

Propuesta para una política de Educación Médica Continua en el Sistema Público de Salud en Chile

Proposal for Continuing Medical Education in the Public Health System in Chile

Dr. Camilo Bass del Campo¹

PROTOCOLO DE ACUERDO DE GOBIERNO – COLEGIO MÉDICO DE CHILE A.G.

1. En materia de Formación y educación continúa del recurso humano médico en el Sistema Nacional de Servicios de Salud: Esta línea de trabajo es de corto plazo –a partir del 1 de septiembre de 2016, hasta el 2° semestre de 2017–, y establecerá los contenidos de una agenda de políticas públicas para el desarrollo del recurso humano médico desde pregrado a la especialización de acuerdo a las necesidades del modelo de atención en salud y el fortalecimiento del sistema público.
2. Implementación de una política nacional que permita destinar tiempo para educación, promoción, docencia e investigación y de “reuniones clínico-administrativas” como estrategia de gestión de la calidad asistencial para integrar la red asistencial desde APS. Diseño 1er Semestre de 2016 e implementación desde el 2° semestre de 2016.
3. Diseño e Implementación de un Programa de Educación Médica Continua, como parte de los procesos de perfeccionamiento del recurso humano médico desde la atención primaria a nivel hospitalario. Diseño e implementación desde el 1° semestre de 2016.

RESUMEN

El Sistema Público de Salud en Chile presenta actualmente largos tiempos de espera que sufren los pacientes al ser derivados a un centro de mayor complejidad, realidad que en algunas localidades puede demorar meses o incluso años. En medio de este escenario, muchas de las patologías se podrían resolver desde la Atención Primaria de Salud (APS), para descongestionar otros niveles de atención en el sistema, que deben ocuparse de la resolución de problemas que requieran mayor tecnología.

Recibido el 2 de octubre de 2015. Aceptado el 12 de mayo de 2016

¹ Departamento de Formación Médica. Colegio Médico de Chile A.G.
Correspondencia a: pfigueroa@colegiomedico.cl

Para avanzar en la solución de los graves problemas que aquejan al recurso médico del Sistema Público de Salud en nuestro país, es importante tomar en consideración la experiencia práctica de los principales actores involucrados, como son los mismos médicos de consultorios y hospitales. Por ello, esta publicación contiene una propuesta política de desarrollo profesional continuo (DPC) para el recurso médico.

La propuesta aborda el ámbito de la Gestión de la Calidad Asistencial (GCA), con el objetivo de mejorar la calidad de atención, así como la conexión de la Red Asistencial, por medio de un manejo eficiente de la agenda médica en todos los nodos de la red. Para lo que se requiere implementar dentro de las actividades médicas: destinar tiempo para Educación, Promoción, Prevención, Docencia e Investigación en Salud, así como de Reuniones Clínico Administrativas de Estamento.

Además, se establece un Programa de Formación Médica Continua (FMC), con el objetivo de responder integralmente a la necesidad de capacitación y actualización permanente que requiere el recurso médico del Sistema Público de Salud, para otorgar una mejor calidad de atención, con la resolutivez correspondiente.

Con esta propuesta se espera mejorar la calidad del servicio que se ofrece a la comunidad, fortaleciendo la permanencia de los médicos en los diferentes niveles de atención, además de referirse respecto de la resolutivez que debería brindar el Sistema de Salud en nuestro país.

INTRODUCCIÓN

El Sistema de Salud Chileno, desde la fragmentación del Servicio Nacional de Salud (SNS), avanzó hacia la privatización y desarticulación. Por un lado se dio término al financiamiento solidario y compartido de la salud, originándose un desfinanciamiento progresivo del Sistema Público en aras de las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE). Y por otro se divide el Sistema Público, creándose el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) y entregando la administración de la Atención Primaria de Salud (APS) a los municipios.(1) Este escenario ha producido que la brecha en la salud entre ricos y pobres sea cada vez mayor.

El Ministerio de Salud (Minsal) realizó en el año 2003 una descripción del Modelo de Atención de Salud, determinando en lo que se refiere a la APS, que los consultorios no cuentan con la capacidad para resolver los principales problemas de salud de la comunidad. Esto se evidencia en deficiencias en la oportunidad de la atención, afectando la impresión de la población sobre su confiabilidad y generando problemas de trato del personal hacia los usuarios. Lo anterior se traduciría en una gran demanda de la comunidad hacia los servicios de urgencia hospitalarios (aproximadamente un 50% de las consultas totales) y la derivación excesiva desde el consultorio al nivel secundario, con un nivel de resolución menor del esperado para el nivel primario de atención.(2)

En este contexto, y debido a la modificación del perfil demográfico y epidemiológico de la población en nuestro país, la última reforma de salud planteó dar un gran impulso a la APS y conseguir la cobertura necesaria para solucionar el mayor número de problemas en la consulta médica junto a la implementación de programas de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud comunitaria.(3)

Sin embargo, a pesar de las intenciones declaradas en la reforma, implementada desde hace más de diez años, y del aumento progresivo de recursos económicos destinados al Sistema

Público de Salud, existen problemas no abordados. Es el caso de la ausencia de una Política integral de desarrollo del recurso médico del Sistema de Salud, lo que produce que persista un significativo déficit de horas médicas, tanto en consultorios como en hospitales.

Otro desafío importante consiste en aumentar la resolutivez en la red de atención, factor clave para cumplir las expectativas de esta reforma. Esto se traduce en la capacidad de diagnosticar y tratar adecuadamente la patología prevalente, con los métodos diagnósticos y terapéuticos adecuados, para derivar oportunamente lo que corresponda e influir en la incidencia de patologías a través de métodos eficaces de prevención.(4)

Desarrollo Profesional Continuo (DPC):

El desarrollo de los recursos humanos en salud, es un factor muy importante en la conformación de la base social y técnica de los sistemas de salud y de su mejoramiento. De acuerdo con el "Llamado a la acción de Toronto 2006-2015. Hacia una década de Recursos Humanos en Salud para las Américas", la contribución de los trabajadores de la salud es un factor esencial de la mejoría de la calidad de vida y de salud.(5)

Para la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (Semergen), el DPC exige incrementar los conocimientos y perfeccionar las habilidades profesionales, pero va algo más allá, profundizando en lo que respecta a la vocación. Un proceso de DPC está orientado a mejorar la atención que presta el profesional a los ciudadanos y a la sociedad en general.(6)

El DPC es un proceso que se inicia mediante una fase de autoanálisis de competencia personal y profesional, además de otros requerimientos sobre competencias profesionales; de forma paralela se establecen planes de formación adaptados y personalizados, así como estrategias de mejora tanto a nivel personal como profesional. El concepto de DPC es asimilable al del mantenimiento de la competencia profesional.(6)

Por otro lado, Pardell propone como componentes del DPC:(7)

- Formación Médica Continuada (FMC).
- Actividad asistencial.
- Actividades de investigación, docencia y gestión clínica.
- Otras actividades de perfeccionamiento profesional.
- Ética y profesionalismo.

PROPUESTA

La siguiente propuesta describe la Política de Desarrollo Profesional Continuo (DPC) del recurso médico del Sistema Público de Salud de Chile, abordando el ámbito de la Gestión de la Calidad Asistencial (GCA), como de la Formación Médica Continua (FMC):

Gestión de la Calidad Asistencial:

Dentro de los desafíos de la atención de salud se encuentran mejorar la calidad de atención, así como la conexión de la Red Asistencial, para conseguir estos objetivos se debe disponer de un manejo eficiente de la agenda médica en todos los nodos de la red. En este contexto, se requiere implementar dentro de las actividades médicas las siguientes actividades:

1. Destinar tiempo para Educación, Promoción, Prevención, Docencia e Investigación en Salud:

La labor médica no se limita a la atención de enfermedades de la población, como actualmente se trabaja en los establecimientos de salud. Debido a los conocimientos adquiridos, así como por el rol social con que cuenta esta profesión, se requiere que los médicos realicen labores de Educación, Promoción, Prevención, Docencia e Investigación en Salud, tanto en el la comunidad, el centro de salud o el centro hospitalario. Los malos indicadores de salud de nuestro país en relación con los hábitos de vida de la población, justifican que se le dé relevancia a estos aspectos, y para poder cautelar su implementación y desarrollo se debe establecer una normativa que determine a lo menos un 20% de la jornada médica sea destinada a Educación, Promoción, Prevención, Docencia e Investigación en Salud, sólo así evitaremos la carga de enfermedad que sufriremos en los próximos años.

En el caso de la APS es muy relevante definir el contexto de esta práctica médica, con miras a obtener resultados en la mejora del nivel de vida de la población, para lo que debe establecerse un estándar médico a cargo de una población determinada. En publicaciones internacionales, este estándar corresponde a un médico para 1.200 personas, no debiendo sobrepasar las 2.000 personas. Por lo tanto, si se desea tener impacto en el Sistema Público de Salud en nuestro país, los médicos APS deben trabajar con los equipos de salud, enmarcados dentro de su responsabilidad de una población a cargo de no más de 2.000 personas inscritas.

2. Reuniones Clínico Administrativas de Estamento:

Para una mejor coordinación de la atención de las personas, a través de acuerdos llevados a cabo por los médicos que atienden en los diferentes establecimientos de la red, con el objetivo de implementar los diversos lineamientos ministeriales, es imprescindible que los médicos cuenten con tiempo para realizar Reuniones Clínico Administrativa de Estamento Médico. Con la finalidad de cautelar la implementación y desarrollo de estas reuniones, se debe implantar una normativa que establezca una duración de a lo menos una hora semanal en todos los centros de atención.

Programa de Formación Médica Continua (FMC):

La Formación Médica Continua debe ser definida en forma normativa desde el Ministerio de Salud, con el objetivo de responder integralmente a la necesidad de capacitación y actualización permanente que requiere el recurso médico del Sistema Público de Salud, para otorgar una mejor calidad de atención, con la resolutivez correspondiente.

La FMC debe comenzar cuando ingresa el profesional a la carrera funcionaria y efectuarse de manera progresiva según los años de servicio. Este proceso debiera contemplar los siguientes ámbitos o etapas:

1. Comenzar por medio de la contratación del médico general para que se integre a la dotación de la red de establecimientos del Sistema Público de Salud, por medio de un Concurso Nacional.
2. Dentro de las primeras actividades a realizar por el médico recién ingresado al sistema, será un programa de inducción que lo ayude a situarse de mejor manera en las actividades que

le corresponderá realizar. Asociado a esta inducción el médico se capacitará en temáticas del Modelo de Atención del Sistema Público de Salud.

3. El médico periódicamente asistirá a las reuniones clínicas de estamento programadas en su centro de atención.
4. Además, se realizará una vinculación entre los médicos de los diferentes establecimientos de atención, por medio de la participación en consultorías que efectúen los especialistas del nivel secundario en los centros de salud, en diversas áreas de la medicina. También se debiera participar de las reuniones de los servicios clínicos hospitalarios (incorporándose los médicos APS, a lo menos a las reuniones de los servicios de Pediatría, Medicina Interna, Cirugía, Ginecología y Psiquiatría) y efectuar pasantías en el nivel secundario, lo que debiera producir un natural intercambio de experiencias entre los niveles de atención y mejorar el funcionamiento de la red de salud.
5. Un ámbito que requiere ser rápidamente corregido, consiste en redefinir el programa de pasantías, tanto nacionales como en el extranjero, de las que los médicos del Sistema Público se encuentran prácticamente excluidos.
6. Los médicos al terminar su primer año de trabajo debieran contar con la posibilidad de capacitarse mediante la realización de un Diploma en alguna de las siguientes temáticas: Clínica, Prevención y Promoción de Salud, Gestión Asistencial, Docencia e Investigación. Con el objetivo de adquirir los conocimientos necesarios para un mejor desempeño.
7. En el caso de los médicos de atención primaria, aquellos que deseen continuar trabajando en APS como Especialistas en Medicina Familiar, debieran poder optar a dicha especialidad a partir del primer año de trabajo.
8. Para el caso de otras especialidades, se debe fortalecer el desarrollo del Concurso Nacional de Becas de Especialización para Médicos del Sistema Público de Salud, donde se capacite a los médicos con desempeño en los consultorios municipales y de los Servicios de Salud, para trabajar en las distintas especialidades. La planificación de este concurso, en cuanto al número y tipos de becas, debiera lograr cubrir las necesidades de atención de salud de la población, las que tendrían que estar contenidas en un Plan Nacional de Salud.
9. El periodo de devolución de estas especialidades se realizará en la red de atención pública de salud, de acuerdo a las necesidades de cada nivel, debiendo cautelar incentivos adecuados para la permanencia de los médicos en el Sistema Público. Los especialistas deben contar con una Asignación de Especialidad, así como condiciones adecuadas para el ejercicio de su especialidad.
10. Con la experiencia acumulada en la red de atención, se debiera poder realizar un Diploma y/o Magíster de Gestión, que posibilite a los médicos a dirigir los establecimientos de salud, aportando con la visión médica y administrativa a conseguir los mayores logros en la salud y atención de salud de la comunidad a cargo.

Para conseguir una buena implementación de esta estrategia, se debe avanzar en el desarrollo de una metodología que permita la FMC, favoreciendo la progresión hacia la excelencia, incluyendo no sólo el mantenimiento, sino también el incremento del nivel de competencias del profesional. De esta manera, se tienen que definir las competencias que debe tener todo médico que desarrolle su actividad profesional, aportando un método de detección de las áreas

de mejora, permitiendo así planificar las actividades formativas necesarias para alcanzar el nivel de competencias deseado.

Se debe favorecer la FMC de los médicos públicos disponiendo del tiempo necesario para ello, con acceso gratuito a herramientas formativas y publicaciones, impulsando planes formativos individualizados y orientados a la mejora de competencias, incorporando herramientas de evaluación para cada profesional, así como promoviendo estudios de evaluación del impacto de la formación sobre la mejora de la práctica clínica.(8)

Un aspecto fundamental para implementar la FMC es contar con un marco jurídico adecuado, esto requiere modificar los actuales cuerpos legales: Ley Médica (19.664) y Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal (Ley 19.378). De acuerdo a las siguientes condiciones mínimas que debieran ser obligatorias y no estar al arbitrio de los administradores, como ocurre en la actualidad:

- Ley 19.664: 5 días por semestre con goce de remuneraciones con el exclusivo objeto de destinarlos a actividades de perfeccionamiento o capacitación (acumulables y pueden ser postergados por razones de buen servicio todo en el año calendario).
- Ley 19.378: 10 días en el año para actividades de formación, capacitación y perfeccionamiento reguladas por el reglamento. También podrán participar en concursos de misiones de estudio y de especialización.

Programas de especialización:

En relación a los programas de especialización, en nuestro país se ha venido efectuando una creciente inversión en la formación de especialistas, sin embargo, la falta de la actualización en esta política pública, tanto en la formación como en el desempeño posterior, han generado una serie de problemas. Por este motivo, se proponen los siguientes principios (en base al trabajo realizado en la Comisión Programas de Especialización del Colegio Médico de Chile) en el que debiera estar enmarcado un Programa Nacional de Especialización:

1. Reglamento único de programas de especialización.
2. Los concursos o procesos de selección para acceder a becas deben ser estandarizados, transparentes y públicos (incluyendo el proceso de selección de las Universidades), con amplia difusión de los programas de especialización entre todos los interesados. Con comisiones de evaluación de los antecedentes conocidas, determinación previa de plazos y de responsabilidades de cada integrante de las comisiones.
3. Conocimiento al inicio del proceso del número y tipo de becas de especialidad a concursar.
4. Los residentes deben tener calidad de funcionarios públicos, incluyendo el derecho al pago de horas extraordinarias.
5. Deben existir condiciones técnicas adecuadas para la especialidad que se pretende desarrollar. Para ello, es importante que el médico sepa de antemano su destino, las condiciones de trabajo y su remuneración, además de informarse sobre el plan estratégico para la permanencia de los médicos formados en el sistema.

Para lograr obtener resultados efectivos en la política de formación de especialistas para el Sistema Público, los Concursos de Becas de Especialidades se deben enmarcar en el siguiente escenario:

1. Debe realizarse un estudio real y actualizado que determine la necesidad de especialistas a lo largo del país.
2. Se debe determinar la capacidad de los centros de formación profesional y técnica -campos clínicos- y centros formadores -universidades-. A su vez, cautelar que se desarrollen los programas de formación cumpliendo los planes docentes.
3. Se debe abordar la problemática docente asistencial, el cumplimiento docente y el no abuso asistencial de los médicos en formación.
4. En el uso de campos clínicos pertenecientes al sector público, se debe privilegiar a aquellos profesionales que se hayan desempeñado o vayan a desempeñarse en el sector.

REFERENCIAS:

1. Goic, A. Descentralización en salud y educación: La experiencia chilena. Rev. Méd. Chile. 2003;131:788-98.
2. Ministerio de Salud. Transición hacia el Modelo de Atención en Redes. 2003.
3. Rosselot, E. La atención primaria y el proyecto de reforma de la salud. 2003. [Internet] Disponible En: <http://www.med.uchile.cl/2003/marzo/1026-la-atencion-primaria-y-el-proyecto-de-reforma-de-la-salud.html>
4. Programa de resolutiveidad en Atención Primaria. Departamento de diseño y gestión de APS. División de Atención Primaria en Salud. Subsecretaria de redes asistenciales. Ministerio de Salud de Chile. 2008.
5. Reunión Regional de los Observatorios de Recursos Humanos en Salud Llamado a la acción de Toronto 2006-2015. Hacia una década de Recursos Humanos en Salud para las Américas. [Internet] 2005. Disponible en: http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/OPS_desafios_toronto_2005.pdf
6. Marco conceptual y diseño de un proyecto de desarrollo profesional continuo en Atención Primaria. Semergen. 2010;36(2):100-107.
7. Pardell H. Impacto del DPMC en la práctica médica. I Encuentro Regional. 9.1 Seminario-Taller sobre DPMC; 2007 Oct 4-6; [Internet] Uruguay. Disponible En: http://www.smu.org.uy/dpmc/pracmed/ix_dpmmc/pardell_impacto.pdf
8. Ministerio de Sanidad y Consumo. Proyecto AP-21, Marco Estratégico para la mejora de la Atención Primaria en España: 2007-2012. (2007).
9. Proyecto AP-21. Marco Estratégico para la mejora de la Atención Primaria en España:2007-2012. Ministerio de Sanidad y Consumo. España. 2007.

