

Un programa para recuperar y mejorar el aporte de los médicos en la Atención Primaria de Salud

A programme for the recovery and improvement of physicians' contribution to primary health care

Dr. Carlos Montoya-Aguilar¹
Dr. Manuel Ipinza Riveros²

Resumen

Antecedentes: Chile reconoce la importancia de la atención primaria de salud (APS) y ha hecho progresos en su implementación. Sin embargo, persiste el problema de la falta de motivación de los egresados de las Escuelas de Medicina por participar en la APS y permanecer ahí. Un factor es la limitación que significa estar en el ámbito municipal, en comparación con el cauce amplio del sistema hospitalario y las posibilidades de especialización. Consecuencias: en la APS hay un déficit cuantitativo de médicos, una alta rotación de ellos y una baja resolutivez. Resulta un exceso de consultas en servicios de urgencia y un problema de insatisfacción de la población. Un camino de solución: desde el año 2007, el Ministerio de Salud, en conjunto con la Universidad de Chile, ha puesto en marcha el Programa de Especialistas Básicos para la APS urbana, que se basa en experiencias nacionales anteriores. Se describe este programa con sus ventajas y reducido costo. La experiencia inicial es alentadora.

Palabras clave: atención primaria; especialistas básicos; resolutivez; modelo de atención integral de salud; carrera profesional médica

Abstract

Background: Chile recognizes the importance of Primary Health Care (PHC) and advances have been accomplished in this field. Nevertheless there is a lack of interest of medical graduates in entering PHC activities and staying there. One reason for this is the restriction resulting from full time work within the municipal administration of the PHC clinics, in comparison with the mainstream of the hospital system, with its possibilities for specialization. Consequences: in PHC there is a quantitative deficit and a revolving door of doctors and clinical effectiveness is low. This results in an excessive utilization of emergency departments and in a degree of dissatisfaction among the population.

A scheme for improvement: Starting in 2007, the Ministry of Health, jointly with the University of Chile is implementing the "Programme of Basic Specialists for Urban PHC", which is based on previous national experience. The Programme is here described, with an analysis of its cost and advantages. The results so far are encouraging.

Key words: primary health care; basic specialties; effectiveness; comprehensive health care model; medical professional career

Recibido el 04 de marzo de 2009. Aceptado el 12 de marzo de 2009

1 Profesor titular de Salud Pública, Universidad de Chile. Asesor Departamento de Estudios, Ministerio de Salud. Correspondencia a: cmontoya@minsal.cl

2 Profesor de Salud Pública, Universidad de Chile. Coordinador General del Programa de Especialistas Básicos para la APS Urbana.

INTRODUCCIÓN

¿Cuántos médicos **hay** en Chile y dónde y de qué tipos? ¿Cuántos **necesitamos** y dónde y de qué tipos?

¿Existe una norma? En general, NO. Pero en particular, para Chile, hay que distinguir hoy día entre dos partes del Sistema Público de Atención: los hospitales y la atención primaria (APS).

En los hospitales y servicios de urgencia la respuesta es, con excepción del caso de la medicina intensiva de adultos (1): que no sabemos, y ello por dos razones principales: a) porque no lo hemos investigado (lo que podría haber llevado a una respuesta empírica) y b) porque la necesidad a este nivel depende esencialmente del otro nivel. Una buena capacidad resolutoria en la primera línea reduciría la demanda de personal en los hospitales y urgencias y también cambiaría la estructura de esta demanda. Lo mismo se lograría con una relación fluida de continuidad entre los dos niveles.

En la Atención Primaria sí tenemos respuesta. Pero antes ¿qué es la APS?

Es oportuno preguntarlo, porque hace casi exactamente 30 años que el mundo buscó y se dio una buena respuesta. Está en la Declaración de Alma Ata, 1978 (2, 3). Define a la APS con los siguientes términos:

“La atención primaria es el cuidado esencial de la salud que se basa en métodos y tecnologías científicas y socialmente aceptables, y que está universalmente accesible para los individuos y familias en la comunidad a través de su plena participación y a un costo alcanzable para cada sociedad en cada etapa de su desarrollo, en un espíritu de autonomía y de autodeterminación. Forma una parte integral tanto del sistema de salud nacional, del cual es la función central y el foco principal, como del desarrollo social y económico del país. Es el nivel de primer contacto de las personas, familias y comunidad con el sistema nacional de atención de la salud...” “Descansa, en todo nivel, en los trabajadores de salud...apropiadamente formados en lo social y en lo técnico para trabajar como equipo y responder a las necesidades de salud de la comunidad”.

La Declaración es a) una filosofía de la atención y b) la definición de un nivel dentro del Sistema de

Atención de Salud. El concepto sigue siendo válido. Pero en Chile estaba vigente en la profesión médica y en los dirigentes sociales desde la creación del Departamento Médico de la Caja de Seguro Obrero Obligatorio, del Consejo Nacional de Higiene, del Ministerio de Salud y del Código Sanitario, desde la década de 1920: hace 80 años (4).

La norma chilena dice que debe haber un médico de APS cada 3 000 habitantes, que entregue en promedio 9 000 consultas al año, además de otras prestaciones como visitas domiciliarias, educación sanitaria y diálogo con otros sectores pertinentes (5). Debido a la dicotomía entre sectores público y privado, esto se convierte a: un médico por cada 3 000 habitantes “inscritos en los Consultorios y validados por el Fondo Nacional de Salud (Fonasa)”. Pero en el terreno y en las comunas pobres, es difícil hacer la distinción. La medicina es una sola. (De todos modos, en la mayoría de las comunas los inscritos son el 80% o más de la población).

Cantidad aparte, deberían tener la cualidad de poder resolver la gran mayoría de las necesidades que se presentan, así como tener un vínculo fluido con el hospital y una conciencia clara del sistema (su sistema) y de la población y territorio que atienden; de sus problemas de salud y de las causas de estos problemas, y de cuanto cuestan los problemas y las soluciones. Deben poder programar y hacer el seguimiento de sus acciones. Estas características y otras se resumen en una idea: el modelo de atención que la sociedad decide y puede darse. En Chile se llama **atención integral de salud** (6, 8).

Hoy, en Chile, falta una parte de los médicos de APS que la norma indica. Esta insuficiencia cuantitativa determina una insuficiencia de calidad, que repercute en falta de equidad y de efectividad. Y el déficit sería mayor si muchos de los cargos no estuvieran ocupados por médicos extranjeros (9).

Las cifras:

En los establecimientos públicos del nivel primario de atención hay en Chile, en 2008, 126.848 horas médicas contratadas, es decir, 2.883 equivalentes de jornada completa. La población beneficiaria ascendía, el 31 de diciembre de 2007, a 11.740.688 personas. El cumplimiento de la norma mencionada, de 3,3 jornadas por 10 000 personas, hubiera requerido de la presencia de 3.874 médicos. El déficit respecto

a la norma, a nivel nacional, era, por lo tanto, de 991 médicos, o 34% de los existentes o 26,5% de la cantidad normalizada (11, 12).

Desde 2007 está en vigencia el "Programa de Especialistas Básicos para la APS", que se describe más adelante, y que está dirigido a resolver el déficit de médicos en las nueve grandes conurbaciones del país, desde Antofagasta hasta Puerto Montt, pasando por La Serena-Coquimbo, Valparaíso-Viña del Mar, Santiago, Talca, Concepción-Talcahuano-Chillán, Temuco y Valdivia. Se trata de los lugares donde hay gran concentración poblacional y, además, Facultades de Medicina que actualmente o en un futuro próximo pueden ofrecer cupos de formación acreditada en las cuatro especialidades básicas que el programa contempla: Medicina Interna, Pediatría, Obstetricia-Ginecología y Psiquiatría. Una proyección al año 2008 indica que la población beneficiaria del sistema público de atención, en los nueve conglomerados, alcanza a 6.341.000 personas. El número actual de médicos (equivalentes de jornada completa) en los consultorios de APS de dichos lugares es 1.855, es decir, corresponde a un promedio de 2,93 jornadas por 10.000 beneficiarios. Para llegar a la norma vigente, faltan 0,37 jornadas por 10.000 beneficiarios, es decir, 235 médicos para las 9 conurbaciones. Además debe considerarse que, de los médicos que hay, una alta proporción, estimada en un 40%, es decir, 742 jornadas, son extranjeros. Esta estimación es consistente con el dato de que, en 2007, había 986 médicos extranjeros en los consultorios de atención primaria de Chile (9).

Explicaciones del déficit

¿Por qué este déficit de cerca de mil médicos chilenos en la APS de las grandes ciudades? En las palabras de todos los decanos de las Facultades de Medicina, y de todos los que conocen la situación, los egresados chilenos no se interesan –o parecen no interesarse– en ir a los Consultorios de APS de las grandes comunas urbanas pobres (13, 14). Para ello hay varios factores:

a. En 1981 se inició el paso de la administración de los consultorios desde los Servicios de Salud a las Municipalidades. La transición se selló en 1995 con la promulgación del Estatuto de Atención Municipal. En su forma actual, el Estatuto coloca a los médicos de la APS, como médicos generales, en una vía cerrada respecto a su carrera profesional.

Desde hace varias generaciones, la cultura de los médicos chilenos incluye la aspiración a ingresar al trabajo hospitalario y a la especialización, y así ocurría antes de que se completara el proceso de municipalización de la salud (7, 8, 15). La situación que se generó expone a los médicos a situaciones de tensión, con pérdida de autonomía clínica y de estabilidad laboral. También ha empobrecido su relación con los pacientes y la población (16).

- b. Ha faltado claridad en la política de personal. Entre otras cosas, se han adoptado modelos extranjeros, como, por ejemplo, el del práctico general inglés, modelo que está siendo superado en el país de origen desde los años 90. (17, 18, 19, 20, 21).
- c. La formación de pre-grado, en algunas grandes Escuelas de Medicina, pone todo el énfasis en la experiencia intra-hospitalaria y ello ha sido difícil de cambiar, más bien por el hábito y la inercia organizacional que por una incomprensión de los docentes clínicos.
- d. Un factor de orden general es la debilidad del pensamiento y del sentido de Salud Pública en todos los niveles del sistema.

Consecuencias del déficit

- a. Poca atención en la primera línea. Y mucha (proporcionalmente) en la urgencia y en el hospital (1, 9).
- b. Poca prevención y promoción de salud. No hay vinculación intersectorial proactiva, intencionada en beneficio de la salud.
- c. Hay una articulación muy precaria entre el nivel primario y el nivel hospitalario del sistema de atención. No funciona el sistema (la red) como tal. Ello implica una ruptura en la continuidad de la atención de las personas
- d. Mucha rotación de los médicos; sólo meses en sus cargos de los consultorios (en promedio).
- e. Mucha derivación de problemas no resueltos desde el consultorio al Hospital o al Centro de Referencia (CRS)
- f. También pierde sentido el trabajo en el hospital, porque no hay sistema y porque no se pueden planificar las acciones en función de las verdaderas necesidades y de su capacidad; el paciente cae en una tierra de nadie.

Otras dimensiones del problema

Hay que examinar la validez de la norma cuantitativa mencionada.

Aún en aquellos pocos Servicios de Salud en cuyos municipios se está cerca de cumplir o se sobrepasa la norma cuantitativa de 145 horas semanales (3,3 jornadas), como son los del Occidente, Oriente y Sur de la Región Metropolitana y el de Valparaíso, los médicos siguen siendo "agentes externos" y no participan en la planificación local ni en las acciones de prevención, de trabajo en terreno, en equipo, con la comunidad y con los otros sectores pertinentes; son utilizados como técnicos para despachar la "morbilidad", es decir, para ocuparse de una demanda numérica e impersonal.

En segundo lugar, las atenciones médicas de APS registradas por el Ministerio de Salud alcanzaban en el año 2007 a un promedio de sólo 1,43 por beneficiario (dato preliminar), lo cual es inferior a las necesidades y a la demanda, como lo prueba la elevada y creciente utilización de los Servicios de Urgencia. Por otra parte, la concentración de consultas que se observa debe evaluarse a la luz del rendimiento registrado, que es de no más de tres consultas por hora contratada (12).

Las nuevas soluciones relativas a la formación y al papel de los médicos en la APS: el Programa de Especialistas Básicos

Una importante iniciativa de solución fue adoptada y expresada en el siguiente intercambio de cartas entre la Dra. Soledad Barría, Ministra de Salud, y la Dra. Cecilia Sepúlveda, Decana de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile (se reproducen parcialmente):

"ES POLÍTICA DE ESTE MINISTERIO AUMENTAR LA CAPACIDAD RESOLUTIVA DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD.

"PARA ELLO HA PROPUESTO UNA SERIE DE MEDIDAS, ENTRE OTRAS...LA INCORPORACIÓN DE UN... PROFESIONAL MÉDICO EN ESPECIALIDADES BÁSICAS: MEDICINA INTERNA; PEDIATRÍA; GINECO-OBSTETRICIA; Y PSIQUIATRÍA GENERAL,

"CON MAYOR ADHERENCIA A LOS CENTROS DE ATENCIÓN PRIMARIA Y CON ESPECIAL ÉNFASIS EN LOS CENTROS URBANOS. SE ABRIRÍA UN NUEVO CANAL DE FORMACIÓN Y DESTINACIÓN.

"TENDRÁN, ENTRE OTRAS FUNCIONES, LA DE OTORGAR UNA ATENCIÓN CONTINUA AL GRUPO FAMILIAR, EN SUS RESPECTIVAS ESPECIALIDADES, Y CONFORMAR CON EL RESTO DEL PERSONAL DE SALUD DEL CENTRO, EL EQUIPO DE SALUD FAMILIAR DE LAS POBLACIONES TERRITORIALMENTE ASIGNADAS A DICHOS EQUIPOS."

Carta de la Ministra de Salud a la Decana de la Facultad de Medicina de la U. De Chile, Diciembre 2006

"LA OPORTUNIDAD DE DESARROLLAR UN PROGRAMA DE SERVICIO AL PAÍS ASOCIADO A ESTÁNDARES DE EXCELENCIA ACADÉMICA, COMO ES EL DE FORMACIÓN DE ESPECIALISTAS MÉDICOS QUE AUMENTEN LA CAPACIDAD RESOLUTIVA DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD, ES UN DESAFÍO PARA LA UNIVERSIDAD DE CHILE QUE ACEPTAMOS GUSTOSOS...

"DE ACUERDO CON NUESTRA VISIÓN, EL PROGRAMA DE FORMACIÓN DE ESPECIALISTAS PARA LA ATENCIÓN PRIMARIA SE BASA EN EL DESARROLLO ÍNTEGRO DE LOS PROGRAMAS PARA CADA ESPECIALIDAD (MEDICINA INTERNA, GINECOLOGÍA-OBSTETRICIA, PEDIATRÍA Y PSIQUIATRÍA DE ADULTOS)....

"EL DESARROLLO DE CADA PROGRAMA SE EXTENDERÁ A UN TOTAL DE 6 AÑOS, PROGRAMÁNDOSE DE MANERA DE DISTRIBUIR EL 50% DEL TIEMPO TOTAL EN EL PROGRAMA DE FORMACIÓN Y 50% EN LAS ACTIVIDADES DE ATENCIÓN PRIMARIA..."

De una carta de la Decana de la Facultad de Medicina de la U. De Chile a la Ministra de Salud, 31.01.2007

Precisiones complementarias acerca del Programa

1. En el aspecto clínico se cumple exactamente el programa académico vigente y acreditado para la respectiva especialidad básica: Medicina Interna, Pediatría, Obstetricia y Ginecología y Psiquiatría. La combinación de la formación hospitalaria con asistencia en Consultorio, en partes aproximadamente iguales, implica que el Programa se extienda a seis años. Esta extensión no introduce diferencia en cuanto al programa académico con respecto al diseño en tiempo completo durante tres años. No genera nuevos títulos de especialidad; no forma "especialistas" en atención primaria o salud familiar (14).

2. El programa incluye módulos de Salud Pública teórica y aplicada, acreditables como actividad de perfeccionamiento.
3. El aspecto clínico hospitalario se imparte en los Centros formadores de alto nivel de cada Facultad de Medicina participante. La práctica de atención médica de primera línea (APS) transcurre en Consultorios o Centros de Salud urbanos seleccionados según los siguientes criterios:
 - a. que estén en comunas urbanas que presenten un déficit de médicos en relación con la demanda observada y/o con la norma vigente (v.s.).
 - b. que estén sectorizados, de manera que los becados puedan concentrar su labor en sectores de 10.000 beneficiarios, en equipos constituidos por dos médicos en formación como internistas, uno en formación como pediatra, uno en formación como obstetra-ginecólogo y uno en formación como psiquiatra. Esta composición puede tener alguna variación de acuerdo a circunstancias locales. Se subentiende que tales equipos deben ser a su vez parte de "equipos de sector" integrados además por los demás profesionales y técnicos que trabajan normalmente en todos los Consultorios, incluidos médicos generales y, donde los hubiere, médicos de familia o especialistas.
 - c. que tengan el espacio suficiente para las actividades de asistencia y de docencia. El Ministerio ha comprometido los recursos necesarios para "asegurar que los consultorios donde se hará la formación de los especialistas básicos estén a un nivel de calidad ajustada a dicho proceso formativo" incluidas las "medidas para mejorar la eficacia diagnóstica de los laboratorios básicos de la APS" (de la carta citada de la Sra. Ministra de Salud, de diciembre de 2006). Desde hace varios años, los Centros que se construyen obedecen a un programa arquitectónico adaptado a la atención de salud integral por equipos sectorizados.
 - d. que cuenten con médicos generales suficientes para otorgar la atención habitual en el sistema de salud de la Comuna. (Este es un requisito que cambiará en relación con el aumento progresivo de la cantidad de médicos del Programa).
4. Desde el punto de vista del Ministerio de Salud, el Programa representa un nuevo canal de Formación y Destinación, que debe coexistir con el canal de formación de los "Médicos Generales de Zona", los cuales se vienen destinando, con buenos resultados, a la atención de ciudades menores y de sus entornos rurales, desde su creación en 1955.
5. De acuerdo a la decisión del Ministerio de Salud, las funciones de los especialistas en formación son las siguientes:
 - a. otorgar una atención continua al grupo familiar en sus respectivas especialidades y conformar con el resto del personal de salud del Centro, el "equipo de salud familiar" de las poblaciones territorialmente asignadas a dichos equipos.
 - b. recibir las interconsultas de los médicos generales de los Centros de Salud, de los médicos de familia de los Centros de Salud Familiar, o de las postas de salud rural del sector³.
 - c. desarrollar actividades docentes para estudiantes y profesionales de la salud, así como capacitación de los equipos de atención primaria, en las especialidades respectivas.
 - d. promover la investigación científica a nivel de la Atención Primaria
 - e. participar en las acciones de promoción y prevención en el Centro y en terreno, incluyendo reuniones de equipo de sector, reuniones acerca de familias, sesiones educativas, visitas domiciliarias integrales y contactos de colaboración con las autoridades, organizaciones de la comunidad y demás sectores pertinentes de la localidad.

Implementación inicial del Programa

El "Programa de especialistas básicos para la atención primaria urbana" se empezó a aplicar desde el segundo semestre de 2007 en dos Consultorios de la Región Metropolitana, con una Universidad, la de Chile; en el 2008 fueron cuatro Consultorios y se planeó la extensión a un número adicional de consultorios en la misma Región y además en la Quinta Región. En el año 2009 hay aproximadamente cien médicos en el programa. En los años siguientes el número

³ Se entiende que esta función comenzará sólo a partir del segundo año del programa y que aumentará después gradualmente.

debería crecer en forma exponencial, siendo éste el mecanismo principal de formación de los especialistas básicos que necesita el país. El logro de este objetivo dependerá de la participación y capacidad formativa de las Universidades, de los campos clínicos asignados por los Servicios de Salud y del interés de las Municipalidades, factores todos que se espera sean positivos..

Dada la importancia que tiene para el Ministerio de Salud el desarrollo de nuevas estrategias que contribuyan a colmar el déficit de médicos capaces de mejorar la resolutivez de la Atención de Primera Línea, se incluye en el presupuesto sectorial el financiamiento de las contrataciones de los profesionales seleccionados para cada comuna participante. Se destinan además recursos para el pago de los derechos arancelarios y de las matrículas a las entidades formadoras pertinentes; y se refuerza el monto per capita correspondiente a los Consultorios respectivos.

Pueden postular al Programa médicos egresados de las últimas promociones, a través de un proceso público de selección por antecedentes, conducido por las Universidades en conjunto con la Comisión Ministerial encargada (formada por el Coordinador General nombrado por el Ministro de Salud y por representantes de la División de Desarrollo de Recursos Humanos, del Departamento de Atención Primaria y del Departamento de Estudios del Ministerio). Los municipios participantes contribuyen a la elaboración de las bases del proceso. Se contempla que, antes de la selección, exista un tiempo suficiente para asegurar el amplio conocimiento de las bases, la comunicación de los resultados por parte de las Universidades y la entrevista final.

Los Municipios establecen Convenios con las Universidades, por los cuales comprometen el pago de los aranceles y matrículas correspondientes a la formación de los especialistas. Los municipios contratan a los profesionales, con los cuales se firma también un Convenio-Compromiso. Los fondos para el pago a las Universidades y para las remuneraciones de los médicos son enviados por el Ministerio a los Servicios de Salud respectivos y esto da lugar al establecimiento de convenios entre los Servicios y los municipios para el traspaso de dichos fondos.

Una vez hechas las contrataciones, los médicos seleccionados se presentan en los Consultorios para

un período de reconocimiento y de introducción a la Salud Pública, durante el cual deben también tener un encuentro con los docentes de las especialidades básicas. A continuación, se dividen en dos grupos iguales, uno de los cuales inicia su formación "clásica" en el Hospital designado, mientras el otro permanece en el Consultorio. Seis meses después intercambian sus lugares de acción, y así sucesivamente hasta cumplir seis años. Estos tiempos pueden tener pequeñas variaciones, según las circunstancias locales.

Ventajas esperadas

Las ventajas que se esperan del Programa consisten en la superación de la situación actual y de sus consecuencias desfavorables, enumeradas antes. Se verá beneficiada la población, principalmente la de las comunas urbanas pobres, donde habita la mitad de la población chilena. Se verán beneficiadas las Municipalidades, que podrán verse partícipes de la entrega de un mejor servicio de salud. También hay ventajas para las Universidades, que tendrán un mejor financiamiento mientras cumplen su propósito esencial de servicio a la sociedad. Aumentará grandemente la satisfacción de las nuevas generaciones de médicos, de sus maestros y de los estudiantes. Para los médicos participantes se abre una carrera profesional en el cauce central del sistema público, en la medicina hospitalaria y en la especialización ulterior; se reduce la tensión actual del trabajo en el Consultorio y adquieren más estabilidad laboral. Durante al menos seis años, son y se sienten parte de la atención primaria.

Sobre todo, se articulará el sistema total de salud en torno a una atención primaria fortalecida en su rol esencial, y podrá cumplir los principios de equidad, de efectividad y de eficiencia que lo presiden.

Específicamente, se prevén las siguientes consecuencias positivas:

- Mejoría de la suficiencia cuantitativa de la oferta de servicios
- Resolutivez y efectividad, a medida que avanza la especialización de los médicos
- Equidad en acceso y en calidad, frente a necesidades iguales
- Aceptabilidad cultural por parte de la población, con generación de confianza y satisfacción
- Continuidad de la atención, en el tiempo y entre niveles del sistema, con un término a la frecuente rotación observada actualmente y a la pérdida

de los esfuerzos por capacitar a los médicos municipales; y con integración funcional entre los consultorios y los hospitales

- Reducción de la carga de los servicios de urgencia y del uso innecesario de las camas y policlínicos de los hospitales
- Utilización efectiva de la tecnología (equipos) que existe en los Consultorios y que hoy no se aprovecha plenamente por falta de competencias de los médicos
- Contención de los costos del sistema
- Aumento del prestigio profesional y social de la atención primaria y de la salud comunal.

La discusión del programa al cual nos referimos ha dado lugar a más de una reflexión acerca del concepto de "Atención Primaria": ¿de qué atención primaria estamos hablando? ¿De la portería del sistema de atención? ¿Del nivel de mínima complejidad? Ni de lo uno ni de lo otro. La APS no es sólo puerta de entrada, sino la instancia de interacción continua entre el sistema y la población, la instancia de primera línea, donde se resuelve o se mitiga la mayoría de los problemas de salud, cerca de los usuarios, de las familias, en los hogares y en los barrios. La APS es de alta complejidad en el sentido de que ahí el equipo enfrenta toda la gama de problemas y condiciones que traen todos los miembros de la comunidad y debe evaluarlos y actuar –aunque sea de modo preliminar– en el curso de los minutos de una consulta, incorporando la dimensiones del modelo integral de atención. Puede pensarse en la transformación del concepto de "niveles de complejidad" en uno de "atención apropiada de salud de la población de cada sector territorial por el sistema de atención".

En términos amplios, el programa significa atender según el modelo integral, con sus características: integración de las funciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación; integración de lo personal, lo familiar y lo comunitario; integración de lo somático y de lo psíquico; de lo individual y lo social, es decir, comprensión de la unidad biopsicosocial del ser humano; integración del equipo multiprofesional, al interior del cual cada grupo de médicos de las cuatro especialidades básicas viene a equivaler a un médico "general" pluripersonal con buena capacidad resolutoria; responsabilidad por la salud de la población asignada; actitud deliberadamente educativa; y conciencia de sí mismos por parte de los miembros del equipo (6).

Hay que pensar que el programa no sólo fortalece al nivel primario sino también al hospitalario y, una vez más, no sólo en lo cuantitativo sino también en lo cualitativo. En efecto, los especialistas básicos son una especie en extinción, cuya falta se hace sentir. Ellos son los que pueden abordar simultáneamente las dolencias múltiples que muchos pacientes presentan. Ellos son, también, quienes pueden dirigir y armonizar un servicio o un programa en el cual coexisten múltiples subespecialistas.

En nuestra sociedad, el programa contribuirá a generar un sistema que recupere su integralidad y su enraizamiento en las necesidades de la población. El programa también "genera Universidad", es decir, una corporación de pares interesados en el estudio y en el hacer bien, más allá de las motivaciones elementales del ser humano.

Evaluación preliminar del Programa

Está previsto evaluar científicamente el impacto del programa. Y una vez que esté en marcha, se podrá saber cual es la real necesidad de recursos de los hospitales, incluidos los servicios de urgencia. La investigación científica es parte del Programa. También lo es la docencia. Una primera evaluación formal ocurrió el 26 de enero recién pasado:

En ese día se daba cuenta del "descarnado diagnóstico de la situación del sistema nacional de salud" hecho por los decanos de algunas Facultades de Medicina (23). El diagnóstico se centraba en los serios problemas del nivel primario " los cuales comprometen todo el sistema y generan insatisfacción entre los usuarios, lo cual efectivamente, explica la inquietud ciudadana que se revela en todos los estudios de opinión pública." Se terminaba afirmando que la crítica de los decanos merecería que se estudiaran prontamente propuestas para superar los problemas que ellos han observado. En el mismo día de esa publicación, el Sr. Ministro de Salud y la decana de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile daban a conocer a la prensa el cumplimiento exitoso del primer año de ejecución del programa aquí descrito, el cual responde exactamente a la necesidad que plantean los decanos.

Los jóvenes profesionales chilenos han demostrado interés por atender en estas condiciones. Así lo han manifestado en la conferencia de prensa los representantes de los 40 jóvenes médicos que participaban hasta ahora en el programa de la

Universidad de Chile. El llamado a postular al programa ha sido hecho, para este nuevo año, por otras tres Universidades además de la de Chile, y se han presentado más egresados que el número de cupos disponibles. Esto permitirá aumentar significativamente el número de profesionales en especialización para la atención primaria en este año 2009. El programa está siendo evaluado científicamente y ya las opiniones expresadas por académicos, becados y directivos de los Servicios avalan lo dicho por el Sr. Ministro en la conferencia de prensa mencionada: "desde hoy éste deja de ser un programa piloto y se convierte en un programa consolidado". De este modo se avanza hacia la articulación del sistema total de salud en torno a una atención primaria fortalecida en su rol esencial, y que podrá cumplir los principios de equidad, efectividad y eficiencia que lo presiden.

Una evidencia adicional de la valoración que los médicos jóvenes asignan al programa se encuentra en las expresiones de quienes postularon al concurso del año 2009. En la entrevista final manifestaron, por ejemplo: "este es un paso importante de la Medicina en Chile, lograr resolutivez en la APS, pilar fundamental"; "siempre me ha gustado el servicio público...la labor hacia el país, hacia la gente que más necesita"; "me gusta mucho el programa, el perfil me calza" "es una mezcla atractiva, se adquiere experiencia en APS" ; "nuestra formación ha sido deficiente para enfrentar la APS, donde se está más cerca de la comunidad, de las familias y se puede aliviar a personas que no tienen enfermedades propiamente tales"; "no tengo dudas, sé que hay que ajustarse a las necesidades del consultorio"; "en la APS es mejor la relación con el paciente"; "la APS es lógica, no me interesó ser médico de familia, se parece a la medicina general"; "la APS da una visión diferente, compagina"; ".....da una visión más real del sistema e incorpora el ambiente universitario en la APS"; "me gusta la alternancia de estudio y trabajo asistencial".

Costo-efecto del Programa

El costo representado por la remuneración bruta anual de cada médico participante en el programa alcanza a 14.520.000 pesos, moneda corriente de 2009. A esta suma hay que agregar \$1.600.000 anuales por arancel y matrícula pagados a las Universidades responsables de la formación y \$3.630.000 por los bienes y servicios necesarios para la actividad adicional de los médicos (estimados en un valor igual al 25% de la remuneración

de ellos). El total asciende a \$19.750.000.- por cada instrumento médico-año. Cuando el Programa alcance a mil médicos, el costo será, por lo tanto, de \$19.750 millones, m/c de 2009, equivalentes al 0,79% del presupuesto del sector (\$2.525.000 millones en 2009).

A mediano plazo, y estimando una población de las conurbaciones de 8 millones de beneficiarios del sector público (v.s.), que equivale a 800 módulos de 10.000 personas, la necesidad de especialistas básicos ascenderá a 4 mil médicos: un equipo de cinco especialistas básicos de las cuatro ramas, por cada módulo. Aún así, el costo será sólo un pequeño porcentaje del presupuesto total del sector, ¿Y cuales serán los efectos y beneficios del programa? Los más inmediatos consistirán en una mayor satisfacción de las necesidades y demandas de la población urbana (16), no sólo en la APS, sino también en los grandes hospitales públicos. Para el Sistema Público de atención habrá un ahorro de gran magnitud en servicios hospitalarios y de urgencia. La implementación más cabal de las acciones de promoción y prevención deben redundar en menores gastos en medicina curativa y en rehabilitación. La ganancia en nivel de salud (16, 26,27) significará un mejor rendimiento de los esfuerzos invertidos en educación y esto, a su vez, favorecerá la productividad y competitividad del país (28). El fortalecimiento del sector público de atención y en especial, el de la APS, trae consigo, por definición, una mayor equidad, con el resultado de un fortalecimiento de la democracia.

El monitoreo y la evaluación del programa requiere, en una primera etapa, de la definición y selección de indicadores del estado de salud y de los riesgos para la salud en las áreas servidas; y de indicadores de la cobertura, concentración y calidad de las acciones de atención de salud y de las acciones de prevención y control de los principales factores determinantes de la salud de la población en dichas áreas.

CONCLUSIÓN

Hemos presentado aquí una estrategia innovadora para una política y plan de salud nacional de largo plazo. Ella tiene un importante potencial para ayudar a configurar el sistema de atención que conviene al país en este momento de su historia. En un plazo de pocos años se llegará a contar con un contingente suficiente y estable de especialistas básicos tanto en

los consultorios como en los hospitales y en otros establecimientos. De este contingente se podrán desprender los subespecialistas que se necesiten, de acuerdo a una política y plan de personal; algunos "post-becados" pueden preferir quedarse en los Consultorios de las grandes ciudades o ir a trabajar en una provincia. Este valioso contingente humano deberá ser capaz de inducir las adaptaciones y los progresos necesarios en su entorno.

En el marco de la continua y necesaria revisión del ejercicio de la Medicina, el programa se orienta hacia un equilibrio entre un óptimo nivel científico y tecnológico, por una parte, y un modelo de servicio integral a la población, por otra parte. Los "generalistas" serán reemplazados, en gran parte, por especialistas básicos, y ellos devendrán en cirujanos generales, en subespecialistas, en epidemiólogos, en administradores sanitarios o en otros tipos de médicos. La conformación detallada de estos diseños dependerá en gran parte de la experiencia y de la actividad de los propios especialistas básicos, de los formadores y de los empleadores.

Se buscará llegar a acuerdos acerca de la necesidad de ciertas modificaciones legales; entre éstas, el regreso a una Ley común para todos los médicos funcionarios del sector público, como la que hizo posible la participación de estos profesionales en el Servicio Nacional de Salud del año 1952 (el Estatuto del Médico Funcionario), y la dictación de disposiciones apropiadas para el uso de los establecimientos como Centros formadores por parte de las Universidades comprometidas con el desarrollo de los tipos de profesionales que el país necesita.

La profesión médica, aquí y en otros lugares, ha sido cuestionada desde diversos ángulos, lo que se refleja en términos como: "medicalización", o "biomédico", usados en sentido peyorativo. Chile necesita médicos que superen este cuestionamiento. Depende en parte de ellos mismos. Pero depende sobre todo de que exista una política nacional de salud clara y un sistema coherente.

Todo ello exige un postura ética individual y colectiva. Lo que necesita la población es un médico que tenga la autoconciencia y la actitud participativa que prescribe el modelo de atención integral. Que se pueda confiar en que recetará y hará lo que sea "médicamente necesario" en cada interacción con sus pacientes. Que se preocupe por las causas sociales de

las enfermedades. Que el altruismo pese más en sus conductas que el pragmatismo o el individualismo. Que se mantenga a la altura de sus predecesores más ilustres.

Referencias

1. Ministerio de Salud de Chile, *Guías de planificación y diseño de unidades de cuidados intensivos de adultos*, División de Inversiones y Desarrollo de la Red Asistencial. Departamento de Tecnologías, Normas y Regulación
2. Organización Mundial de la Salud y UNICEF, *Alma Ata 1978. Atención Primaria de Salud*, Ginebra 1978
3. Montoya-Aguilar C, *Atención Primaria de Salud: Alma Ata otra vez y la experiencia de Chile*, Cuad Med Soc (Chile) 2008; 48(3): 147-54
4. Rosellot J, *Desarrollo y perspectivas de las instituciones de salud pública en Chile*, Rev Med Chile 1993; 121: 1075-85
5. Ministerio de Salud de Chile, 1995, *Plan de Salud 1995-96*, Componente Programático
6. Montoya-Aguilar C, *Atención Médica del Niño*, en: Meneghello J et al (eds), *Pediatría*, Editorial InterMédica, B. Aires 1972. Capítulo reimpresso, Departamento de Extensión de la Universidad de Chile, Santiago 1972
7. Ipinza M, *Algunas reflexiones acerca de la situación actual de la atención primaria y del nivel primario de atención*, Unidad de Estudios, Colegio Médico de Chile, Serie Publicaciones Técnicas N° 9, Santiago, 30.03. 1997
8. Montoya-Aguilar C, *Aspectos de la formación médica en Chile. Su relación con los conceptos de medicina integral y medicina familiar y con la planificación de recursos humanos para el sistema de salud*, Cuad Med Soc (Chile) 1999; 40 (2): 77-85
9. Armas-Merino R, Goic A, 2008, *Informe sobre la situación actual de la educación médica en Chile*, publicación de la Academia de Medicina del Instituto de Chile, Santiago
10. Ministerio de Salud de Chile, agosto 2002, *Antecedentes de recursos humanos. Diagnóstico de brechas y propuesta de política para la atención primaria en el marco de la reforma de salud (documento de trabajo)*, Santiago
11. Ipinza M, *Cómo solucionar el déficit de médicos en los consultorios urbanos municipalizados*, Cuad Med Soc (Chile) 2004; 44 (2): 73-80
12. Montoya-Aguilar C, *Médicos en el nivel primario del sistema público de la atención de salud, Chile. Tendencia, distribución geográfica y normas*. Cuad Med Soc (Chile) 2008; 48(4): 215-25
13. Sociedad Chilena de Salubridad, *Acta de la reunión sobre "Una iniciativa del Ministerio de Salud para mejorar la atención de salud en las comunas urbanas pobres*, Santiago, 30.10.2001
14. Ministerio de Salud, Universidad de Chile, Universidad de Santiago, Universidad Católica, Hospital Roberto del Río y Sociedad Chilena de Pediatría, *Actas del Taller sobre*

- mejoramiento de la atención de salud para las comunas urbanas pobres, Huechuraba (Santiago), 08.01.2002
15. Margozzini J, et al., Evaluación del programa de médicos generales urbanos en el Área Metropolitana Norte, *Cuad Med Soc (Chile)* 1978; ? (4): 23:30
 16. Bascañán M L, Cambios en la relación médico paciente y nivel de satisfacción de los médicos, *Rev Med Chile* 2005; 133: 11-16
 17. Kmietowicz Z, GPs get a new contract "to transform their lives", *BMJ* 2002;324: 994
 18. Bindman A B, Weiner J P, Majeed A, Primary care groups in the United Kingdom: quality and accountability, *Health Affairs* 2001; 20 (3): 132-45 (págs. 136-138)
 19. Goldacre M J, Lambert T W, Parkhouse J, Views of doctors in the UK about their own professional position and the NHS reforms, *J. of Public Hlth Medicine* 1998;20 (1):86-92 (pag 89)
 20. Dixon J, Holland P, Mays N, Developing primary care: gatekeeping, commissioning, and managed care, *BMJ* 1998; 317: 125-28 (pag 127)
 21. Elwyn G J, Smail S A, Edwards A G K, Is general practice in need of a career structure? *BMJ* 1998; 317: 730-33
 22. Sepúlveda C, Decana de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, Presentación en el "Seminario de Políticas de formación de Especialistas en Chile", Santiago, 28 de mayo de 2008.
 23. *Diario El Mercurio*, 26 de enero 2009
 24. *Diario el Mercurio*, 16 de agosto 2007, Para definir proyectos de salud, Recoleta realizó consulta digital en consultorios. La alternativa más votada (62%) fué: conseguir más médicos especialistas.
 25. Macinko J, Starfield, B, Shi L, The contribution of primary health care systems to health outcomes within OECD countries, 1970-1998, *Health Services Research* 2003 (3): 831.65
 26. Starfield B, Shi L, Macinko, J, Contribution of primary health care to health systems and health, *The Milbank Q*ly, 2005; 83(3): 457-502
 27. Lee T H, Treadway K, Bodenheimer T, Goroll A H, Starfield B, Redesigning primary health care, *Crisis and change, N Engl J Med* 2008;359; e24, Nov 13 2008
 28. Saltman RB, Rico A, Boerma WGW, (eds) 2007, Primary care in the driver's seat? Organizational reform in European primary care, *European Observatory on Health Systems and Policies Series*, Open University Press, 2007