

# Como Solucionar el Déficit de Médicos en los Consultorios Urbanos Municipalizados.

**The way to Solve the Deficit of Physicians in the Municipalized Urban Health Clinics.**

**Dr. Manuel Ipinza Riveros \***

## Resumen

*El déficit de médicos y su mala distribución geográfica eran los problemas que enfrentaba el país cuando se crea el Servicio Nacional de Salud en 1952. El país tenía una alta proporción de población rural, así como de población infantil y las patologías que predominaban eran las propias de un país subdesarrollado.*

*Para enfrentar esta situación se crea la institución del Médico General de Zona, cuyo propósito fundamental fue trabajar en equipo con otros profesionales y trabajadores de salud en las localidades rurales más apartadas y con mayores necesidades de atención.*

*El país ha sufrido profundos cambios demográficos y epidemiológicos. Ha disminuido la población infantil y ha aumentado la población de adultos. La población rural es sólo un 13,4 % del total y ellos viven en una ruralidad muy diferente. La mayor parte de la población se concentra hoy en grandes conglomerados urbanos y dentro de éstos en comunas con altos índices de pobreza.*

*Los establecimientos del nivel primario del sistema público de atención están en su mayoría hoy bajo administración municipal, desintegrados del sistema y con un alto déficit cuantitativo y cualitativo de médicos y otros profesionales críticos para la atención de salud de esas poblaciones. Este déficit está documentado a cabalidad en el artículo. El Estatuto de Atención Primaria promulgado en 1995 no resolvió el problema de déficit de médicos, por el contrario, lo agravó.*

*Frente a esta situación se plantea una nueva modalidad de contratación de médicos para estos establecimientos, a través de la ley 19.664.*

**Palabras Claves: Planificación de Recursos Humanos; Atención Primaria; Sistemas de Atención de Salud.**

## Abstract

*The National Health Service of Chile was created in 1952. At that time the country had a high proportion of rural population and of children; its health problems were those of an underdeveloped nation. There was a shortage of physicians and these were unevenly distributed among geographical areas.*

*The NHS approached this problem through the institution of Area General Practitioners (Médicos Generales de Zona), whose aim was to work in the farthest rural communities.*

*Since then, the country has gone through fundamental demographic and epidemiological changes. Only 13,4% of the population now live in rural areas and living conditions in these areas are now much better than they were. Most people live in large cities and, within these, in poor communes.*

*Public primary health care facilities are now under municipal administration, apart from the main structure of the health system; and they suffer a severe shortage of physicians and of other critically needed professionals. These facts are presented in the paper. The Primary Health Care Law passed in 1995 only made the situation worse.*

*A new statute for engaging primary health care doctors for the public clinics serving urban areas with relatively high indices of poverty, through Law N° 19.664, is here proposed.*

**Key Words: Manpower Planning, Comprehensive Health Care, Health Care Systems.**

\* *Presidente de la Sociedad Chilena de Salubridad. Asesor de la Unidad de Estudios del Colegio Médico de Chile y Asesor del Departamento de Estudios de la División de Planificación y Presupuesto del Ministerio de Salud. mipinza@minsal.cl*

## 1.- El País ha Cambiado.

Un hito fundamental en la dotación más equitativa de los médicos a lo largo de todo el territorio nacional, en particular en las zonas rurales y en las pequeñas comunidades, lo constituyó la creación en 1955 de la institución del «Médico General de Zona»(1). Ellos, trabajando en equipo con enfermeras, matronas, asistentes sociales, ingenieros y educadores sanitarios, auxiliares de enfermería y voluntarios, contribuirían a producir el inmenso cambio en el estado de salud y en la atención de salud de nuestra población que hoy se refleja en indicadores que tanto nos distinguen.

El Ciclo de Destinación se crea en 1955 mediante el Decreto 17.615 y el primer llamado a concurso, para llenar 50 cargos de Médicos Generales de Zona, se realizó en el año 1957. Fue concebido para dotar de Médicos Generales de Zona a las localidades rurales apartadas del país y constituyó en su época una herramienta pionera en el mundo. Gracias a ella el Servicio Nacional de Salud logró una distribución más equitativa de estos profesionales en el país, así como mejorar su formación profesional (2).

En 1952 el país tenía una población total de 5.932.539 habitantes, de los cuales 40% habitaban en las zonas rurales. La estructura etaria de la población era muy diferente de la actual; los menores de 15 años constituían el 37,4 por ciento y los mayores de 65 años eran sólo el 4 por ciento de la población total (3). El perfil epidemiológico correspondía al de un país subdesarrollado, donde predominaban los problemas de salud de las madres y de los niños y los vinculados a las enfermedades transmisibles.

Actualmente Chile tiene una población registrada por el Censo de Población de 2002 de 15.116.435 habitantes, de los cuales sólo el 13,4 por ciento reside en zonas rurales (4). La ruralidad, por otra parte, ha cambiado en cuanto a accesibilidad a servicios de salud, debido a la disponibilidad de una red de Consultorios y Postas Rurales apoyados por hospitales de mediana y alta complejidad y debido a la habilitación de caminos, transporte público terrestre, marítimo y aéreo, así como de medios de comunicación como el teléfono y la radio y más recientemente del fax y de la internet. Todos estos cambios están estrechamente vinculados a las transformaciones económicas y sociales acaecidas en el campo, con el desarrollo de la agroindustria, la agricultura de exportación y el nacimiento de un proletariado y una nueva clase media rural.

La mayor proporción de población urbana se concentra en las Regiones Metropolitana, Quinta y Octava, y dentro de éstas, en comunas altamente pobladas donde a su vez reside la mayor proporción de los chilenos pobres (4).

Los menores de 15 años se han reducido al 28 por ciento, en tanto que los mayores de 65 han aumenta-

do a más de un 7,3 por ciento (4). El perfil epidemiológico también ha cambiado y junto a resabios de problemas de salud del subdesarrollo aparecen nuevos problemas vinculados a un desarrollo incipiente y al cambio demográfico ya señalado (5; 6).

En 1950 la tasa de mortalidad general ascendía a 15,7 por mil habitantes, la tasa estimada de mortalidad materna se elevaba a una cifra de 36 por cada diez mil nacidos vivos y la tasa de mortalidad infantil alcanzaba a los 153,2 por mil nacidos vivos (1). En 1980, un año después de la transformación del Servicio Nacional de Salud en el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS), los mismos indicadores eran de 6,7; 5,5 y 33,0 respectivamente. En el año 2001 la mortalidad general ha descendido a los 5,3 fallecimientos por cada mil habitantes, la mortalidad materna lo ha hecho a una cifra de 1,7 por cada diez mil nacidos vivos y la mortalidad infantil cayó en 2001 a una tasa de 8,3 por cada mil nacidos vivos (6; 7).

## 2.- Los Cambios en el Sistema de Atención.

En 1952 se crea el Servicio Nacional de Salud - SNS, hito histórico de la Salud Pública nacional, que culmina un proceso iniciado en los años 25 del siglo veinte y que se arraiga en la historia de Chile desde los albores de la República, en la que destaca el papel que el Estado siempre tuvo en la preocupación por la salud de la población y en su cuidado (8; 9; 10; 11; 12).

En 1950 el país tenía 224 hospitales con 27.832 camas en lo que era su sistema público de atención (1).

Entre 1952 y 1979 el Servicio Nacional de Salud administraba toda la red de establecimientos públicos, incluidos los Consultorios Generales Urbanos y Rurales.

Hoy día, el Sistema Nacional de Servicios de Salud administra todos los hospitales del sistema público y sólo algunos consultorios urbanos y rurales del país, estando el grueso de estos últimos transferidos en su administración a las municipalidades y su personal regido por un estatuto laboral específico y distinto (13).

El proceso de transferencia de los Consultorios a la administración municipal, a través de convenios entre los Servicios de Salud y los municipios, se inicia a comienzos de los años 80, en el marco de la doctrina social y económica del gobierno de la época de disminuir el rol directo del Estado en el cuidado de salud de la población chilena. Este proceso culmina a fines de esa década.

De esta manera el sistema público se desintegra, retro trayendo la situación a lo que acontecía en Chile antes del año 1924. Ello persiste hasta hoy y, desde marzo de 1995, con la promulgación de la Ley 19.378, «Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal», se consolida la autonomía de este nivel de atención.

Hay consenso entre la mayoría de los especialistas chilenos en salud pública de que esta desintegración constituye el problema principal al cual se le debe buscar una solución. Ello es reconocido por las autoridades de gobierno actuales en el Mensaje que acompañó al Proyecto de Ley para modificar el D.L. 2.763 de 1979, que fue enviado al Parlamento con fecha 25 de junio de 2002 (14) y que fuera aprobado por éste el día 22 de enero de 2004 que decía «Una segunda medida de esa reforma (la del gobierno. Militar) contribuyó a generar elementos que distorsionaron más las cosas: la municipalización de los consultorios y postas. En efecto, dicha medida tuvo un efecto (sic) negativo en la integración y fluidez de procesos que deben existir en una red asistencial».

En todo caso, en los 13 años de gobiernos de la Concertación de Partidos por la Democracia se han hecho avances. El Presidente Alwyn estableció algunas medidas que permitieron ir dando cuenta, progresivamente, de las severas restricciones a la accesibilidad de la población al nivel primario de atención por razones económicas, de limitaciones horarias, de residencia y por insuficiencia de personal. Es así como en el primer año de su gestión se estableció la gratuidad total, en este nivel, para los beneficiarios del sistema público. Se planificó la construcción de nuevos consultorios, tanto urbanos como rurales, se crearon los Servicios de Atención Primaria de Urgencia - SAPU, se contrató más personal y se mejoraron las remuneraciones. Se amplió la disponibilidad y el otorgamiento de medicamentos. Se inició la creación de laboratorios clínicos en consultorios seleccionados (15).

Además, en estos dos últimos años ha habido avances en la ampliación de la cobertura y en la oportunidad de la atención de los pacientes. Ha existido la voluntad de resolver algunos problemas como las colas en los consultorios, a través de la implementación de una línea 800, lo cual permitió eliminar la espera a altas horas de la madrugada; en todo caso, esto no ha significado mejorar la oportunidad en la atención. Junto con ello, en algunos consultorios se ha extendido el horario de la atención médica y odontológica, hasta las 20 horas (16).

El presupuesto de la atención primaria municipalizada, incluyendo el per-cápita y demás transferencias de los otros programas especiales o de reforzamiento, ha crecido en un 71,9% entre 1998 y 2003. Es así como, en ese primer año, las transferencias ascendieron a 101 mil 338 millones de pesos y en 2003 ellas se estiman en 174 mil 163 millones, ambas cifras en moneda constante de enero de 2003. De acuerdo a esta última cifra y a la población potencialmente beneficiaria de la atención municipalizada, el per-cápita mensual promedio transferido el año 2003 sería, según estimación del Departamento de Atención Primaria del MINSAL, de \$ 1.711 (17).

Como resultado de estas medidas las consultas por morbilidad aumentaron de 9.647.028 en 1999 a 14.378.105 en 2002, y por su parte las consultas de urgencia odontológica crecieron de 1.053.037 a 2.087.045 en el mismo período. También han aumentado las atenciones dentales de carácter recuperativo las que han subido de 4.665.805 a 6.044.921 en el mismo lapso. Hay un alto grado de cumplimiento de la meta de atención antes de 48 horas de los grupos vulnerables y se ha mejorado asimismo la prescripción de medicamentos (16).

No obstante los logros señalados, persisten graves deficiencias e insuficiencias en el nivel primario de atención bajo administración municipal, que son motivo de insatisfacción de la población, por una parte, y por otra, colocan serias limitaciones a una mayor ampliación de las coberturas hacia grupos de población de importancia social y epidemiológica (los adultos jóvenes y de edad mediana, particularmente los trabajadores, por ejemplo), la ampliación de la concentración de atenciones que se mantiene en niveles muy bajos y además (y lo más importante) el mejoramiento significativo de la resolutivez de los problemas en ese nivel que permita descargar la enorme y creciente demanda de atención en los servicios de urgencia y en los hospitales.

La inmensa mayoría de estas consultas no corresponden a verdaderas emergencias o son sólo de carácter leve o moderado y debieran resolverse en los Consultorios si estos tuvieran la capacidad de oferta y de resolutivez que se requiere. Esta situación no sólo afecta a la población que no ve resueltas sus necesidades de atención allí donde debiera ocurrir, próxima a sus domicilios, sino que además tiene graves consecuencias para el presupuesto del sistema público, ya que encarece innecesariamente la atención, al multiplicar consultas para resolver un problema de fácil y de bajo costo de atención y además proveerlas en instancias del sistema más complejas y de más alto costo.

En consecuencia, hay serios problemas de cobertura y de concentración (16) que no es posible seguir postergando. A ello hay que agregar los problemas de insuficiente calidad y baja resolutivez de la atención entregada (16).

De acuerdo a una evaluación realizada por la División de Atención Primaria del Ministerio de Salud en marzo de 2002, «La principal limitante para un acceso expedito a la obtención de hora por vía telefónica, continúa siendo la escasa oferta de horas para atención médica en el sistema (...) La mayor resolutivez de la Atención Primaria es un imperativo, para resolver, más cerca de la gente, el 90% de las consultas generadas en Atención Primaria (exámenes de laboratorio, radiología básica, ecotomografía abdominal y otros)».

### 3.- La Situación de los Médicos en la Atención Primaria Municipalizada.

En 1950 trabajaban 2.250 médicos en los servicios públicos de salud (1). En 1959 esta cantidad había aumentado a 3.724 y la mayor parte de ellos trabajaba en establecimientos del SNS (18; 19; 20).

Los médicos colegiados a septiembre de 2003, de acuerdo a la información del Registro Médico Nacional del Colegio Médico de Chile (21) ascendían a la cifra de 19.337 a esa fecha. El Colegio Médico estima que alrededor de un 10% de los médicos que ejercen en el país no están registrados, por lo que la estimación es de que habrían alrededor de 21.500 médicos en el país. De ellos, 770 son Médicos Generales de Zona y 550 son becados del Ciclo de Destinación (22). La mayor proporción de los más de 21 mil médicos que hay en el país, a diferencia de 1973, trabaja fuera del sistema público de salud (23).

Desde su creación en 1955 la Medicatura General de Zona y el Ciclo de Destinación que hoy la regula y administra ha tenido numerosos cambios (24). Algunos de ellos han sido la respuesta a situaciones de crisis o bien a nuevas demandas de acuerdo a los cambios en las necesidades de atención, incluida la de dotar de médicos idóneos y suficientes a la atención primaria (25; 26;27;28).

La situación hoy es crítica en ese componente desintegrado del sistema y, como lo muestran las tablas 1 y 2 siguientes, no sólo faltan médicos, pues también hay un serio déficit de odontólogos, de químicos farmacéuticos, de enfermeras, de psicólogos y de kinesiólogos, por nombrar sólo los más cruciales para una atención integral de alta calidad y resolutivez.

**TABLA 1**  
**Disponibilidad y Necesidad de Algunos Profesionales de Salud en los Establecimientos del Nivel Primario de Atención Bajo Administración Municipal CHILE - OCTUBRE DE 2002**

Profesionales	Horas Semanales Contratadas	Horas Semanales Necesarias	Déficit
Médicos	62.841	128.105	65.264
Odontólogos	40.015	128.105	36.654
Enfermeras	54.208	98.020	43.812
Matronas	50.742	81.521	30.780
Nutricionistas	26.380	46.584	20.204
Asistentes Soc.	26.912	46.584	19.672
Psicólogos	8.506	38.820	30.314
Kinesiólogos	10.740	42.702	31.962

Fuente: Departamento de Atención Primaria del Ministerio de Salud (Comunicación personal).

Las horas semanales necesarias se estimaron con los estándares establecidos para la ejecución del «Plan de Salud Familiar 3» (29), para una población de 10.000 beneficiarios y aplicados a una población real inscrita a Octubre de 2002, de 9.704.923 beneficiarios.

**TABLA 2**  
**Disponibilidad y Necesidad de Algunos Profesionales de Salud en los Establecimientos del Nivel Primario de Atención Bajo Administración Municipal Expresados en Jornadas Semanales de 44 horas CHILE - OCTUBRE DE 2002**

Profesionales	Cantidad Disponible	Cantidad Necesaria	Déficit Absoluto	Déficit En %
Médicos	1.428	2.911	1.483	50,9
Odontólogos	909	1.742	833	47,8
Enfermeras	1.232	2.228	996	44,7
Matronas	1.153	1.853	700	37,8
Nutricionistas	600	1.059	459	43,3
Asistentes Soc.	512	1.054	447	42,1
Psicólogos	193	882	685	77,7
Kinesiólogos	244	971	727	74,9

Fuente: Tabla 1.

Las tabla 3 y el gráficos 1 siguientes, muestran cuales son las brechas entre la disponibilidad y la necesidad de médicos en los consultorios municipalizados por Servicios de Salud.

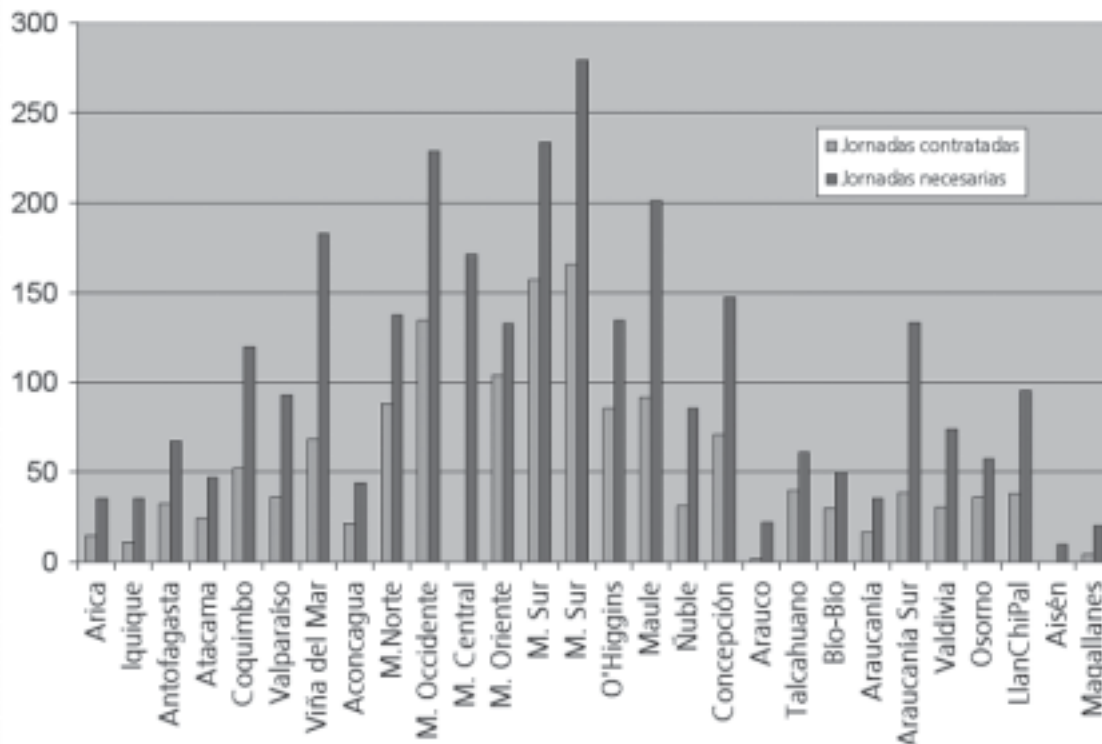
**TABLA 3**  
**Horas Médicas Contratadas y Necesarias por Servicios de Salud en los Consultorios Bajo Administración Municipal OCTUBRE 2002**

	Horas Disponibles	Horas Necesarias	Déficit de Horas	Jornadas Disponibles	Jornadas Necesarias	Déficit de Jornadas
Arica	637	1,567	930	14	36	21
Iquique	473	1,558	1,085	11	35	25
Antofagasta	1416	2,944	1,528	32	67	35
Atacama	1076	2,067	991	24	47	23
Coquimbo	2280	5,280	3,000	52	120	68
Valparaíso	1585	4,088	2,503	36	93	57
Viña del Mar	3022	8,048	5,026	69	183	114
Aconcagua	930	1,926	996	21	44	23
M.Norte	3880	6,037	2,157	88	137	49
M. Occidente	5902	10,065	4,163	134	229	95
M. Central *						
M. Oriente	4582	5,847	1,265	104	133	29
M. Sur	6904	10,271	3,367	157	233	77
M. Sur Oriente	7282	12,296	5,014	166	279	114
O'Higgins	3758	5,912	2,154	85	134	49
Maule	4024	8,840	4,816	91	201	109
Ñuble	1363	3,768	2,405	31	86	55
Concepción	3122	6,476	3,354	71	147	76
Arauco	77	958	881	2	22	20
Talcahuano	1743	2,697	954	40	61	22
Bío-Bío	1329	2,194	865	30	50	20
Araucanía Norte	717	1,552	835	16	35	19
Araucanía Sur	1705	5,865	4,160	39	133	95
Valdivia	1342	3,262	1,920	31	74	44
Osorno	1582	2,522	940	36	57	21
LlanChiPal	1663	4,185	2,522	38	95	57
Aisén *						
Magallanes	189	879	690	4	20	16

\* En estos 2 Servicios de Salud no hay Consultorios bajo administración municipal. Nota: Las jornadas contratadas y necesarias están calculadas en base a una jornada de 44 horas.semanales

Fuente: Departamento de Atención Primaria. Ministerio de Salud (Comunicación personal). Los cálculos de horas y jornadas necesarias son de responsabilidad del autor.

GRÁFICO 1



La tabla 4 y el gráfico 2 muestran la situación, solo a título de ilustración, en algunas comunas seleccionadas de la Región Metropolitana. La información disponible permite conocer la situación a nivel de todas las comunas del país que administran consultorios y también desagregada para cada establecimiento.

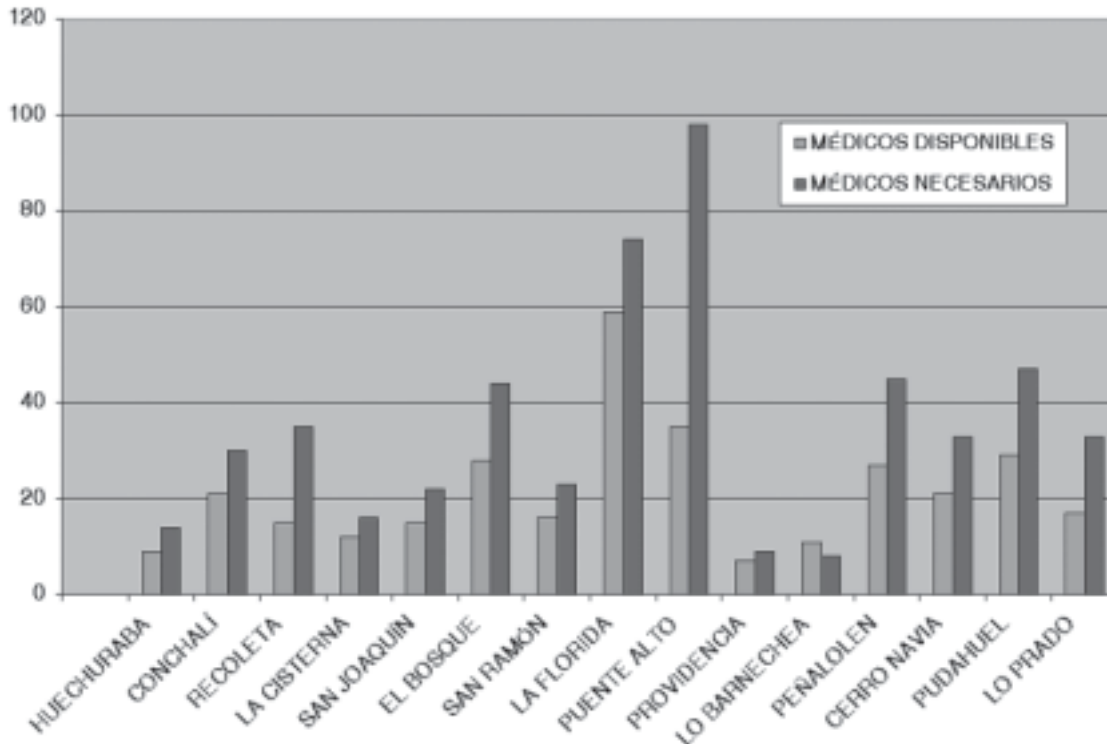
TABLA 4

Disponibilidad y Necesidad de Médicos en el Nivel Primario de Atención de Algunas Comunas Seleccionadas.* Región Metropolitana 2002. Servicio de Salud				
Servicio de Salud	Comuna	Médicos		Déficit
		Disponibles	Necesarios	
Norte	Huechuraba	9	14	5
Norte	Conchalí	21	30	9
Norte	Recoleta	15	35	20
Sur	La Cisterna	12	16	4
Sur	San Joaquín	15	22	7
Sur	El Bosque	28	44	16
Sur Oriente	San Ramón	16	23	7
Sur Oriente	La Florida	59	74	15
Sur Oriente	Puente Alto	35	98	62
Oriente	Providencia	7	9	2
Oriente	Lo Barnechea	11	8	3
Oriente	Peñalolen	27	45	18
Occidente	Cerro Navía	21	33	12
Occidente	Pudahuel	29	47	18
Occidente	Lo Prado	17	33	16

\* En jornadas equivalentes a 44 horas semanales.

Fuente: Departamento de Atención Primaria, Ministerio de Salud (Comunicación personal).

GRÁFICO 2



En 1991, de acuerdo a los estándares técnicos de los programas de esa época, había un déficit de 1.017 médicos (equivalentes a jornadas semanales de 44 horas, o jornada completa) en los consultorios bajo administración municipal. En el año 1994, antes de la promulgación y entrada en vigencia de la Ley 19.378 «Estatuto de Atención Primaria», trabajaban en estos mismos establecimientos 1.078 médicos de jornada completa, la inmensa mayoría de ellos eran médicos chilenos y en el año 2002 trabajan 1.428 médicos de jornada completa. A nivel del país más del 50% de ellos son extranjeros, en comunas urbanas pobres ellos superan el 80% y en algunos consultorios son el 100%. Para cubrir la población hoy inscrita en los consultorios, de acuerdo a los estándares técnicos definidos para el «Plan de Salud Familiar 3» (AUGE en régimen), se necesitarán 2.911 médicos de jornada completa; por lo tanto, el déficit entre lo que hoy existe y lo que se requerirá alcanza a los 1.483 médicos. En otras palabras, en una década el déficit se ha incrementado en 466 médicos de jornada completa.

Otro hecho que agrava la situación es la alta rotación de los médicos que trabajan en los establecimientos municipalizados. Es así, como de acuerdo a datos del Ministerio de Salud, el 43,2 % de ellos tiene una antigüedad menor de un año en esos establecimiento y el 68% no supera los tres años (29). En relación a la carencia de especialistas en los Consultorios; el Ministerio de Salud viene desarrollando desde el año

1998 un programa denominado programa de Especialidades, destinado a resolver la demanda de especialistas a nivel primario. Sin embargo, estos programas a pesar de la evaluación positiva de parte de los encargados de los programas de la División (Departamento) de Atención Primaria, ha recibido serias críticas de parte de los encargados de los programas de la División de Rectoría y Regulación del propio Ministerio de Salud en virtud de la inconsistencia en la definición de la demanda, de las necesidades, del costo-efectividad de la inversión realizada en equipamiento y del encarecimiento en la compra de insumos al desaprovechar las ventajas de la economía de escala, al realizar las transacciones cada municipio

#### 4.- Propuesta: Modalidad Adicional de Destinación y de Formación de Médicos para las Grandes Ciudades.

El problema principal, como lo hemos mostrado antes en este documento, es el grave déficit cuantitativo y cualitativo de médicos en los Consultorios bajo administración municipal. La causa de esta situación es el desinterés de los médicos chilenos de contratarse en dichos establecimientos en el contexto del Estatuto de Atención Primaria Municipal, lo que hace que los cargos que se ofrecen, que además son insuficientes, sean ocupados en más del 50% por médicos extranjeros.

En forma simultánea a la implementación de la propuesta que presentamos, se deberá poner a disposición de la población beneficiaria del Sistema Público, la infraestructura, la tecnología diagnóstica y terapéutica, los medicamentos e insumos y por sobre todo la dotación de todo el personal de salud, en cantidad, tipo y calidad necesarios, para satisfacer plenamente las necesidades objetivas de atención, así como las legítimas expectativas de nuestra población al respecto.

En concreto, la propuesta que la Sociedad Chilena de Salubridad le presentara al Ministerio de Salud en diciembre de 2001, apunta a hacer atractivo el trabajo médico en los Consultorios, generando las condiciones para que el médico se adhiera y se identifique con el quehacer de la Atención Primaria y se pueda ejecutar en este nivel el Modelo de Atención Integral de Salud propuesto por el Ministerio (30).

Se propone crear una segunda alternativa en el «Ciclo de Iniciación y Formación de la Ley 19.664», cuyo objetivo será dotar en forma progresiva a los Consultorios Generales Urbanos de ciudades de más de cien mil habitantes, de la cantidad, tipo y calidad de médicos que estos necesitan para cumplir con los estándares que las normas y programas establecidos por el Ministerio de Salud requieren para su ejecución en estos establecimientos (31;32).

Se procederá a llamar a un Concurso Nacional por oposición de antecedentes, en forma conjunta con el llamado a Concurso para proveer los cargos de Médico General de Zona y sin detrimento de este concurso, con el fin de proveer de Médicos Generales Urbanos en formación en Especialidades Básicas (Medicina Interna, Pediatría, Ginecología-Obstetricia y Psiquiatría General), para trabajar en forma continuada en Consultorios Generales Urbanos designados en jornadas de 24 horas semanales y 20 horas en Hospitales, Centros de Diagnóstico y Tratamiento y Centros de Referencia de Salud del área correspondiente, docente-asistenciales, en atención abierta y cerrada, con el fin de desempeñarse en tareas asistenciales y simultáneamente ser sujetos de un Pro-

grama de Formación Académica acreditada, que los conduzca al final de su contrato de seis años a la certificación universitaria como «Especialista» en las especialidades anteriormente mencionadas.

Al finalizar los seis años de contrato éstos podrán proseguir su carrera funcionaria en el Sistema Nacional de Servicios de Salud, optando a concursar para ingresar a la Etapa de Planta Superior de la Ley 19.664.

## **5.- Las Ventajas de la Propuesta.**

Fortalecerá la integración entre los Consultorios y demás establecimientos de la red, en particular con los hospitales docentes. Esto significa mayor eficiencia del sistema.

El hospital deberá salir hacia la población.

Se fortalecerá la planificación y la organización local, con participación del equipo de salud completo, lo que redundará en mayor efectividad y en mejora de la moral de trabajo.

Se colocará tecnología esencial y especialistas básicos en la primera línea de atención. Se mejorará la efectividad y se abrirá una interesante oportunidad docente y de investigación para las Facultades de Medicina.

Termina con la frecuente rotación de médicos y asegura continuidad de atención.

Pone fin al derroche actual de esfuerzos de capacitación que se pierden por la alta rotación (33).

Reduce la sobrecarga de atención en los Servicios de Urgencia y la derivación innecesaria a los hospitales de problemas que pueden y deben ser resueltos en la primera línea de atención.

En síntesis, la propuesta da cuenta del actual desequilibrio entre hospitales y consultorios, de la descoordinación entre niveles y de la insuficiencia en lo asistencial y en lo académico de especialistas básicos en los hospitales y en los consultorios.

Los especialistas básicos en Chile tienen una alta aceptabilidad cultural, dan satisfacción y confianza a las expectativas de la población. Son parte esencial de la historia de la medicina y de la salud pública chilenas.

## Referencias

- 1.- Torres, R. L. *El médico general en el Servicio Nacional de Salud*, Cuad. Med. Soc. 1961; 2 (2): 29-31.
- 2.- Carabantes J., *Ciclo de destinación: instrumento de equidad en salud*, Cuad. Med. Soc. 1998; 39 (2): 18-26.
- 3.- Instituto Nacional de Estadísticas, *Estadísticas de Chile en el Siglo XX.*, Santiago de Chile, noviembre de 1999.
- 4.- Instituto Nacional de Estadísticas, *Censo 2002. Síntesis de Resultados*, Santiago de Chile, marzo de 2003.
- 5.- Ministerio de Salud, *Política de Salud del Gobierno del Presidente Frei 1998-1999, Énfasis y Prioridades*.
- 6.- Ministerio de Salud, *Situación de Salud*. <http://epi.minsal.cl/epi/html/frames/frame1.htm>
- 7.- Ministerio de Salud, *Estadísticas de Natalidad y Mortalidad*. <http://deisminsal/deis/de12001/est2001.asp>
- 8.- Ipinza, R. M., *Antecedentes históricos de la creación del Servicio Nacional de Salud, trabajo presentado en Sesión Solemne de la Sociedad Chilena de Salubridad, en conmemoración de los 50 años de fundación del Servicio Nacional de Salud*. Santiago, Chile, 8 de agosto de 2002.
- 9.- Illanes, M. A., *En Nombre del Pueblo, del Estado y de la Ciencia, Historia Social de la Salud Pública - Chile 1880/1973*. Editado por el Colectivo de Atención Primaria, Imp. La Unión, Santiago de Chile, febrero de 1993.
- 10.- Laval, L. y García Valenzuela, R., *Síntesis del Desarrollo Histórico de la salubridad en Chile*. El Vigía, Vol. 4, N° 14, Jun. - Dic. De 2001.
- 11.- Mardones, J., *Orígen del Servicio Nacional de Salud*, Rev. Med. Chile, 105: 654, 1977.
- 12.- Rosselot, J., *Orígen, Desarrollo y Perspectivas de las Instituciones de Salud Pública en Chile*, Rev. Med. Chile.: 121, 1075-1085, 1993.
- 13.- Ley 19.378, *Estatuto de Atención Primaria Municipal*.
- 14.- Mensaje de S.E. el Presidente de la República con que se inicia un Proyecto de Ley que modifica el Decreto Ley N° 2.763, de 1979. Mensaje N° 81-347, Santiago, 25 de junio de 2002.
- 15.- Colectivo de Atención Primaria de Salud, *Evaluación de la Atención Primaria: Aspectos Técnicos y Recursos Humanos (Informe Final)*, Santiago de Chile, abril, 1997.
- 16.- Ministerio de Salud, *División de Atención Primaria, Evaluación Programa de Mejoramiento de la Atención en el Nivel Primario de Salud 2001-2002*. Santiago de Chile, marzo 2002.
- 17.- Ministerio de Salud, *Departamento de Atención Primaria (comunicación personal)*.
- 18.- Ugarte J. M., *Los médicos como recurso de salud*, Cuad. Med. Soc. 1963; IV ( 4): 31-36.
- 19.- Ugarte J. M., *Algunas características de los Recursos Humanos Médicos en Chile*, Cuad. Med. Soc. 1968; IX (3): 19-25.
- 20.- Sepúlveda C., Palma R., Rodríguez A., *Distribución del Recurso Médico*. Chile S.N.S., Cuad. Med. Soc. 1972; XIII (3): 23-41.
- 21.- Colegio Médico de Chile (A.G.), *Registro Médico Nacional (comunicación personal)*.
- 22.- Ministerio de Salud, *Departamento de Recursos Humanos (comunicación personal)*.
- 23.- Ipinza R. M., *Los médicos en Chile hoy: Su desigual distribución territorial y por subsistemas de atención*, Cuad. Med. Soc., 1999; XL (2): 15-24.
- 24.- Carabantes J., *Ciclo de Destinación: Instrumento de Equidad en salud*, Cuad. Med. Soc. 1998; 39 (2): 18-26.
- 25.- Ipinza R. M., *Algunas reflexiones acerca de la situación actual de la atención primaria y del nivel primario de atención*, UNEDI, Colegio Médico de Chile (A.G.), Serie Publicación Técnica N° 9, Santiago, 30 de marzo, 1997.
- 26.- Margozzini R. J., *Evaluación del programa de médicos generales urbanos en el Área Metropolitana Norte*, Cuad. Med. Soc. 1978; 19 (4): 23-30.
- 27.- Escobar S. MC., Insunza F. A., *El médico general urbano; un recurso en extinción?* Cuad. Med. Soc. 1981; 22 (3/4): 36-42.
- 28.- Hono J.P., *Los médicos generales de zona. Un sistema en crisis*, Cuad. Med. Soc. 1996; 35 (1): 70-77.
- 29.- Ministerio de Salud, *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 de Chile, agosto 2002.
- 30.- Ministerio de Salud, *Plan de Salud - 1996. Componente Programático*. Chile, 1995.
- 31.- Montoya C., *Aspectos de la formación médica en Chile. Su relación con los conceptos de medicina integral y medicina familiar y con la planificación de recursos humanos para el sistema de salud*, Cuad. Med. Soc. 1998; 39 (2): 42-50.
- 32.- Sociedad Chilena de Salubridad, *Propuesta de medidas urgentes para lograr un mejoramiento significativo y evidente en la cobertura, calidad, equidad, efectividad y eficiencia de la atención primaria de salud en Chile, con repercusiones positivas en la atención hospitalaria*, SOCHISAL, diciembre 2001 (documento presentado a la Ministra de Salud a la fecha).
- 33.- Avendaño, A., Flores, C., Pinto, P., *Programa de apoyo a la atención primaria; Hospital Roberto del Río*. Cuad. Med. Soc. 1998; 39 (2): 57-62.