

COORDINACION DOCENTE ASISTENCIAL

La coordinación permanente entre las instituciones encargadas de dar salud y las instituciones responsables de la formación profesional del equipo de salud, ha sido considerada como elemento fundamental de la asistencia médica.

Una descripción sucinta de las características de la población justifica la necesidad de que el médico durante su formación conozca la realidad local del medio, de los habitantes, de la disponibilidad de recursos materiales, etc. A ello contribuyen las diferentes Tablas que ilustran este relato.

Entre los frutos altamente positivos que ha dado la estrecha relación docente-asistencial se destacan aquellos que en nuestro país han logrado perfeccionar en forma sustancial el estado de Salud de la población.

LA COORDINACION DOCENTE-ASISTENCIAL Y EL MEJORAMIENTO DE LA SALUD

Ponencia oficial al Seminario sobre "Atención Médica y Educación". FEPAFEM - OMS. Caracas - Venezuela 24 - 27 de febrero, 1978

*Dra. CARMEN VELASCO R. **

*Dr. JOSE M. UGARTE A. ***

Desde los inicios de la asistencia médica en Chile, se ha considerado como elemento fundamental para el mejoramiento de la Salud, la coordinación permanente entre las Instituciones encargadas de dar Salud (Ministerio de Salud) y las Instituciones responsables de la formación de profesionales del equipo de salud (Universidades).

Numerosas reuniones internacionales sobre Educación Médica y experiencias de renombrados educadores médicos, plantean actualmente como una necesidad educacional, la existencia de una estrecha relación entre formación médica y atención asistencial. Como la mayoría de los países latinoamericanos enfrentamos importantes problemas de salud, la Educación Médica debe ser enfocada considerando muy especialmente, la política de salud del respectivo país y dirigir sus acciones hacia la constitución, perfeccionamiento o extensión, según sea el caso, de Servicios o Sistemas de Salud, que permitan extender su cobertura a toda la población y junto con ello permitir el aprovechamiento integral de su red asistencial para la formación de profesionales de la salud.

Se ha considerado también conveniente que esta formación contemple en pregrado experiencias continuas a nivel de consultorios y postas de salud urbanas y rurales, considerando que los hospitales de alta complejidad no reflejan la mayor parte de los problemas de salud de la población ni las condiciones en que debe desarrollar su acción el médico en su práctica profesional.

Es por eso recomendable que los organismos responsables de formular, proponer y realizar las políticas de salud, trabajen conjuntamente con las Instituciones Formadoras de Profesionales de la Salud, respetando los derechos y responsabilidades de cada una de ellas.

En Chile, la relación docente asistencial ha sido el resultado de un largo proceso histórico que, iniciándose a fines de la Colonia ha ido perfeccionándose por la experiencia adquirida en más de 150 años. Ha tenido por cierto, dificultades e incomprensiones, pero ha logrado que se mantenga cada vez con mayor énfasis, la interrelación entre formación profesional y asistencia médica.

Las declaraciones de principios de las Universidades Chilenas coinciden en la formación de un médico no especializado, básico o indiferenciado, de alta calidad científica y téc-

(*) Decano Facultad de Medicina Occidente, Universidad de Chile, Presidente Asociación Chilena de Facultades de Medicina. Casilla N° 10455 - Santiago, Chile.

(**) Profesor de Estadística. Facultad de Medicina Occidente.

NIVEL DE SALUD

El examen de la población podría constituir el procedimiento más adecuado para conocer la situación de salud, pero tal sistema sólo es factible si se centra en determinados problemas específicos. Las encuestas de morbilidad y atención médica, en cambio, permiten obtener una idea muy completa de lo que ocurre en una localidad en un momento dado.

A través de un cuestionario autoadministrado en que se realiza en forma anónima una valoración de su estado de salud, las personas definen su edad y sexo y se ubican en una de siete categorías que se indican.

El indicador de salud física obtenido de estas encuestas aparece como un procedimiento simple y factible que expresa las proporciones relativas de inválidos, crónicos, sintomáticos y sanos resumidas en un factor numérico, indispensable para estimar los niveles de salud a través de sistemas de exploración directa.

EL USO DE ENCUESTAS EN LA MEDICION DEL NIVEL DE SALUD

Dr. ERNESTO MEDINA LOIS *

La adecuada estimación del nivel de salud de una comunidad constituye un desafío que no ha sido resuelto satisfactoriamente. La forma más frecuente de medición de este nivel corresponde a la utilización de indicadores de mortalidad tanto del riesgo global de defunción, como la tasa de mortalidad general (defunciones/poblaciones x 1.000 habitantes), el índice de Swaroop (proporción de las muertes totales ocurridas en mayores de 50 años o la expectativa de vida al nacer, como del riesgo de algunas edades específicas, entre los cuales destaca la llamada mortalidad infantil, que expresa las probalidades de muerte del niño en su primer año de vida (defunciones de menores de 1 año/nacidos vivos x 1.000). El frecuente uso de las muertes como

indicadores del nivel de salud se explica porque se dispone de datos proporcionados por el Registro Civil y por el hecho que la información de mortalidad señala los problemas de salud más graves de una comunidad (1) (2) (3) (4). Su principal limitación deriva de que lo que ocurre en cuanto a muertes suele no ser representativo de los problemas de salud habituales de una población, sino tal vez en el caso de la mortalidad infantil, que refleja con razonable exactitud los problemas de salud del lactante menor. La falta de representatividad se entiende si se piensa que las defunciones constituyen una parte destacada, pero poco frecuente, de la pirámide que constituyen los problemas de salud (Cuadro N° 1).

CUADRO N° 1
FRECUENCIA APROXIMADA DE EPISODIOS DE SALUD EN CHILE

N°	\$	Tipo
70.000	0,2	Defunciones anuales
900.000	2	Hospitalizaciones totales anuales
22.000.000	50	Episodios de enfermedad que consultan
22.000.000	50	Episodios que no consultan
44.000.000	100	Total de episodios anuales

(*) Director, Departamento de Salud Pública y Medicina Social, Facultad de Medicina Santiago Norte, Universidad de Chile.

El procedimiento más adecuado para conocer realmente la situación de salud (frecuencia y causas de los problemas de salud) lo

constituye el examen de la población. Dicho sistema, sin embargo, resulta impracticable para el conjunto de las patologías siendo sólo factible cuando se centra en un problema particular (alteraciones citológicas del cuello uterino, desnutrición infantil, caries dentarias, etc.

En comparación con el examen de salud las encuestas de morbilidad y atención médica de una población constituyen un sistema de menor complejidad y costo. Ellas permiten adquirir una idea muy completa de lo que está ocurriendo en una localidad en un momento dado. Se requiere confeccionar un buen cuestionario, escoger una muestra representativa de la población, encuestar, viviendas, codificar los hallazgos, someterlos a compu-

tación y analizar los resultados. El sistema permite dar respuesta al conocimiento de muy diversos aspectos de la morbilidad de una población y de los sistemas de atención empleados para resolverla. En una encuesta reciente practicada por nosotros en noviembre de 1977 en una muestra representativa de la ciudad de Santiago (5) fue posible, por ejemplo, precisar que un 10% de la población sufre de alguna enfermedad crónica y que la demanda satisfecha global de salud alcanza a 2,5 consultas anuales por habitantes.

La principal ventaja de la encuesta reside en el hecho que ellas exploran la condición de salud en una forma mucho más global que la información procedente de otros orígenes (Cuadro N° 2).

CUADRO N° 2

PASOS SUCESIVOS EN LA PRODUCCION DE ENFERMEDAD Y ENTREGA DE ATENCION MEDICA

Pasos	Sistema de exploración
Producción de enfermedad	Examen de población presuntamente sana
Percepción física	Encuestas
Percepción cultural	Encuestas
Decisión de consultar	Encuestas
Solicitud o demanda de consulta	Encuestas
Demanda satisfecha	Consultas realizadas
Hospitalización	Egresos hospitalarios
Muerte	Certificados de defunción

Como todo proceso de búsqueda de evidencia basada en la información que proporciona una persona en una entrevista (historia clínica, sondeo de opiniones, etc.) los resultados de una encuesta dependen enteramente de la veracidad de la información entregada, fenómeno que dice relación con el conocimiento que tenga el encuestado del problema y el deseo de participar esa información.

En el deseo de cuantificar la situación de salud de una comunidad, el Laboratorio de Población Humana de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de California (UCLA) ha desarrollado diversos sistemas para explorar la salud física, mental y social, definida esta última como el grado en que el individuo funciona como miembro de su comunidad (6).

Nos ha interesado aplicar experimentalmente el sistema a una población chilena para apreciar sus posibilidades de utilización en

la medición del nivel de salud de las comunidades nacionales.

Material y método

El instrumento utilizado es un cuestionario autoadministrado, en el que los adultos realizan en forma anónima una valoración de su estado de salud y los padres lo hacen en relación a sus hijos menores. Se pide a las personas que definan su edad y sexo y que se ubiquen en una de 7 categorías caracterizadas en la siguiente forma:

- 1) Incapacidad grave: incapacidad para el trabajo por 6 meses o más; dificultades para alimentarse, vestirse, subir escaleras, salir fuera de la casa.
- 2) Incapacidad media: necesidad de cambiar el tipo de trabajo, el horario o suspender otras actividades por 6 meses o más.
- 3) Existencia de dos enfermedades crónicas en los últimos 12 meses (ejs: afecciones

cardíacas, diabetes, hipertensión arterial, asma, hernia, afecciones vesiculares, etc).

- 4) Existencia de una enfermedad crónica en los últimos 12 meses.
- 5) Existencia de síntomas, sin incapacidad ni existencia de enfermedad crónica: aparición frecuente o habitual de dolor de cabeza, sensación de fatiga, opresión torácica, dolor de cintura, irritabilidad, trastornos digestivos, sensación de falta de aire, palpitaciones cardíacas, etc.
- 6) Sin quejas. Energía habitual para el trabajo y vida diaria de tipo bajo o medio.
- 7) Sin quejas. Energía habitual para el trabajo de tipo alto.

El grupo investigado corresponde a 494 personas (230 varones y 264 mujeres) de nivel económico medio de Santiago (alumnos de cursos de postgrado del Departamento de Sa-

lud Pública y sus grupos familiares) de los cuales un 25,9% corresponde a menores de 15 años; 65,4% a personas entre 15 y 64 años y 8,7% a individuos de 65 años y más, estructura poblacional similar a la de la ciudad de Santiago.

El cuestionario lleva impresa las categorías antes anotadas y es contestado con rapidez y facilidad por cualquier persona.

Resultados

El cuadro N° 3 muestra la caracterización de las personas según estado de salud. El cuadro N° 4 presenta las variaciones del estado de salud según edad y sexo. En el cuadro N° 5 se ha calculado el promedio de los valores autoadjudicados de nivel de salud (de 1 a 7) para cada edad. Como dicho promedio alcanza a 5,82 puntos para el total, este valor equivale a 83% del máximo o salud ideal.

CUADRO N° 3

DISTRIBUCION DE LAS PERSONAS SEGUN SEXO Y ESTADO DE SALUD

Estado de salud	Distribución porcentual		
	Varones (n = 230)	Mujeres (n = 264)	Total (n = 494)
1. Incapacidad grave	1	1	1
2. Incapacidad media	1	1	1
3. Dos enfermedades crónicas	1	3	2
4. Una enfermedad crónica	6	8	7
5. Presencia de síntomas	19	25	22
6. Sin quejas, energía media o baja	29	32	31
7. Sin quejas, energía alta	43	30	36
Total	100	100	100

El gráfico N° 1 presenta las variaciones de este índice de salud a lo largo de la vida en ambos sexos. El gráfico 2 compara las variaciones a lo largo de la vida de defunciones, egresos hospitalarios e índice de salud.

La información del cuadro N° 3 revela que en este estudio de prevalencia de un grupo de personas, la frecuencia de incapacidad alcanza al 2% de la población; la percepción de existencia de una o más enfermedades crónicas a un 9%, la presencia de síntomas a un 22%, restando, en consecuencia, un 67% de personas sanas. De acuerdo a los resultados del cuadro N° 4, puede advertirse que las mujeres registran una ligera mayor proporción de enfermedad crónica y de personas con síntomas con una menor cuota de personas sin quejas; las diferencias entre ambos sexos no

alcanzan significado estadístico (p.0,05-0,10). En cambio, la edad representa un factor de gran significado apreciándose un deterioro lento pero sistemático del nivel de salud a partir de los 20 años y con una disminución importante en el grupo de 80-89 años (Cuadro N° 5 y Gráfico N° 1).

Como puede observarse en el gráfico N° 2, que presenta los valores observados para tasa de defunción, tasa de egresos hospitalarios (excluyendo los partos normales) y resultados del índice de salud obtenido por encuestas en los diversos grupos de edad, con los tres indicadores se aprecia una mejor situación del grupo de 10-19 años en comparación con el de menores de 10 años; a partir de los 20 años, los 3 indicadores muestran un deterioro progresivo de la situación de salud.

CUADRO N° 4

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LAS PERSONAS SEGUN SEXO, EDAD Y ESTADO DE SALUD

Estado de salud	Edades (años)									
	Varones	0-9	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70 y +	Total
1	—	3	2	2	—	—	—	11	1	
2	—	—	—	—	4	8	—	11	1	
3	—	—	—	—	—	—	—	33	1	
4	—	—	—	2	4	8	37	33	6	
5	7	5	16	26	42	42	32	11	19	
6	42	13	25	38	37	16	26	—	29	
7	51	79	57	31	13	25	5	—	42	
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	
(n)	(45)	(38)	(44)	(39)	(24)	(12)	(19)	(9)	(230)	
Mujeres										
1	—	—	—	—	—	—	5	11	1	
2	—	—	—	—	4	—	9	—	1	
3	2	—	—	2	—	17	—	21	3	
4	2	3	—	4	7	11	40	29	8	
5	2	3	21	30	53	55	32	36	25	
6	30	20	50	52	18	17	14	—	32	
7	63	73	29	12	18	—	—	—	30	
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	
(n)	(49)	(30)	(52)	(51)	(28)	(18)	(22)	(14)	(264)	

CUADRO N° 5

PROMEDIOS DE VALORES DE NIVEL DE SALUD Y PORCENTAJES DE LA SALUD IDEAL SEGUN SEXO Y EDAD

Edades	Ambos sexos		Varones		Mujeres	
	Promedio de valores	% de salud ideal	Promedio de valores	% de salud ideal	Promedio de valores	% de salud ideal
0-9	6,48	93	6,44	92	6,51	93
10-19	6,62	95	6,58	94	6,67	95
20-29	6,18	88	6,30	90	6,08	87
30-39	5,80	83	5,95	85	5,69	81
40-49	5,40	77	5,46	78	5,36	77
50-59	4,97	71	5,33	76	4,72	67
60-69	4,61	66	5,00	71	4,27	61
70-79	3,84	55	3,50	50	4,09	58
80-89	2,00	29	1,00	14	2,33	33
Total	5,82	83	5,95	85	5,70	81

GRAFICO N° 1

INDICE DE SALUD SEGUN SEXO Y EDAD

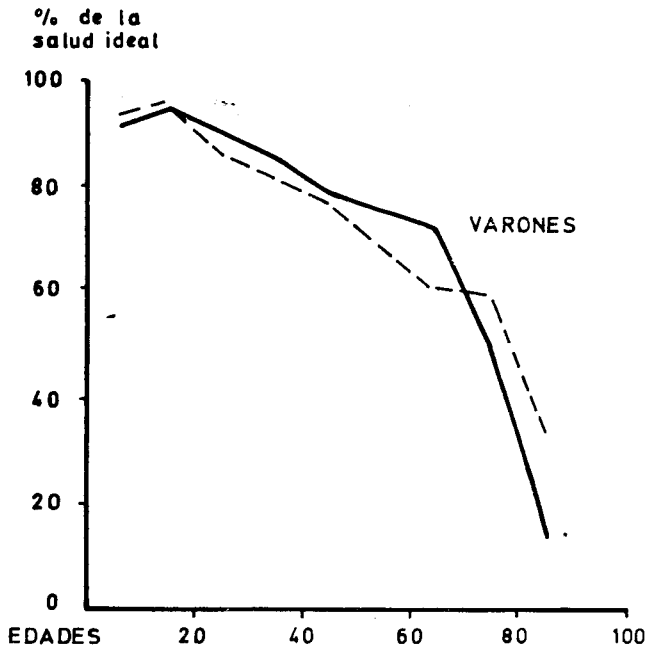
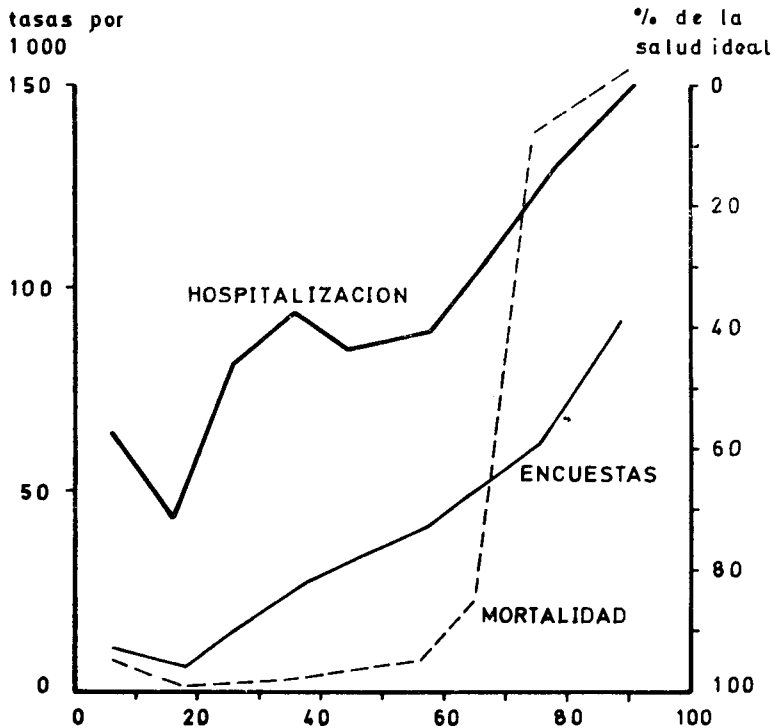


GRAFICO N° 2

MORTALIDAD, HOSPITALIZACIONES E INDICES DE SALUD OBTENIDOS POR ENCUESTAS SEGUN EDAD



La tendencia del índice obtenido en las encuestas es similar a la de las hospitalizaciones, con la salvedad del aumento observado en éstas últimas entre los 30 y 49 años, que corresponde a la patología gestacional y en particular a los abortos. Las defunciones, en cambio, se caracterizan por indicar bajos riesgos a lo largo de la vida junto a un deterioro muy acentuado después de los 70 años.

Comentario

En términos generales, los indicadores de salud cumplen tres funciones básicas: 1) de información pública, con el propósito de alertar a una comunidad sobre la situación existente y las medidas de control necesarias; 2) de administración, por cuanto los índices ayudan a mejorar la planificación y las decisiones administrativas y 3) de progreso médico, ya que los indicadores evidencian aquellos problemas de mayor significado y permiten medir el resultado de los esfuerzos que se están realizando.

Para que un indicador sea útil se requiere que sea válido, confiable (sensible y específico), repetible, simple, factible y barato. La necesidad de contar con buenos indicadores de salud ha estimulado la investigación en este campo (6) (7) (8) (9), pero no se han conseguido resultados definitivos. Las fuentes de datos y el costo son las mayores limitantes para resolver este problema. De ahí, por ejemplo, la frecuente utilización de la tasa de mortalidad infantil, cuya construcción requiere sólo un adecuado conocimiento del número de muertes ocurridas en menores de un año y el número de nacidos vivos en el curso de un año calendario.

El indicador de salud física obtenido de encuestas de población, motivo de esta comunicación, aparece como un procedimiento simple y factible y que explora las proporciones relativas de inválidos, enfermos crónicos, personas sintomáticas y población sana, proporciones que pueden resumirse en un indicador numérico único que oscila entre un valor 7, correspondiente a la plena salud hasta un valor 1, indicador de una incapacidad completa. Su limitación reside, obviamente, en la confiabilidad de la información obtenida.

Creemos que cabe continuar explorando este tipo de mediciones del estado de salud de

las poblaciones. En la medida que la mortalidad continúa declinando en nuestro país, alcanzando en 1977 a valores de 7,0 por mil habitantes en la tasa de mortalidad general y estando relativamente cercanos a los valores más bajos conocidos en países con información demográfica confiable (5,0 a 5,2 en Costa Rica, Hong Kong y Singapur) llegará a corto plazo un momento en el que las variaciones de la mortalidad serán muy escasas y no representativas del estado real de salud de la población. En esta situación resultará indispensable estimar el nivel de salud del país y de las diversas comunidades a través de sistemas de exploración directa como el que hemos presentado.

REFERENCIAS

- 1.— **MEDINA, E.**— La situación de salud chilena, 1970-1972. *Rev. Méd. Chile* 102: 150, 1974.
- 2.— **MEDINA, E.**— La salud: necesidad social del mundo actual. *Rev. Méd. Chile* 103: 451, 1975.
- 3.— **MEDINA, E.**— Las condiciones de salud de los chilenos. *Vida Médica* 27: 12 (mayo-Junio) 1976.
- 4.— **MEDINA, E. y CRUZ COKE, R.**— Chilean medicine under social revolution. *New England J. Med.* 295: 193, 1976.
- 5.— **MEDINA, E. y KAEMPFER, A. M.**— Morbilidad y atención médica en el Gran Santiago (por publicarse).
- 6.— **BRESLOW, L.**— A quantitative approach to the W. H. O. definition of health: physical, mental and social well-being. *Int. J. Epidemiol.* 1: 347, 1972.
- 7.— **GOLDSMITH, S. V.**— Valor de los indicadores del estado de salud. Publicaciones de C. L. A. M. Traducciones N° 43, Buenos Aires, 1974.
- 8.— **TERRIS, M.**— Approaches to an epidemiology of health. *Amer. J. Pub. Health* 65: 1037, 1975.
- 9.— **MORIYAMA, I. M.**— Problems in the measurement of health status. En "Indicators of social change" edited by E. Sheldon and W. W. Moore. Russel Sage Foundation, New York, 1968.

nica, de acuerdo a las necesidades de salud del país, las exigencias de la asistencia médica, su rol en la comunidad, y la práctica de firmes principios éticos y humanitarios. El logro de esta formación no es un proceso fácil. Es necesario tener presente que en el pasado la enseñanza ha estado fundamentalmente centrada en Hospitales con gran complejidad de recursos, prácticamente no reproducible en la mayoría de los establecimientos asistenciales del país. Ha sido necesario, por lo tanto, ampliar el campo de enseñanza, utilizando todos los recursos de salud de que dispone el país.

El hecho de que Chile tenga una estructura asistencial poderosa, distribuida a lo largo de todo el país, dependiente del Ministerio de Salud, ha permitido que las Facultades de Medicina utilicen los recursos de ambas Instituciones: Universidades y Ministerio de Salud, para lograr la formación deseada, tanto en *Pre* como en *Postgrado*.

Esta relación docente asistencial, de por sí compleja, ha hecho necesario la creación en 1974, de la COMISION NACIONAL DOCENTE ASISTENCIAL DE SALUD (CONDAS), encargada "de la coordinación de las actividades que deben realizar conjuntamente para el desarrollo de programas docentes asistenciales en el área de la Salud, las instituciones dependientes o que se relacionen con el Ejecutivo por intermedio del Ministerio de Salud Pública, el Consejo Consultivo de Salud, la Universidad de Chile, y Universidades recono-

cidas por el Estado". Esta integrada por el Ministerio de Salud, que la dirige, la Asociación Chilena de Facultades de Medicina, Colegio Médico de Chile, y representantes de otros Organismos Estatales.

Hemos creído conveniente hacer una descripción sucinta de algunas características de Chile y su población que, a nuestro juicio justifican la necesidad de que el médico durante su formación pueda conocer la realidad local del medio en que posteriormente le tocará actuar, el cual presenta con frecuencia diferencias importantes con el medio donde transcurre su formación profesional, en especial lo referente a recursos de diagnóstico y tratamiento.

Chile junto a su gran desproporción entre su longitud, 4.270 kms. y su ancho medio, 180 kms. es un país extraordinariamente montañoso con gran variedad de condiciones climáticas, desierto en el norte y nieve en la zona austral. El hecho de que el 73% de su superficie continental esté constituida por desiertos, zonas escarpadas y montañosas, limita la superficie agrícola a unos 200.000 kms² ubicados en la zona central y sur del país, lo que dificulta el abastecimiento de alimentos a las zonas extremas del país.

Tenemos una población estimada en 1977 de 10.655.000 habitantes, y su estructura corresponde a una población joven, que está presentando indicios de transición a la de tipo intermedio (0 - 14 años 35,7%, 15 a 64 años 59,2%, 65 y más 5,1%). Tabla N° 1.

TABLA N° 1

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LA POBLACION CHILENA 1975 - 1985 - 2000

Grupos de edad	PORCENTAJE		
	1975	1985	2000
0 a 14 años	35,7	33,1	30,1
15 a 64 años	59,2	61,4	63,6
65 años y más	5,1	5,5	6,3
TOTAL	100,0	100,0	100,0

El Sector Salud en 1975 otorgó 9,9 egresos hospitalarios y 150 consultas médicas por 100 habitantes. Esto destaca la importancia que tiene en la formación del médico el adquirir experiencia en Consultorio Externo ya que sólo un 7% de los pacientes ambulatorios se hospitalizan, en general los de mayor gravedad. Por otra parte el tipo de demanda de atención médica de los Consultorios aproximadamente en un 50% corresponde a cuadros respiratorios, circulatorios, digestivos, infecciosos y parasitarios, los que en general corresponden a formas clínicas que no requieren hospitalización.

Cada Facultad o Escuela de Medicina se encuentra inserta en un Area de Salud con un Hospital Base de Area y, junto con el Ministerio de Salud, tiene responsabilidad en la atención de la salud de la población a cargo, en menor o mayor grado, según sus posibilidades.

En estos Hospitales y Areas de Salud el aporte de ambas Instituciones es importante en recursos humanos como materiales. La enseñanza básica y preclínica es responsabilidad exclusiva de las Universidades.

Este proceso de integración se ha denominado en otros países Regionalización Docente Asistencial, concepto que requiere una aclaración para evitar errores de interpretación.

En Chile, la integración en un Area de Salud, de Ministerio y Facultad de Medicina, no tiene nombre pues es el trabajo lógico de conjunto. Sin embargo la llamaremos Regionalización Docente Asistencial del Area de Salud correspondiente.

El otro sistema que nosotros llamábamos

Regionalización Docente Asistencial de una Facultad de Medicina y su Area de Salud con otra Región del país, generalmente alejada, es aquella que por un mecanismo de doble cauce, permite a una Facultad colaborar con los Organismos de Salud de la región alejada, para mejorar el nivel de salud local y ofrecer sus propios recursos para el perfeccionamiento del personal de salud y la otorgación de una atención médica de mayor nivel y complejidad a la población de esa región. Cada Facultad tiene una Región asignada. Como ejemplo, debemos señalar la experiencia de trece años de la Facultad de Medicina Occidente de la Universidad de Chile y Area Occidente de Salud de la Región Metropolitana, con la IX Región, que a logrado no solo el perfeccionamiento profesional del equipo de salud, sino que ha culminado con la creación de la Escuela de Medicina de Temuco, a 600 kms. de Santiago.

Esta relación docente asistencial con el Servicio Nacional de Salud tiene gran significado ya que este organismo como institución mayoritaria del Sector Salud dispone de un gran volumen de recursos asistenciales distribuidos en todo el país que le permitan cumplir con su obligación legal de dar atención preventiva al 100% de la población y atención curativa al 75% de ella. Esta participación del Servicio Nacional de Salud se resume en las Tablas N° 2 que muestra los recursos y atenciones prestadas por diversas instituciones del Sector Salud y la Tabla N° 3 que detalla los establecimientos del Servicio Nacional de Salud según tipo de atención, abierta y cerrada, en el país.

TABLA N° 2

RECURSOS Y ATENCIONES DEL SECTOR SALUD SEGUN INSTITUCION. CHILE 1975

Institución	Camas N°	Hosp. %	Egresos N°	Hosp. %	Consultas N°	Médicas (*) %
Servicio Nacional de Salud	33.772	86,9	887.641	87,6	11.616.077	74,6
Universidades (**)	1.421	3,7	36.833	3,6	248.859	1,6
Otros Organ. Estatales y Particulares	3.643	9,4	89.405	8,8	3.698.967	23,8
Total del sector salud	38.626	100,0	1.013.879	100,0	15.563.903	100,0

(*) Incluye las Consultas de Urgencia otorgadas por el S.N.S.

(**) Corresponde a 1.098 camas del Hospital José Joaquín Aguirre, de la Universidad de Chile y a 323 camas del Hospital Clínico de la Universidad Católica.

TABLA N° 3

**TIPO Y NUMERO DE LOS ESTABLECIMIENTOS
ASISTENCIALES DEL SERVICIO NACIONAL
DE SALUD — CHILE 1975**

Tipo de establecimiento	
Hospitales	230
Menos de 20 camas	40
20 a 49 camas	57
50 a 59 camas	54
100 a 199 camas	31
200 camas y más	48
Consultorios Periféricos	149
Postas	846
Asilos, Hospicios y Hogares	40
TOTAL	1.265

De acuerdo a la distribución geográfica de estos recursos el Servicio Nacional de Salud ha puesto a disposición de las diferentes Es-

cuelas de Medicina según su ubicación en el país la cantidad que se indica en la Tabla N° 4.

T A B L A N° 4

**RECURSOS ASISTENCIALES DEL SERVICIO NACIONAL DE SALUD A DISPOSICION
DE LAS UNIVERSIDADES — CHILE 1975**

Tipo Recurso	Total del S. N. S.	N° disponible para las Universidades	Porcentaje recursos disponibles
Camas Hospitalarias	33.772	13.458	39,8%
Consultorios Periféricos	148	119	80,4%
Postas	836	41	4,8%

TABLA N° 5

**DISTRIBUCION DE LAS CAMAS DISPONIBLES PARA DOCENCIA SEGUN INSTITUCION
CHILE 1975**

Institución	N° camas	Porcentaje
Servicio Nacional de Salud	13.458	90,1
Hosp. J. J. Aguirre	1.098	7,3
Clínica Psiquiátrica	60	0,4
Hosp. Clínico Univ. Católica	323	2,2
TOTAL	14.939	100,0

El total de camas disponibles para docencia es superior al indicado debido a que se debe incluir las camas de los dos Hospitales Universitarios, el José Joaquín Aguirre, el Hospital Clínico de la Universidad Católica y la Clínica Psiquiátrica de la Universidad de Chile, pero como se puede observar en la Tabla N° 5 la participación del S.N.S. es importante.

Esta colaboración permite que eventualmente 5.874.856 personas en las Areas de Salud donde existen centros docentes, o sea el 57,3% de la población total pueda beneficiarse con la acción docente asistencial.

Con el fin de visualizar mejor las posibilidades de utilización de recursos asistenciales estatales por parte de las Escuelas de Medicina, tenemos en la Tabla N° 6 la distribución de estos recursos disponibles para las diversas Facultades de Medicina. Chile tiene 10 Facultades o Escuelas de Medicina; sólo incluimos 9 en esta presentación porque la Escuela de Medicina de Antofagasta de la Universidad de Chile tiene temporalmente suspendida la Carrera de Medicina, pero continúa impartiendo las otras Carreras de la Salud.

TABLA N° 6

DISTRIBUCION DEL NUMERO DE CAMAS HOSPITALARIAS Y DE CONSULTORIOS DEL S. N. S. Y UNIVERSIDADES DISPONIBLES PARA LA DOCENCIA MEDICA SEGUN ESCUELA DE MEDICINA SEGUN ESCUELA DE MEDICINA — CHILE 1975

Escuela de Medicina	N° camas hospitalarias		N° Consultorios		
	S. N. S.	Universit.	Adosad.	Perif.	Post.
UNIVERSIDAD DE CHILE					
—Norte	986	1.158	4	19	—
—Sur	2.382	—	4	24	2
—Occidente	1.572	—	6	18	12
—Oriente	2.000	—	2	15	—
—Valparaíso	2.021	—	4	22	2
—Temuco	883	—	4	10	7
UNIVERSIDAD CATOLICA DE CHILE	720	—	4	9	4
UNIVERSIDAD DE CONCEPCION	2.173	—	10	1	8
UNIVERSIDAD AUSTRAL DE CHILE	721	323	6	1	6
TOTAL	13.458	1.481	44	119	41

Con el fin de evaluar el significado que pueda tener el uso de estos recursos disponibles se han elaborado dos indicadores, uno que es la relación entre el número de camas hospitalarias disponibles para la docencia y el número de alumnos de 3° a 7° año de Medicina de cada Facultad. El otro es la relación entre el número de consultas médicas anuales que se otorgan en los establecimientos indicados para cada Facultad y el número de

alumnos de 3° a 7° año. Para el cálculo de este último indicador, no se ha utilizado el número total de consultas médicas sino que sólo el 30% de ellas considerando que es la proporción que está directamente vinculada con la docencia médica como promedio anual dentro del período de años de estudios indicado. Los resultados de estos 2 indicadores se muestran en las Tablas N° 7° y 8.

TABLA N° 7

NUMERO DE CAMAS DISPONIBLES PARA LA DOCENCIA POR ALUMNO DE 3° A 7° AÑO DE ESTUDIO POR ESCUELA DE MEDICINA — CHILE 1975

Escuela de Medicina	N° camas hosp. disponible	N° alumnos 3° a 7° Año	N° camas disp. por alumno
UNIVERSIDAD DE CHILE			
—Norte (*)	2.144	801	2,68
—Sur	2.382	354	6,73
—Occidente	1.572	223	7,05
—Oriente	2.000	241	8,30
—Valparaíso	2.021	271	7,46
—Temuco	883	110	8,03
UNIVERSIDAD CATOLICA DE CHILE (**)	1.043	304	3,43
UNIVERSIDAD DE CONCEPCION	2.173	830	2,62
UNIVERSIDAD AUSTRAL DE CHILE	721	160	4,51
TOTAL	14.938	3.294	4,53

Es indudable que la cifra de camas hospitalarias por alumno de que dispone cada Escuela de Medicina no es utilizada en su totalidad por cada una de ella sino que lo es en grado variable de acuerdo a sus posibilidades. La posibilidad de utilización de estos recursos tiene gran valor para los cupos de matrícula de las diferentes Escuelas. Así por

ejemplo si la Facultad de Medicina Norte de la Universidad Católica de Chile solo dispusieran de sus propias camas hospitalarias universitarias, la relación N° de camas disponibles por alumno descendería a 1,45 para la Facultad de Medicina Norte de la Universidad de Chile y a 1,06 para la Facultad de Medicina de la Universidad Católica de Chile.

TABLA N° 8

NUMERO DE CONSULTAS MEDICAS ANUALES DISPONIBLES POR ALUMNO DE 3° A 7° AÑO DE ESTUDIO POR ESCUELA DE MEDICINA — CHILE 1975

Escuela de Medicina	N° de consultas médicas (*)	N° alumnos 3° a 7° Año	N° coisultas médicas anuales disp. por alumno
UNIVERSIDAD DE CHILE			
—Norte (**)	226.719	801	283,04
—Sur	371.214	354	1.048,63
—Occidente	245.035	223	1.098,81
—Oriente	194.700	241	807,88
—Valparaíso	166.922	271	615,95
—Temuco	71.914	110	653,76
UNIVERSIDAD CATOLICA DE CHILE (**)	97.658	304	321,24
UNIVERSIDAD DE CONCEPCION	159.399	830	192,05
UNIVERSIDAD AUSTRAL	48.094	160	304,59
TOTAL	1.581.655	3.294	Promedio 480,16

Tal como en el caso anterior la disponibilidad de consultas médicas anuales por alumno no es utilizada en su totalidad por cada una de las Escuelas de Medicina sino que en grado variable. Si la Facultad de Medicina Norte de la Universidad de Chile y la Facultad de Medicina de la Universidad Católica dispusieran únicamente del 30% de las consultas de sus establecimientos asistenciales propios, la relación N° de consultas médicas anuales disponibles por alumno descendería a 79,09 para la Facultad de Medicina Norte de la Universidad de Chile y a 37,21 para la Facultad de Medicina de la Universidad Católica de Chile.

Debemos destacar que la integración demostrada en la atención médica entre Ministerio de Salud y Universidades, en la formación médica de pregrado, es también válida para la formación de los otros profesionales integrantes del equipo de Salud.

Chile ha sido pionero en buscar y lograr una distribución territorial armónica de sus profesionales médicos con políticas de incentivos. Ya en Agosto de 1953 la Revista Vida Médica, señala el proyecto de crear una "Planta Móvil" para procurar interesar a los Médicos de nuevas promociones en ocupar cargos en lugares apartados o de escasa población.

Actualmente la Comisión Nacional Docente Asistencial analiza permanentemente este problema y ha perfeccionado el sistema existente por muchos años.

Ha elaborado un sistema que ha denominado "Profesionales en Ciclo de Destinación" es una modalidad de contrato que ofrece para los Médicos Cirujanos y Odontólogos, con incentivos económicos y de perfeccionamiento profesional.

Su propósito es asegurar una adecuada distribución de profesionales en el Territorio Nacional. Considerando tanto la atención primaria como el desarrollo armónico de especialidades para centros de mayor complejidad en provincias como en centros Metropolitanos. Considera también la necesidad de reforzar los centros docentes asistenciales existentes, así como la posibilidad de acreditar nuevos centros con estas características.

La Asociación Chilena de Facultades de Medicina es la encargada de acreditar anualmente los centros de formación de Postgrado, así como de señalar los cupos correspondientes en las diversas especialidades.

El Ministerio de Salud llama a concurso nacional para postular a este sistema que es el siguiente:

TABLA N° 9

PROFESIONALES EN CICLO DE DESTINACION

1.— Médico General Zona Rural o Urbana	(2 a 5 años)
— Médico Becario Retorno	(2 a 3 años)
2.— Médico Becario Primario	(2 a 3 años)
— Médico en Práctica Controlada	(2 a 3 años)
3.— Médico General en Especialidad Básica	(4 años)
— Médico en Estada de Perfeccionamiento (*)	(2 años)

El Médico General de Zona, Rural y Urbana tiene contratos en localidades y establecimientos del S.N.S. donde se desea incentivar la incorporación del profesional para cumplir una labor asistencial, recibiendo remuneraciones con incentivos especiales que man-

tiene posteriormente durante su formación de postgrado, bajo la tuición de una Facultad o Escuela de Medicina.

El Becario Primario al terminar su formación debe trabajar en un establecimiento de provincia, previamente aceptado por dos o tres años.

Con esta coordinación entre Sector Formador y Sector Utilizador, entre Universidades y Ministerio de Salud, Chile va logrando un

mejoramiento de la Salud, como lo demuestran los principales indicadores de Salud, entre 1960 - 1976. Tabla N 10.

TABLA N° 10
PRINCIPALES INDICADORES DE SALUD DE CHILE 1960 - 1976

Año	T A S A S						
	Mortalid. General	Mortalid. Infantil	Mortalid. Neo Nat.	Mortalid. 28 d.-11 m.	Mortalid. 1 a 4 a.	Mortalid. Materna	Mortalid. x Tbc.
1960	(1) 12,3	(2) 120,3	(2) 35,2	(2) 85,1	(4) 8,2	(2) 3,1	(3) 52,9
1965	10,8	95,4	33,5	61,9	5,1	2,8	42,6
1970	8,9	79,3	31,3	48,0	3,5	1,7	26,4
1975	7,2	55,4	24,8	30,6	2,2	1,3	18,8
% Cambio 60-75	-41,5%	-54,9%	-29,5%	-64,0%	-73,2%	-58,1%	-64,5%
1976	7,6	53,7	23,5	30,2	—	1,1	19,1

(1) Tasa por 1.000 habitantes.

(2) Tasa por 1.000 nacidos vivos.

(3) Tasa por 100.000 habitantes.

(4) Tasa por 1.000 habitantes 1 a 4 años.

La esperanza de vida al nacer en Chile; que en 1940 era de 41,9 años, ha llegado en 1970 a 60,6 años, y entre 1975 y 1980 se espera que sea de 64,4 años.

Comentario

- Más de un tercio de las camas dependientes del Ministerio de Salud (37,6%) pueden ser utilizadas por las Escuelas de Medicina.
- Del total de camas que podrían ser destinadas a la docencia el 90,1% pertenecen a organismos dependientes del Ministerio de Salud, el 7,7% a la Universidad de Chile y el 2,2 a la Universidad Católica de Chile.
- La existencia de Escuelas de Medicina en diversos lugares del país permite a más de la mitad de la población total (57,3%) beneficiarse con la docencia médica lo que significa poner a su alcance una atención médica de mayor calidad.
- La posibilidad de usar el 71,6% de los Consultorios Periféricos y el 4,8% de los

Postas que dispone el Servicio Nacional de Salud permite al alumno ver y tratar la patología prevalente en la población que en su gran mayoría no requiere hospitalización.

Por lo anteriormente expuesto podemos concluir que la estrecha relación docente asistencial que existe en Chile, ha dado frutos altamente positivos. Entre ellos queremos destacar lo siguiente:

- 1.— Lograr un consenso de las características del médico que el país requiere de acuerdo a sus políticas de Salud.
- 2.— Analizar la formación profesional periódicamente gracias a las estrechas relaciones existentes entre Sector Formador y Sector Utilizador y Colegio Médico.
- 3.— Formar a los estudiantes de Medicina y de otras carreras de salud, dentro de la realidad médico social del país, utilizando para su formación clínica niveles de alta complejidad como son los hospitales bases de áreas o universitarios, y niveles de baja complejidad y alta cobertura como son los consultorios periféricos y postas rurales.
- 4.— Utilización de todos los recursos humanos y materiales disponibles, de Minis-

terio de Salud y universitarios, evitando la duplicación de ellos, y generando centros médicos de alta capacitación en diversos hospitales, tanto en Santiago como en otras Regiones.

- 5.— Posibilidades de formación de un mayor número de profesionales del que hubiere sido posible si se utilizaren sólo los recursos universitarios.
- 6.— Participación de los Profesionales y alumnos de la Universidades en la atención médica de la población del área de Salud, e incorporación a la docencia de profesionales dependientes del Ministerio de Salud, los que tienen reconocimiento universitario y pueden hacer la Carrera Académica correspondiente.
- 7.— Distribuir el recurso médico en áreas rurales y suburbanas, ampliando la cobertura en Salud, mediante programas definidos que tienen estímulos profesionales y económicos. (Profesionales en Ciclo de Destinación).
- 8.— Formación de Especialistas en Centros Acreditados, ya sea de Residentes Becarios Primarios, que se distribuyen posteriormente en provincias, mejorando la calidad de las prestaciones médicas, o de Médicos Generales de Zona que retornan para su formación.
- 9.— Regionalización Docente Asistencial de cada Facultad de Medicina con determinada Región del país, para dar a su Hos-

pital base, sus hospitales rurales y postas, apoyo docente y asistencial.

- 10.— Los principales indicadores de Salud de Chile han ido mejorando en forma sustancial. La mortalidad infantil ha bajado de 79,3% en 1970 a 53,7% en 1976. La expectativa de vida al nacer ha subido de 41,9 años en 1940 a 60,6 años en 1970, y lo esperado entre 1975-80 es de 64,4 años.

Por último, deseo señalar que como el médico chileno ha sido formado en este medio, la relación docente asistencial es relativamente fácil. Los escollos que se han presentado se subsanan con la comprensión y generosidad de las instituciones participantes.

Hay muchos aspectos que deben ser perfeccionados para que esta relación sea una real integración. Es tarea de los médicos actuales y de los recursos que aporten ambas Instituciones: Ministerio de Salud y Universidades, para que esto sea una realidad homogénea en todo el país.

Solo hemos relatado la experiencia chilena sobre Coordinación para el Mejoramiento de la Salud.

Cada país debe buscar su propio sistema de coordinación, reconociendo que no es posible modificar la salud de una población si no aunan esfuerzos las Instituciones encargadas de la formación profesional, de la dación de salud, de la educación y por sobre todo mejorar las condiciones de vida de sus habitantes.

BIBLIOGRAFIA

- 1.— **GOIC, ALEJANDRO.**— El Modelo Chileno de Relación Docente-Asistencial. Rev. Méd. Chile 103: 38, 1975.
- 2.— **PARROCHIA, ESTEBAN.**— Regionalización Docente-Asistencial. Perfeccionamiento Continuo de post-grado y Adiestramiento en Servicio. VI Conferencia Pan-Americana de Educación Médica. Río de Janeiro - Brasil - 1976.
- 3.— Informe final Primera Reunión sobre principios básicos para el desarrollo de la Educación Médica en la América Latina y el Caribe. Publicación Científica N° 341. OPS/OMS, 1977.
- 4.— **NEGhme, A.**— La Educación Médica y el Servicio Nacional de Salud. Rev. Médica - Chile - 105: 668-1977.
- 5.— **MARDONES, JORGE.**— Origen del Servicio Nacional de Salud. Rev. Médica, Chile 105: 654, 1977.
- 6.— **URZUA, HERNAN.**— Estructuración inicial del Servicio Nacional de Salud. Rev. Médica Chile 105: 659, 1977.
- 7.— **MEDINA LOIS, ERNESTO.**— Evaluación de la Salud Pública en Chile en los últimos 25 años. Rev. Médica, Chile 105: 739, 1977.
- 8.— Antecedentes e Informe final - Tercera Conferencia de Facultades Latino-Americanas de Medicina, 1962.
- 9.— Decreto N° 750 del Ministerio de Salud Pública. Diario Oficial de la República de Chile N° 28.755, del 19-1-1974.
- 10.— **NEGhme, A.**— Evolución de la Enseñanza Médica en Chile: Desde la inauguración de la Escuela de Medicina hasta julio de 1968. Rev. Médica, Chile 100: 825, 1972.
- 11.— **LAVAL, E.**— Historia del Hospital San Juan de Dios de Santiago. Stanley, Santiago de Chile, 1954.
- 12.— **BELLO, A.**— Discurso pronunciado en la instalación de la Universidad de Chile. Anales de la Universidad de Chile 1843-1844.
- 13.— **FIGUEROA, L.**— La Educación de Graduados en Chile. Rev. Médica, Chile 102: 462, 1974.
- 14.— Ministerio de Salud Pública, Servicio Nacional de Salud. Reglamentos para médicos que ingresan al S. N. S. y para la Regionalización Docente-Asistencial. Santiago de Chile, 1974.
- 15.— **DONOSO, INFANTE, A.**— La regionalización como instrumento docente. Rev. Médica, Chile 96: 349, 1968.
- 16.— **HERVE, L.**— Enseñanza de la Medicina y Formación de Médicos en la Universidad de Chile. Rev. Médica, Chile 100: 809, 1972.
- 17.— Nuevo Estatuto Orgánico de la Universidad de Chile, 1971.
- 18.— **PRYSES, M.**— Merging Medical Education and Medical Care. Hosp. Med. Staff 2, August 1973.
- 19.— **ACHESON, E. A.**— University, Medical School and Community. Brit. Med. J. June 1970, p. 683.
- 20.— Estimaciones de Población. Regiones-Provincias-Comunas (Áreas de Salud) 1975-1976. Noviembre 1975. Ministerio de Salud Pública. Unidad de Planificación Sección de Información Estadística.
- 21.— Algunas actividades y recursos del Sector Salud, 1975. Septiembre 1976. Ministerio de Salud Pública. Unidad de Planificación. Unidad de Información.
- 22.— Anuario de Defunciones y Causas de Muerte. Año 1975. Julio 1976. Sub Departamento de Bioestadística. Servicio Nacional de Salud.
- 23.— Anuario de Atenciones y Recursos. Año 1975. Sub Departamento de Bioestadística. Servicio Nacional de Salud.
- 24.— Boletín Estadístico Hospital José J. Aguirre. 1975.
- 25.— Boletín Estadístico Hospital Clínico Universidad Católica, 1975.
- 26.— Algunas características y hechos de Salud en Chile. Dr. José M. Ugarte Avendaño. 3.er Seminario de Formación Profesional Médica.
- 27.— **WHITE, K.**— Life and Death and Medicine. Sci. Amer. 229: 22, 1973.
- 28.— Antecedentes sobre la Enseñanza de Medicina. Dra. Ester Mateluna. 3.er Seminario de Formación Profesional Médica. 1977. Santiago, Chile.
- 29.— **GUZMAN, ANGEL.**— Jefe Oficina de Recursos Humanos. Ministerio de Salud de Chile. Comunicación Personal. 1978.
- 30.— Relación Docente Asistencial: Experiencia Chilena. Coloquio de Decanos de Medicina. Universidad de Chile, 1977.