

Médicos en el nivel primario del sistema público de atención de salud de Chile: Tendencia, distribución geográfica y normas

Physicians at the primary care level of the public health care system of Chile: Trend, geographical distribution and standards

Dr. Carlos Montoya-Aguilar¹

Resumen

Se actualizan los datos sobre dotación de horas médicas en la Atención Primaria del sistema Público de Atención de Salud. Para el año 2007 se presenta la distribución según área geográfica y tipo de establecimiento. Se examina la tendencia de la dotación entre los años 2002 y 2007. Se calculan las atenciones proporcionadas en promedio por cada hora médica y las atenciones anuales promedio por beneficiario del sistema Público. El nivel de la dotación va en aumento pero es todavía inferior, en la mayoría de las regiones, al de la norma aceptada por el Ministerio de Salud. Las atenciones proporcionadas por el Sistema Público están también por debajo de lo observado en los países industrializados.

Se discute la relación entre las metas de concentración de atenciones, el rendimiento de la hora médica y la necesidad de recursos médicos para la APS. Junto con la necesidad de contar con información actualizada y confiable acerca de la situación prevalente, se acentúa la importancia del modelo de atención integral consagrado en la política nacional de salud, como condicionante principal para acordar normas de cantidad y de médicos por población, normas de utilización de dicho tiempo, y normas de calidad. A la vez, estas características deben condicionar la formación y carrera de los médicos.

Palabras clave: dotación de médicos en atención primaria; desigualdades geográficas; productividad de los médicos; modelo de atención integral; normas de dotación y sus factores.

Abstract

We update the existing information on the medical staffing of Primary Health Care in the Public Health Care System of Chile. The distribution of physicians among geographical areas and types of facilities in the year 2007 is presented. The trend of the doctor to beneficiary population ratio for the period 2002-2007 is examined. We estimate the average number of visits per physician-hour and the average number of visits per beneficiary. The level of staffing is increasing but, in most regions, is still below the norm accepted by the Ministry of Health. Over all, the medical PHC services provided by the Public System are below the level attained in the industrialized nations.

Recibido el 29 de octubre de 2008. Aceptado el 20 de noviembre de 2008

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

We discuss the links between doctor visit targets, the productivity of PHC doctors and the requirement of physician hours. There is a need for up to date and reliable information on the prevailing situation (which this paper attempts to provide); but consideration of the health care model proposed in the national health policy is also essential for setting standards of PHC physicians to population ratio, as well as norms for the utilization of their time and for quality standards. In turn, these characteristics should form the basis for the education and the career of doctors.

Key words: medical staffing in primary care; geographical differences; productivity of doctors; comprehensive health care model; staffing standards and their determinants

INTRODUCCIÓN

La contribución del nivel primario (APS) a la situación de la atención y del estado de salud de la población chilena ha sido calificada, hasta ahora, como muy insuficiente. Esto ocurre a pesar del reconocimiento de su papel central, tanto por la doctrina de la Salud Pública chilena, como por la OMS y UNICEF (Alma Ata, 1978) (1, 2, 3, 4).

El juicio de insuficiencia se basa en el aumento de consultas en los Servicios de Urgencia, que subieron desde 12.437.448 en el año 2001 a 15.770.664 en el 2007 (5); en la congestión de los hospitales con enfermos cuyos problemas no fueron resueltos oportunamente (6,7,8); en el nivel de rechazos en muchos Consultorios; en la insatisfacción expresada por los profesionales respecto a la presión que experimentan para atender la morbilidad que acude a la Atención Primaria, y en la insatisfacción de las comunidades (9, 10, 11, 12, 13).

La situación se agrava por la alta rotación de los médicos, los cuales no alcanzan a conocer a la población que deben atender, perdiéndose así la "eficiencia y efectividad de la continuidad". Tampoco llegan a "devolver", en beneficio de los pacientes, la capacitación recibida, lo cual es otra forma de ineficiencia.

La falta de atención médica en el nivel primario se refiere de manera especial a la dotación de profesionales egresados de nuestras Escuelas de Medicina. Una alta proporción, estimada en más de 50 %, es otorgada por médicos extranjeros o

por chilenos formados en otros países. (11, 15, 18).

El Gobierno ha destinado recursos financieros crecientes a la APS, los cuales han permitido entregar un presupuesto per capita creciente a sus administraciones e incrementar el número de Consultorios y postas. Sin embargo, ello ha quedado a la zaga de las necesidades y demandas. La administración municipal de los establecimientos redundante en que un alto porcentaje de los recursos se gasta en transferencias y en los múltiples aparatos administrativos de las 350 Municipalidades, o se pierde por defectos de gestión, además de significar un poderoso factor de inequidad; otra dificultad deriva de que el "Régimen de garantías en salud" (AUGE), esté asociado a pagos por actos (por "prestaciones valoradas") esencialmente curativos con un fuerte drenaje financiero por compra de prestaciones al sector privado (17, 18).

Está sobre el tapete la discusión de una concepción y estrategia de la atención primaria para Chile (3, 19, 20). Para esta discusión se requiere, entre otros antecedentes, actualizar la información acerca de la cantidad de médicos con que se cuenta para ella; acerca de la tendencia de dicha cantidad; y acerca de su productividad. Urge redefinir el papel de los médicos en la APS, qué se entiende por un médico de APS, cuales son las normas a establecer para su trabajo y cual es el lugar de la APS dentro del Sistema Público de Atención (política del sistema) y dentro de la Protección Social en general; y cual, su relación con la formación y la carrera de los médicos y con

las normas de dotación de los mismos (política de personal) Este trabajo actualiza datos y discute algunos de esos antecedentes.

OBJETIVOS

- 1.- Actualizar los datos sobre dotación de horas médicas en la APS
- 2.- Integrar los datos sobre dotación de horas médicas en los distintos establecimientos que proporcionan APS.
- 3.- Dar a conocer la distribución geográfica de las horas médicas de la APS.
- 4.- Mostrar la tendencia de la cantidad de horas médicas en los Consultorios municipalizados del país.
- 5.- Elaborar la relación entre las metas de consultas y otras intervenciones de APS, por una parte, y el rendimiento de las horas médicas, por otra: una base para la discusión de normas de dotación, de rendimiento y de metas.

HIPÓTESIS

Hay relaciones sistémicas entre la cantidad y la calidad de la atención médica en la APS.

Hay relaciones sistémicas entre la APS y la Atención del Sistema Público en su conjunto. Estas deben ser resueltas por la política de salud nacional.

Hay relaciones entre las metas de concentración, el rendimiento de las horas y la dotación necesaria.

Las normas de dotación deben ser revisadas

Persisten desigualdades de la dotación entre Áreas geográficas.

MATERIAL Y MÉTODO

Los médicos que trabajan en la atención primaria del Sistema Público de Atención de Salud lo hacen en distintos establecimientos y tienen distintas modalidades de contrato.

Los establecimientos son:

- Consultorios y Centros de Salud municipalizados
- Consultorios y Centros de Salud no municipalizados (dependen de los Servicios de Salud)
- Hospitales de menor complejidad (Tipo 4), que dependen de los Servicios de Salud y para los cuales se supone, convencionalmente, que la mitad de las horas médicas se dedican a atención primaria ambulatoria.

En los Consultorios y Centros de Salud (en adelante, Consultorios) municipalizados, la gran mayoría de los médicos están contratados según la Ley 19 378 (Estatuto de la Atención Primaria); pero en el año 2007 hay un 16,4 % que pertenecen, ora al régimen de la Ley 19664 (Ley médica), ora al del Código del Trabajo, o que son remunerados mediante honorarios.

Ahora bien, los datos de que se disponía con seguridad para el año 2002, y que han sido publicados (21), corresponden exclusivamente a las horas médicas contratadas por la Ley 19 378 en los Consultorios municipalizados. Esto debe ser tomado en cuenta al comparar la información y las conclusiones de ese momento con la información actualizada.

Todos los datos sobre médicos de los Consultorios municipalizados proceden de la División de Atención Primaria del Ministerio de Salud. Los datos correspondientes a los Consultorios no municipalizados y a los Hospitales 4 han sido proporcionados por la División de Gestión y Desarrollo de las Personas. La clasificación de los establecimientos, necesaria para separar las horas médicas correspondientes a los Hospitales 4, fue obtenida del Departamento de Estadística e Información en Salud (DEIS).

La población beneficiaria de cada año, entre el 2002 y el 2007, fue solicitada al Departamento de Estadística de Fonasa (Fondo Nacional de Salud).

Con estos datos se calculó la razón de horas médicas por 10 000 beneficiarios del Sistema Público de Atención de Salud, para el país y para la población y territorio correspondiente a cada uno de los 28 Servicios de Salud. En el año 2002, como se ha dicho, el indicador se basa solamente sobre las horas contratadas por la Ley 19378. En el año 2007, el indicador se calculó: (a) sobre la misma base, con el objeto de mantener la comparabilidad de las cifras; y (b) incluyendo los otros tipos de contratación y los otros lugares de trabajo, es decir, las dotaciones totales de médicos en la Atención Primaria de Salud.

RESULTADOS

1. Horas del Estatuto de APS en los años 2002 y 2007

CUADRO 1:

HORAS MÉDICAS SEMANALES DISPONIBLES (Ley 19378) EN LOS CONSULTORIOS MUNICIPALIZADOS SEGÚN SERVICIOS DE SALUD; Y POBLACIÓN BENEFICIARIA SEGÚN SERVICIOS. RAZÓN HORAS/10 000 BENEFICIARIOS.- CHILE 2002 Y 2007.

SERVICIO DE SALUD	HORAS MÉDICAS EN CONSULTORIOS MUNICIPALIZADOS 2002	POBLACIÓN BENEFICIARIA FONASA 2002	HORAS MÉDICAS EN CONSULTORIOS MUNICIPALIZADOS Oct.2007	POBLACIÓN BENEFICIARIA FONASA Dic. 2007	RAZÓN HORAS X 10 000 BENEFICIARIOS AÑO 2002	RAZÓN HORAS X 10 000 BENEFICIARIOS 2007
Arica	637	117371	792	118093	54,272	67,066
Iquique	473	144003	974	189374	32,847	51,433
Antofagasta	1416	269788	1910	328777	52,486	58,094
Atacama	1076	178199	1376	204966	60,382	67,133
Coquimbo	2280	442399	2907	549565	51,537	52,896
Valparaíso	1585	316544	2474	357093	50,072	69,282
Viña	3022	598734	6932	666766	50,473	103,965
Aconcagua	930	170260	1245	190235	54,622	65,445
SSM Norte	3880	448234	5816	507721	86,562	114,551
SSM Occidente	5902	780285	11161	871968	75,639	127,998
SSM Central	no hay	499768	...	597006	...	...
SSM Oriente	4582	463208	8687	504036	98,919	172,349
SSM Sur	6904	748962	10324	841546	92,181	122,679
SSM Sur Orient	7282	835045	11066	1100594	87,205	100,546
Lib B. O'Higgins	3758	573941	5053	658016	65,477	76,791
Maule	4024	714947	6526	775516	56,284	84,150
Ñuble	1363	328369	2671	377628	41,508	70,731
Concepción	3122	414539	3985	420140	75,313	94,849
Arauco	77	123603	209	134832	6,230	15,501
Talcahuano	1743	252314	2704	273653	69,081	98,811
Bío Bío	1329	291992	2020	298773	45,515	67,610
Araucanía Norte	717	156433	974	157627	45,834	61,791
Araucanía Sur	1705	513641	3872	553642	33,194	69,937
Valdivia	1342	270031	2422	299712	49,698	80,811
Osorno	1582	179190	2024	184327	88,286	109,805
Llanquihue	1663	330566	2974	400538	50,308	74,250
Aysén	no hay	64805	...	69483	...	...
Magallanes	189	100047	430	109061	18,891	39,427
CHILE	62841	10327218	101528	11740688	60,850	86,475

En el Cuadro 1 se muestran las horas médicas semanales contratadas por el Estatuto de Atención Primaria en los Consultorios y Centros de Salud municipalizados, en los años 2002 y 2007. A nivel nacional se observa un incremento de 42 %, desde 60,85 horas semanales por 10.000 beneficiarios del Sistema Público de Atención, a 86,48 horas por 10.000.

En 2002 el rango de variación entre los distintos territorios correspondientes a los 28 Servicios de

Salud de Chile abarcó desde 6,2 horas semanales en Arauco, 18,9 horas en Magallanes, 32,9 horas en Iquique y 33,2 horas en Araucanía Sur, hasta 92,2 horas en el Servicio metropolitano sur y 98,9 en el Servicio metropolitano oriente.

En 2007 el rango abarcó desde 15,5 horas en Arauco, 39,4 horas en Magallanes y 51,4 horas en Iquique hasta 122,7 horas en el Servicio metropolitano sur, 128,0 horas en el Servicio metropolitano occidente y 172,4 en el Servicio metropolitano oriente.

CUADRO 2:
VARIACIÓN RECIENTE EN LA DOTACIÓN DE HORAS MÉDICAS (Ley 19378)
PARA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD. CHILE 1995-2008

	AÑOS			
	1995	1997	2002	2008
Horas médicas semanales existentes en Consultorios Municipalizados, Chile	47.431	51.534	62.841	101.528
Población beneficiaria del Sistema Público de Atención de Salud	8.637.022	8.753.407	10.327.218	11.740.688
Horas médicas semanales en Consultorios Municip. por 10 000 beneficiarios	54,915	58,873	60,849	86,475
Horas médicas semanales para APS en el Sistema Público total	...	...	...	148.928
Horas médicas semanales en el sistema Público por 10 000 beneficiarios	...	...	...	126,848

Fuentes: ver Cuadro 1.

El Cuadro 2 entrega una perspectiva de la tendencia reciente de las dotaciones de horas médicas del Estatuto de Atención Primaria que se ejercen en los Consultorios Municipalizados. Queda de relieve la importancia del incremento logrado entre los años 2002 y 2007, que fue de aproximadamente un 6 % anual, superior al 1 % anual registrado en el período 1995 a 2002.

2. Horas totales. Año 2007

El Cuadro 3 muestra la información completa de las horas médicas contratadas para los Consultorios y Centros de Salud, tal como estuvo disponible para el año 2007. En total, e incluyendo todo tipo de contratación, fueron 126,85 horas semanales por 10.000 beneficiarios; de ellas, el 81,5 % estuvo en Consultorios municipalizados, el 6,7 % en Consultorios dependientes de Direcciones de Servicios de Salud y el 11,8 % en hospitales de menor complejidad (tipo 4). (Hay algunas horas

médicas para APS en un número restringido de pequeños establecimientos “delegados”; por su naturaleza son poco comparables con las demás horas del sistema público y no se han incluido en este Cuadro).

En este año 2007 se ve que las menores dotaciones se dieron en los Servicios de: Magallanes, con 75,8 horas; Coquimbo, con 80,0 horas, e Iquique, con 88,2 horas. Y las mayores en: Aysén, 243 horas; Valdivia, 182,5 horas; Servicio metropolitano occidente, 178,0; Servicio metropolitano oriente, 174,8; Valparaíso, 142,1, y Servicio metropolitano sur, 142,0 horas por 10.000 beneficiarios.

**CUADRO 3:
HORAS MÉDICAS EN ATENCIÓN PRIMARIA SEGÚN SERVICIOS DE SALUD
Y TIPO DE ESTABLECIMIENTO. CHILE 2007**

SERVICIO DE SALUD	HOSPITALES "4" 50% DE HORAS MÉDICAS	CONSULTORIOS MUNICIPALIZADOS HORAS MÉDICAS	CONSULTORIOS DE SERVICIOS HORAS MÉDICAS	TOTALES HORAS MÉDICAS A PRIMARIA	POBLACIÓN BENEFICIARIA FONASA	HORAS MÉDICAS APS /10 MIL BENEFICIARIOS
Arica	no hay	990	330	1320	118093	111,78
Iquique	242	1428		1670	189374	88,19
Antofagasta	242	3586		3828	328777	116,43
Atacama	638	2109		2747	204966	134,02
Coquimbo	1034	3360		4394	549565	79,95
Valparaíso	242	3512	1331	5085	357093	142,07
Viña	1771,5	7042		8813,5	666766	132,18
Aconcagua	264	1463	682	2409	190235	126,63
SSM Norte	132	6670		6802	507721	133,97
SSM Occidente	284,5	14820	352	15456,5	871968	177,26
SSM Central	no hay	no hay	3476	3476	597006	58,22 **
SSM Oriente	no hay	8809		8809	504036	174,77
SSM Sur	no hay	11948		11948	841546	141,98
SSM Sur Orient	no hay	11708		11708	1100594	106,38
Lib B. O'Higgins	1948,5	5123		7071,5	658016	107,47
Maule	984,5	9602		10586,5	775516	136,51
Ñuble	682	3243	495	4420	377628	117,05
Concepción	220	4602	693	5515	420140	131,27
Arauco	1348	495		1843	134832	136,69
Talcahuano	319	3040		3359	273653	122,75
Bío Bío	1122	2339		3461	298773	115,84
Araucanía Norte	357,5	1301		1658,5	157627	105,22
Araucanía Sur	1948,5	4484	792	7261,5	553642	131,16
Valdivia	1200,5	3741	528	5469,5	299712	182,49
Osorno	308	2081		2389	184327	129,61
Del Reloncaví	924	2050	220	3194	275602	115,89
Chiloé	440	1278		1718	124936	137,51
Aysén	632,5	no hay	1056	1688,5	69483	243,01
Magallanes	220	607		827	109061	75,83
CHILE	17505	121431	9955	148928	11740688	126,848

** Datos provisorios por proceso de municipalización en curso.

FUENTES: clasificación y localización de hospitales: DEIS.- Horas médicas en Consultorios municipalizados, 2007: DIVAP.- Horas médicas en Consultorios de los Servicios de Salud y en Hospitales (2007): Depto. de Formación y Capacitación.- Población Beneficiaria, Dic. 2007: FONASA.

La situación de Magallanes e Iquique corresponde a regiones con población concentrada en la capital y con establecimientos periféricos pequeños sin dotación médica. En forma opuesta, Aysén y Valdivia tienen una población dispersa servida por establecimientos que cuentan con médicos. La baja dotación de Coquimbo es más difícil de explicar en cuanto se trata de una Región con numerosos núcleos poblacionales y establecimientos de distintos tamaños.

La norma aceptada en el Ministerio de Salud es de 3 a 3,3 jornadas médicas (132 a 145 horas semanales) por 10.000 beneficiarios (22, 23, 24, 25). En el año 2007, en 16 de 29 Servicios de Salud no se alcanzaba a 132 horas y en 4 Servicios se sobrepasaban las 145 horas semanales.

3. Consultas médicas de Atención Primaria por persona

Es de suponer que la generación de actividades por los médicos de APS guarde relación con el cambio observado en la dotación de este personal. Veamos. La concentración de consultas médicas por habitante originadas en el nivel primario municipalizado del sistema público, y comunicada por el Departamento de Estadística del Ministerio (DEIS), fue 0,86 en 1997; 0,98 en 2004, y 0,94 en 2005 (26, 27). Otra serie de datos, producida por el mismo Departamento, se refiere a “consultas médicas de APS en el Sistema Nacional de Servicios de Salud” (informadas por los Consultorios municipalizados, por los Consultorios de los Servicios y por establecimientos delegados), las cuales fueron 1,39 por beneficiario el año 2002 y 1,41 por beneficiario en el año 2004. A partir del año 2005 cambia la nomenclatura referente a estas actividades de APS en el Sistema Público de Salud: se las denomina “atenciones médicas” y se las divide en “consultas de morbilidad” y “controles”. Dichas “atenciones” alcanzan, en el año 2005, un nivel de 1,58 por beneficiario y en 2007, un nivel de 1,43 por beneficiario; y si sólo se consideran las “consultas de morbilidad”, éstas fueron 1,36 por beneficiario en 2005 y 1,17 en el año 2007. No es posible deducir la tendencia de estas prestaciones a partir de los datos; estos, por lo demás, son presentados por el Ministerio como preliminares (28).

[Ver información complementaria en las Notas (a) y (b)].

4. Rendimiento de atenciones

En cuanto al rendimiento, la dación de 16.750.008 “atenciones” con una dotación de 148.928 horas médicas semanales (equivalentes a 7.744.256 horas anuales o a 5.516.456 horas si no hubiera reemplazo de las ausencias por vacaciones, enfermedad o días administrativos) significaría una productividad de entre 2, 2 y 3 atenciones por hora.

5. Financiamiento de la atención primaria

El financiamiento (gasto corriente) de la Atención Primaria municipalizada y no municipalizada, procedente de todas las fuentes, ha aumentado recientemente: entre los años 2001 y 2004 pasó de 245.923 millones de pesos o \$ 24.214 per capita a 366.562 millones o \$ 33 597 per capita (moneda constante de 2004). El ascenso fué de 38,8 % en esos tres años y es consistente con el aumento de horas médicas contratadas. Debe tenerse en cuenta que se reconoce algún grado de imprecisión en estos datos (29).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Los datos

Para la interpretación de los resultados interesa la precisión de los términos y de las mediciones: “horas médicas de APS”, “consultas médicas de APS”. Y si, como probablemente ha ocurrido en nuestro Sistema, mejora la calidad de los datos, es necesarios retener, en compartimento separado, una serie con definiciones constantes, a fin de poder comparar entre tiempos distintos. Comparación que es necesaria para evaluar las políticas y planes – en este caso, políticas de APS; y para usar la dotación de médicos como un indicador de dichas políticas.

Dotación médica y sistema de atención

Para valorar un cambio es también necesario definir su contexto. ¿Cuál es y será el papel de los médicos en la APS? ¿Es un rol externo al Consultorio y al equipo de atención y a la comunidad; o es un rol más integral, participando en la funciones de promoción, de prevención y en el trabajo del equipo? Y en cuanto a las consultas que dan, ¿de qué consultas se trata, cuánta efectividad, resolutivez y participación tienen?

Por ende, ¿a qué APS nos referimos? Y ¿a qué sistema de atención de salud? Finalmente, habría que precisar qué problemas de salud atiende ese sistema y cómo se está definiendo la salud, el estado de salud de la población.

Dotación médica y rendimiento

CUADRO 4:

TABLA PARA LA DETERMINACIÓN DE LAS HORAS MÉDICAS REQUERIDAS EN ATENCIÓN PRIMARIA SEGÚN LA CONCENTRACIÓN DE CONSULTAS Y EL RENDIMIENTO POR HORA MÉDICA CONTRATADA.

CONCENTRACIÓN CONSULTAS X BENEFICIARIO *	RENDIMIENTO X HORA MÉDICA	REQUERIMIENTO HORAS ANUALES X 10 000 BENEFICIARIOS	REQUERIMIENTO HORAS SEMANALES X 10 000 BENEFIC.**	ADICIÓN HORAS TERRENO E INTERSECTOR.***	ADICIÓN HORAS FORMACIÓN Y REUNIONES ****	REQUERIMIENTO TOTAL HORAS SEMANALES X 10 000
1	2,5	4 000	77	8	16	101
	3	3 333	64	8	16	88
	3,5	2 857	55	8	16	79
	4	2 500	48	8	16	72
	4,5	2 222	43	8	16	67
	5	2 000	38	8	8	54
1,5	2,5	6 000	115	8	24	147
	3	5 000	96	8	24	128
	3,5	4 286	82	8	24	114
	4	3 750	72	8	16	96
	4,5	3 333	64	8	16	88
	5	3 000	58	8	16	82
2	2,5	8 000	154	8	40	202
	3	6 667	128	8	32	168
	3,5	5 714	110	8	24	142
	4	5 000	96	8	24	128
	4,5	4 444	85	8	24	117
	5	4 000	77	8	16	101
2,5	2,5	10 000	192	8	48	248
	3	8 333	160	8	40	208
	3,5	7 143	137	8	32	177
	4	6 250	120	8	32	160
	4,5	5 556	107	8	24	139
	5	5 000	96	8	24	128
3	2,5	12 000	231	8	56	295
	3	10 000	192	8	48	248
	3,5	8 571	165	8	40	213
	4	7 500	144	8	32	184
	4,5	6 667	128	8	32	168
	5	6 000	115	8	32	155

*La distribución del promedio de consultas debe ser programada. ** El requerimiento semanal se ha calculado asumiendo que el contrato representa 52 semanas anuales. Es decir, reemplazo total durante las ausencias de cualquier origen. *** Se asignan 4 horas semanales para trabajo intersectorial por médico y 4 horas semanales para trabajo en terreno por médico, en forma fija para cada consultorio. ****Se asignan 4 horas semanales para formación y 4 horas semanales para reuniones de equipo por cada médico, es decir, por cada 36 horas asignadas a consultas.

Estas consideraciones influyen en la norma de dotación de médicos que se decida adoptar: en juzgar si la dotación pasada o la actual es suficiente o insuficiente. Por ejemplo, ejercer otras actividades además de dar consultas individuales **reduce** el rendimiento de consultas por hora contratada, porque esta hora se utiliza con otro sentido, en forma probablemente más eficaz, más acorde con lo que la salud requiere y la población demanda. Pero el hecho de practicar un modelo de atención con continuidad y conocimiento de la vida de las personas y de sus familias **augmenta** el rendimiento de las consultas. En el Cuadro 4

se ilustran, de manera esquemática, como en un nomograma, ciertas relaciones entre metas de concentración, rendimiento horario y cantidad de horas médicas requeridas. Para una situación en que la meta de concentración de consultas de APS por beneficiario sea de una al año, con un rendimiento de 5 consultas por hora, bastaría con una dotación de 54 horas médicas por sector de 10.000 beneficiarios; al otro extremo, para una concentración de tres consultas anuales por beneficiario y un rendimiento de sólo 2,5 consultas por hora, se necesitarían 295 horas semanales para el mismo sector de 10.000 beneficiarios.

Implicaciones

Estas relaciones cuantitativas tienen consecuencias y determinantes cualitativos, los cuales adquieren una ponderación mayor a medida que el sistema evoluciona y vence las deficiencias más elementales. Todo esto importa en la planificación y en las decisiones de política para cada etapa de la vida de un sistema de atención. (Nota (c)). Además, la comprensión de estos hechos y de estas relaciones es fundamental para el tipo de formación y de destinación de los médicos. Está en la base del Programa de Especialistas Básicos para la Atención Primaria urbana, que está implementando el Ministerio de Salud con varias Facultades de Medicina y con Servicios de Salud y Municipalidades, y que se encuentra descrito en diversas publicaciones (21, 30, 31).

Dotación y atenciones médicas de los Servicios de Atención Primaria de Urgencia

Antes de terminar esta exposición destinada a actualizar, en la medida de lo posible, la información acerca de los médicos que trabajan en los Consultorios del Sistema Público de Atención, hay que recordar que, a comienzos de la década de 1990, se creó un tipo de establecimiento llamado Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU). Estos han aumentado progresivamente hasta llegar a ser 179 en el año 2007, con una dotación de 82 800 horas semanales y una

generación de 6 278 006 consultas, es decir, 0,53 atenciones médicas anuales por beneficiario, con un rendimiento de 1,46 por hora.

Notas.

(a) La concentración de atenciones médicas de APS por beneficiario – año 2007 – varía con la edad de los usuarios en la siguiente forma:

0 a 14 años:	1,342
15-19 años:	1,647
20 a 64 años:	1,167
65 y más años:	2,592
20 y más años:	1,282

(b) La concentración de atenciones de APS por beneficiario, por profesionales no médicos –año 2007– es la siguiente:

enfermeras:	0,400
matronas:	0,461
nutricionistas:	0,211
psicólogos:	0,137
kinesiólogos:	0,132 (de las cuales, 0,127 en programas IRA y ERA)

(c) En el año 2007 el total de consultas en el sistema Público de Atención, incluyendo APS, Especialidades y Urgencia, ascendió a 3,32 por beneficiario. De hecho, para un cálculo más preciso de esta concentración se debería tener información acerca de las prestaciones entregadas por el Sistema Público a no beneficiarios y acerca de las prestaciones que los beneficiarios reciben en el sector privado por referencia desde los establecimientos del Sistema cuando éste no tiene la capacidad para cumplir las garantías legales.

Como punto de referencia, la mediana del número de consultas médicas por habitante de los 29 países de la OECD (los más industrializados más México y Turquía) fue 6,0 en el año 1998. Hubo una importante variabilidad entre países y el factor más notorio de esta variabilidad no fue la proporción de médicos por población, sino el promedio de consultas generado por cada médico: en los cuatro países con 11 o más consultas por

habitante, la razón de consultas anuales por médico fue de 4 133 o más, en contraste con la mediana de 2167 para toda la OECD; y en los cuatro países industrializados con menos de 5,4 consultas por persona la producción fue de menos de 1600 consultas por médico (Fuente: OECD Health Data 2000, París).

Referencias.

- 1.- OMS y UNICEF, *Alma Ata 1978, Atención Primaria de Salud*, Ginebra 1978.
- 2.- Organización Panamericana de la Salud, 2007, *La Renovación de la Atención Primaria de la Salud en las Américas*, Washington D.C., 20073.
- 3.- Montoya-Aguilar C, *Atención Primaria de Salud. Alma Ata otra vez y la experiencia de Chile*, *Cuad Med Soc* 2008; 47 (3): 147- 154
- 4.- OMS, 2008, *Atención Primaria de Salud – Ahora más que nunca*, *Informe de la Salud Mundial 2008*, Ginebra
- 5.- Departamento de Estadística e Información de Salud (DEIS), Ministerio de Salud de Chile, <http://www.deis.minsal.cl>
- 6.- *El Mercurio*, 12.04.08, *Con diagnóstico de gravedad califican sus usuarios al Hospital de Iquique*
- 7.- *El Mercurio*, 22.05.08, *Las severas carencias de los hospitales que va a fiscalizar la Cámara de Diputados*
- 8.- *La Nación*, 26.09.08, *Atribuyen colapsos en urgencias a fin de semana largo*
- 9.- Castillo P, *¡Atención! Atención primaria*, *Vida Médica* 1998; 50 (2):70-71
- 10.- Hidalgo C G et al., *Modelo de evaluación del programa de salud "familias en riesgo biopsicosocial" en la atención primaria de salud. Centro de Salud Villa O'Higgins en la comuna de la Florida*, *Cuad Med Soc* 1998; 39 (3-4): 92-110
- 11.- Montoya-Aguilar C, *El trabajo en el sector público de salud: condiciones, carrera funcionaria y formas de compensación*, *Cuad Med Soc* 1999; 40 (2): 67-76
- 12.- Jofré P L (entrevista a Bass C, Mendoza, I) *Hacer realidad las buenas intenciones*, *Vida Médica* 2007;59 (2): 36-38
- 13.- Donoso X, (entrevista a Bass C, Cisternas L, Sancho J, Molina E), *Médicos de atención primaria y usuarios unidos por una misma causa*, *Vida Médica* 2007; 59 (3): 42-44
- 14.- Rosselot E, *Cantidad, perfil y calidad en la formación de profesionales para la salud en Chile I. La aporía numérica*, (Tablas 2 y 8) *Cuad Med Soc* 1999; 40 (2):55-66
- 15.- *Vida Médica* (Reportaje a Acuña M, Bustos R, Maturana E, Rosselot E) *Médicos extranjeros o: una crisis anunciada*, *Vida Médica* 1999; 48 (5): 18-22
- 16.- Las Heras J, *Reválida de médicos extranjeros*, *Vida Médica* 2002;54 (4): 54
- 17.- Jarpa C, 2004, *Mecanismos de financiamiento del Sistema Nacional de Servicios de Salud*, en: *El Hospital Público en Chile, Vol III, Capítulo VI*, Ministerio de Salud, Santiago
- 18.- Ipinza M, *Informe entregado a la Comisión Investigadora de la Crisis Hospitalaria de la Comisión de Salud de la Cámara de Diputados*, Valparaíso 28.08 08
- 19.- Barria M S, *Ministra de Salud de Chile, Carta a la Decana de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile*, Santiago, Diciembre 2006
- 20.- Román O, *Incorporación de médicos especialistas a la Atención Primaria ¿una paradoja nacional?*, *Rev Med Chile* 2008;136: 1073-77
- 21.- Ipinza M, *Cómo solucionar el déficit de médicos en los Consultorios Urbanos municipalizados*, *Cuad Med soc*, 2004; 44 (2):73:80
- 22.- Ministerio de Planificación y Cooperación y Ministerio de Salud, 1992, *Modificaciones al Manual de preparación y priorización de proyectos de inversión en sector salud (establecimientos de atención nivel primario)*, Versión preliminar, (páginas 29-30, cuadros 6, 13', 14 y anexo cuadro 1.12) Santiago, marzo 1992
- 23.- Ministerio de Salud, Departamento de Atención Integrada, *Sistema público de atención y dotación de recursos en un Servicio de Salud*, Santiago, octubre 1994. *Modelo básico para la atención de salud integral en los Centros de Salud*, junio 1996
- 24.- Ministerio de Salud de Chile, (Montoya C, editor), *Métodos para planificar la dotación de recursos humanos y físicos del sistema público de salud (VI. Cuarto paso del método)*, Santiago, febrero 1996
- 25.- Soto R, *Modelo de atención Primaria y perspectivas*, Ministerio de Salud, Chile, mayo 14, 2003. Citado por: Téllez A, *Atención primaria, factor clave del proceso de reforma al sistema de salud*, *Temas de la Agenda Pública* (Vicerrectoría

- de Comunicaciones de la Pontificia Universidad Católica) 2006; 1 (2).
- 26.- Ipinza M, *Propuesta para otorgar atención integral de salud a los beneficiarios del Sistema Nacional de Servicios de Salud en la primera línea de atención, Documento de trabajo, Ministerio de Salud, junio de 1999*
- 27.- Ministerio de Salud, <http://www.minsal.cl> , DEIS, *Algunos indicadores de salud.*
- 28.- DEIS, Ministerio de Salud, <http://deis.minsal.cl>
- 29.- Galleguillos S, Flores A, Rosso F, *Financiamiento de la Atención Primaria de Salud: fuentes y flujos de recursos en el período 2000-2004, Economía y Salud (Boletín del Departamento de Economía de la Salud del Ministerio de Salud, Chile), agosto 2008; 1 (2): 2-10*
- 30.- Grupo de Salud, Oficina Central de Planificación, *Candidatura Presidencial del Dr. Salvador Allende, 1964, Plan de Salud, Atención Médica y Medicina Social, reimpresso como: Cuad Med Soc abril 2006; Vol 46, Suplemento 1*
- 31.- Montoya-Aguilar C, *Atención Médica del Niño, en: Meneghello J et al (eds.) Pediatría, Editorial InterMédica, Bs.Aires, 1972. Reimpreso, Departamento de Extensión de la Universidad de Chile, Santiago 1972.*