet]* 2008 septiembre. [acceso 03 de enero de 2009]; 48(3). Disponible en: <http://www.colegiomedico.cl/Default.aspx?tabid=767>

Autoría

DECLARACIÓN RESPONSABILIDAD DE AUTORIA

El siguiente documento debe ser completado por todos los autores de manuscritos.

TITULO DEL MANUSCRITO:

DECLARACION: Certifico que he contribuido directamente al contenido intelectual de este manuscrito, a la génesis y análisis de sus datos, por lo que estoy en condiciones de hacerme públicamente responsable de él y acepto que mi nombre figure en la lista de autores.

Conflicto de intereses: NO: SI: (Explique):

NOMBRE Y FIRMA DE CADA AUTOR

CODIGOS DE PARTICIPACION

<hr/>	<hr/>

Mail para correspondencia:

Además cada autor deberá especificar Institución de afiliación, si trabaja en más de una, especificar la principal o la que el autor desea que aparezca. Indicar además ciudad y país.

Envío de manuscritos

Los artículos deben enviarse al correo electrónico de la secretaría de Cuadernos Médico Sociales al correo-e: jnovo@colegiomedico.cl

Cada autor tendrá derecho a un ejemplar del número en que aparece su artículo, sin costo. Los apartados deberán solicitarse al momento de enviar el trabajo; su costo será de cargo del autor.

