

Concurso Políticas Públicas / 2011

Propuestas para Chile



PONTIFICIA
UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CHILE

Índice

I. Un enfoque de gestión para mejorar la eficacia legislativa en Chile	23
Jorge Manzi - Rodrigo Mardones - Alejandra Riveros Sergio Toro - Flavio Cortés.	
II. Propuesta de mecanismos de resolución colaborativa de conflictos socioambientales	61
Francisca Reyes - Carlos Frontaura - Francisco Javier Leturia Isabel Castillo - Pablo Trigo - Francisca Vallejo.	
III. Niños, niñas y jóvenes en situación de calle: desafíos para la intervención desde la perspectiva de las fuerzas	95
Liliana Guerra - Paula Bedregal - Paula Margotta Emilia Valenzuela.	
IV. Modelo de asignación de subsidio directo a familias en situación de campamento	129
Marcos Singer - Pedro Traverso.	
V. Institucionalidad para la creación, mantención y conservación de parques urbanos	145
Sonia Reyes-Paecke - Macarena Ibarra - Marcelo Miranda Alejandra Precht - Carola Salamanca.	
VI. Formación de audiencias en el concurso Fondart Nacional y Regional	173
Consuelo Morel - Milena Grass - Andrés Kalawski Pablo Julio - Isabel Sierralta - Hugo Castillo - Felipe Palma.	
VII. Elementos claves para la implementación de un modelo de gestión en la salud municipal	207
Joaquín Montero - Nicolás Majluf - Javiera Corbalán Cristián Herrera - Cristián Mansilla - Blanca Peñaloza Verónica Rojas.	
VIII. Estimación de brechas de especialistas en medicina familiar para la atención primaria chilena	231
María Paulina Rojas - Judith Scharager - Álvaro Erazo Klaus Puschel - Isabel Mora - Gonzalo Hidalgo.	
IX. Diseño de un programa de inducción en Chile para profesores en sus primeros años de ejercicio docente	267
Soledad Ortúzar - Carolina Flores - Carolina Milesi Magdalena Müller - Pamela Ayala.	
X. Diseño de <i>assessment center</i> para la selección de equipos directivos en establecimientos educacionales	307
Paulo Volante - Antonio Mladinic - Cristián Lincovil Magdalena Fernández - Michael Johaneck.	

Estimación de brechas de especialistas en medicina familiar para la atención primaria chilena

INVESTIGADORES

MARÍA PAULINA ROJAS

Escuela de Medicina UC

JUDITH SCHARAGER

Escuela de Psicología UC

ÁLVARO ERAZO

Escuela de Medicina UC

KLAUS PUSCHEL

Escuela de Medicina UC

ISABEL MORA

Escuela de Medicina UC

GONZALO HIDALGO

Agencia Acreditadora Qualitas

Resumen

Chile ha experimentado importantes avances en salud en las últimas décadas. Las nuevas demandas de la población y mecanismos reguladores han puesto énfasis en la necesidad de un sistema más articulado, que reduzca las inequidades en salud y garantice la calidad de las prestaciones a costos razonables. Los sistemas de salud basados en una atención primaria fuerte cumplen mejor estos objetivos que los basados en atención de especialistas o médicos generales no entrenados en Atención Primaria de Salud (APS). Chile posee un sistema de salud fragmentado, con muy escaso recurso humano médico entrenado específicamente en APS.

Esta propuesta presenta evidencia sobre los beneficios de un sistema de salud basado en una atención primaria fuerte, con una alta proporción de médicos especialistas en Medicina Familiar. Existe un importante consenso respecto a los ámbitos de incumbencia de los médicos familiares en Chile, que resultan coincidentes con los definidos en diversos países con alto desarrollo de la APS y se alinean con las prioridades planteadas en la Reforma de Salud chilena.

El estudio **estima la brecha** de especialistas en Medicina Familiar y **presenta mecanismos legales y normativos vigentes que pueden utilizarse para cubrir esta brecha**. La cobertura de la brecha implica una definición clara del sistema de salud respecto a que los médicos familiares son los especialistas médicos prioritarios para la atención primaria. Este proyecto aporta información significativa sobre los fundamentos de esta definición, brecha existente y posibles mecanismos de cierre de ella.

Introducción

Las políticas de salud en Chile desde el retorno de la democracia en los años 90, han puesto especial énfasis en la atención primaria como uno de los principales componentes de la oferta y cobertura sanitaria. Si bien el sistema de salud se ha modificado sustantivamente con la aprobación de la legislación de la reforma de salud en la última década en los ámbitos de rectoría, regulación y coberturas garantizadas, aún evidencia importantes segmentaciones en la oferta y el aseguramiento. Es importante destacar los problemas de selección de riesgos y preexistencias en el sistema isapres y las deficiencias en acceso, resolutiveidad e integralidad de atención en el sistema público. Estos aspectos constituyen un desafío pendiente por lo que nuestro sistema de salud mantiene características de un sistema dual (Tokman et al., 2007).

Uno de los objetivos del sistema de salud, de acuerdo a los principios de equidad definidos en las políticas de los últimos 20 años y enunciado por diversos sectores, es contribuir a desarrollar una salud de mayor calidad, equitativa en el acceso y con protección financiera. Entre los elementos centrales para lograr este objetivo está el cambio en el modelo de atención. La reforma propone desarrollar un modelo de atención que enfatice la promoción y la prevención, centrado en la atención primaria y en la resolución ambulatoria e integral de la mayor parte de los problemas de salud, altamente resolutivo, con capacidad para solucionar gran parte de las urgencias, que considera equipos de salud familiar y comunitaria “de cabecera”, con tecnología y equipamiento y coordinado con la atención de especialidad. Este modelo es conocido como Modelo de Atención Integral con Enfoque Familiar (Ministerio de Salud, 2005).

Los sistemas de salud basados en Atención Primaria de Salud (APS) tienen mejores resultados en indicadores de impacto poblacional, calidad técnica de los servicios y satisfacción de los usuarios que aquellos basados en especialidades. Además, han demostrado producir un menor gasto en salud. Para alcanzar estos beneficios, se requiere una atención primaria renovada (Organización Mundial de la Salud, 2008), con recursos médicos profesionales específicos, de calidad y con acceso a tecnología. En este sentido, los médicos familiares contribuyen significativamente y aportan más que otras

especialidades o médicos generales a la mejoría de los indicadores de salud (Organización Mundial de la Salud, 2008; Starfield et al., 2005).

En Chile, desde hace ya 10 años se ha producido un aumento sostenido del gasto en atención primaria, junto a una política de inversión sectorial que ha ido extendiendo la cobertura de Centros de Salud Familiar integrados a la red asistencial a lo largo del país, adecuada a un enfoque preventivo y promocional así como de mayor resolutiveidad en la atención primaria. Este significativo aumento de recursos para el sector no ha ido acompañado de una política coherente para el desarrollo de los recursos humanos de la atención primaria, lo que ha sido identificado como uno de los principales obstáculos para la implementación de la reforma del sistema de salud (Téllez, 2006; Montero et al., 2010). Esta política no tiene que ver sólo con el número de plazas y cargos disponibles, sino que también, y muy especialmente, con los estímulos para la formación, desarrollo y permanencia de las personas en el sector.

La Medicina Familiar ha sido reconocida por las autoridades de salud chilenas como la especialidad para la atención primaria (Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar y Comunitaria, 2005), y la presencia de estos especialistas fue incluida inicialmente entre los criterios de certificación de los centros de salud familiar. Existen programas universitarios de formación de postítulo con egresados de manera ininterrumpida desde 1993. Las 6 facultades de medicina que los dictan se han asociado en un Consorcio Universitario de Salud y Medicina Familiar, dirigido a potenciar la formación de especialistas y la capacitación del capital humano de la atención primaria nacional (Consorcio Universitario de Salud y Medicina Familiar, 2004). Sin embargo, no ha existido por parte del Estado un impulso claro y sistemático al desarrollo de estos especialistas. Hasta la fecha, los esfuerzos de formación médica se han concentrado en las especialidades que se desempeñan en los niveles secundario y terciario de la red pública de salud, donde ha habido una importante inyección de recursos. Por otra parte, tampoco se identifican incentivos claros a la permanencia de estos profesionales en la atención primaria. Esta situación no se condice con el desarrollo del modelo integral que el sistema declara impulsar.

En este contexto, la política pública en Chile muestra una inconsistencia entre lo que está formulado como objetivo, la implementación del modelo de salud familiar en la atención primaria y la discusión sobre el desarrollo de las especialidades, lo que se manifiesta entre otras cosas en la exclusión de la Medicina Familiar del Estudio de Brechas desarrollado por el Banco Mundial para el Ministerio de Salud (Subsecretaría de Redes Asistenciales, 2010), la carencia de incentivos para la formación y acreditación de médicos especialistas en Medicina Familiar y la ausencia de estímulos a la permanencia

en la atención primaria. Otros factores asociados son la falta de un perfil de desempeño definido y característico, además de las condiciones insuficientes que ofrece el sistema regulatorio actual de la atención primaria para la actualización de las competencias distintivas de este especialista. Esta política se traduce en una escasez de especialistas en Medicina Familiar, lo que priva al sistema chileno de los beneficios que éstos pueden aportar para la salud de la población y que han sido claramente demostrados a nivel internacional.

Este estudio utiliza una metodología de *benchmarking* (Roberfroid, 2009) para estimar la brecha existente de especialistas en Medicina Familiar en el sistema de salud chileno. El estudio realiza un análisis de la situación actual de profesionales médicos en atención primaria en Chile, estudia sus ámbitos de incumbencia y competencias, compara estos ámbitos con los definidos en otros sistemas de salud y estima las brechas de profesionales existentes en diversos escenarios posibles.

Antecedentes

1. Efectos en salud de sistemas basados en atención primaria y Medicina Familiar

Existe evidencia robusta de los beneficios de los sistemas de salud orientados a la APS, los que se traducen en mejores resultados en salud, menores costos y mayor equidad en los servicios. Estos beneficios han sido medidos a través de comparaciones internacionales, estudios en sistemas de salud con diferentes modelos de atención y estudios clínicos. Un estudio ecológico (Macinko et al., 2003) comparó 18 países pertenecientes a la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) durante el período 1970 a 1998, y mostró que la existencia de sistemas de atención primaria fuertes, medidos a través de aspectos como regulación, financiamiento, tipo de prestador (generalistas/especialistas), acceso y continuidad, entre otros, se asociaba negativamente con diversos indicadores de mortalidad prematura. Otro estudio publicado en 2002, que evaluó 13 países industrializados con más de 5 millones de habitantes, demostró que el mayor desarrollo de la atención primaria se asociaba a menores costos en salud (Starfield y Shi, 2002). Finalmente, un estudio correlacionó la disponibilidad de atención primaria y cuidado por especialistas con indicadores de mortalidad y esperanza de vida en varios estados de Estados Unidos; la atención primaria resultó ser la variable más significativamente relacionada con el mejor estado de salud; por el contrario, el número de especialistas se correlacionó positiva y significativamente con una mayor mortalidad en la población (Shi et al., 2003).

Esta evidencia ha llevado a la Organización Mundial de la Salud a plantear la vigencia de la estrategia de atención primaria adaptada a los nuevos tiempos, orientada al acceso universal y a la protección social en salud, a

responder integralmente a las expectativas y necesidades en salud de las personas, formada por equipos de trabajadores de la salud que facilitan el acceso a la tecnología y coordinadora de una respuesta integral en todos los niveles del sistema (Organización Mundial de la Salud, 2008).

En esta misma línea, la Organización Panamericana de la Salud propone los valores, principios y elementos esenciales de un sistema de salud basado en APS. Entre los 13 elementos esenciales se cuentan los “Recursos Humanos Adecuados”. Para ellos se plantean importantes desafíos: necesidad de contar con profesionales capacitados en atención primaria, aplicación de políticas de calidad sobre el desempeño del personal, caracterización de los perfiles y competencias de los trabajadores, evaluación continua y enfoque multidisciplinario de la atención (Organización Panamericana de la Salud, 2007).

Frente a estas demandas y mayor carga sobre la atención primaria, cabe preguntarse **cuál es el tipo de médico que puede responder de mejor forma a ellas**. La literatura internacional, al referirse a médicos de atención primaria identifica a general *practitioners* (GP), médicos de familia, internistas generales y pediatras generales. **Convencionalmente se considera equivalentes los conceptos de médico de familia y general *practitioner*, en el entendido de que ambas son especialidades con formación específicamente dirigida a la atención primaria.**

La evidencia internacional demuestra que la **presencia de especialistas generalistas en los escenarios de atención primaria le otorga al sistema beneficios** en los siguientes aspectos (Organización Mundial de la Salud, 2008; Starfield et al., 2005):

- **Efectividad:** los especialistas generalistas detectan enfermedades comunes potencialmente mortales y adhieren a protocolos diagnóstico-terapéuticos tanto como los especialistas, prescriben menos intervenciones invasivas y hospitalizaciones y éstas son más breves, hacen mayor énfasis en la atención preventiva y consumen menos exámenes de laboratorio.
- **Costos:** los especialistas generalistas tienen menores costos totales y puntuaciones más altas en calidad de atención.
- Mayor **satisfacción** del **paciente**.

En Inglaterra, la tasa de mortalidad por todas las causas en el grupo etario de 15 a 64 años es menor en zonas donde existe una mayor oferta de médicos de atención primaria (Macinko et al., 2007). En un estudio publicado el año 2002, se observó que el aumento de un *general practitioner* por 10.000 habitantes se asoció a una reducción en las hospitalizaciones por causas agudas (14,4%) y crónicas (10,6%) y en la tasa de mortalidad (6%). El efecto sobre la mortalidad, sin embargo, se perdió al ajustar por factores sociales y epidemiológicos (Gulliford, 2002).

Por otra parte, en EEUU se ha demostrado que el aumento de un médico de atención primaria por 10.000 habitantes se asocia con reducción de la mortalidad por todas las causas en 5,31% (reducción de la tasa en 49 por 100.000), este efecto es mayor en población afroamericana. Al desagregar los distintos médicos de APS, la relación se mantiene sólo con los médicos familiares y *general practitioners* (Shi et al., 2003). En un estudio retrospectivo, que analizó los años 1990, 1995 y 1999, el aumento de 1% en la proporción de médicos de APS (34% de los médicos totales en promedio) se asoció a reducción de 0,65 hospitalizaciones por 1.000 usuarios por año y 3,83 consultas de urgencia por 1.000 usuarios por año, esta relación se mantuvo en todos los años analizados. Por el contrario, un aumento de la dotación de médicos totales se relacionó con aumento de la utilización del sistema (Kravet et al., 2008).

Estos mejores resultados se asociarían con características del desempeño de estos especialistas, como son el foco en la persona más que en la enfermedad, el primer contacto y la continuidad de la atención. Entre los médicos generalistas, los mejores efectos estarían asociados a la presencia específicamente de *general practitioners* y médicos de familia (Organización Mundial de la Salud, 2008; Starfield et al., 2005).

En Chile, la presencia de médicos de familia en la creciente red de centros de salud familiar es variable, si bien en un inicio se consideró un criterio de certificación, hoy en día el énfasis está más bien puesto en variables de proceso, y sólo algunas redes locales han optado por tener una mayor densidad de especialistas en Medicina Familiar. Es el caso de la Red Ancora de la Universidad Católica, sus tres centros de salud familiar cuentan con una dotación de médicos compuesta por 30 a 60% de médicos familiares. Un estudio de costo-efectividad (Peñaloza et al., 2010) comparó uno de estos centros con otro de dependencia municipal. Las dimensiones evaluadas fueron: efectividad, medida a través de un índice combinado de indicadores técnicos y de percepción usuaria: Índice Compuesto de Calidad de los CESFAM (ICCESFAM), y costos, medido a través del gasto de los centros, ahorro al sistema y gasto de bolsillo de los pacientes. El centro universitario resultó ser 13,4% más caro y 13,3% más efectivo, lo que entrega una razón de costo-efectividad incremental (RCEI) de US\$ 0,67 por cada punto de efectividad ganado. Por otra parte, la capacidad resolutoria medida a través de la tasa de derivaciones por 100 inscritos es la menor del servicio de salud, cuyo promedio es de 11,1, siendo la tasa de derivación de los centros de la Red Ancora de 6,6 por 100 inscritos¹. Finalmente, al analizar el origen de estas interconsultas, los médicos familiares muestran una tasa menor que los médicos generales de los mismos centros, 4,03 frente a 7,68 derivaciones por cada 100 consultas realizadas respectivamente (Mercado, 2010).

1 Información Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente, 2009.

2. Profesionales en Medicina Familiar en Chile y sistemas de salud comparados

La presencia de médicos familiares es variable en el mundo. Cabe destacar que actualmente todos los países miembros de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico (OCDE) cuentan con médicos de especialidades generalistas desempeñándose en la Atención Primaria de Salud, nos referiremos a ellos como médicos de atención primaria para diferenciarlos de las otras especialidades. En promedio, el número de especialistas es muy superior al de médicos de atención primaria en todos los países, la densidad media de especialistas es de 1,7 por 1.000 habitantes, mientras que la de médicos de atención primaria llega sólo a 0,8 por 1.000 habitantes. En tanto la razón entre especialistas y generalistas se elevó de 1,5 a 2 entre 1990 y 2005 en los países de la OCDE donde existen datos disponibles (OCDE, 2009). En Estados Unidos, en 2002, 35% de los médicos del país trabajaban en atención primaria, 12% correspondían a *general practitioners* y médicos de familia, 15% a internistas generales y 7,5% a pediatras generales (Mackin et al., 2007).

Respecto a las características y distribución de los especialistas médicos en Chile, el estudio realizado por el Banco Mundial para el Gobierno de Chile (Subsecretaría de Redes Asistenciales, 2010), mostró una amplia desigualdad en la disponibilidad de médicos en las distintas regiones del país, lo que se traduce en tasas de entre 117 y 212 médicos por 100.000 habitantes. El mismo estudio identificó que 44% de los médicos se desempeñan en el sector público del sistema de salud, 35% en los servicios de salud y sólo 9% en la atención primaria municipalizada. La dotación de médicos para la atención primaria pública ha tenido una evolución similar a la del gasto, con un incremento de 103% en la disponibilidad de horas médicas entre 2004 y 2008, lo que ha llevado a la tasa de médicos por beneficiarios de 1 cada 9.621 en 2004, a 1 cada 5.302 beneficiarios en 2008, tal como se muestra en la Tabla 1. Esta dotación está aún lejos del estándar que se había recomendado para el modelo de salud familiar, que alcanzaba a 1 médico cada 3.333 beneficiarios (Soto, 2003). Se desconoce el número exacto de especialistas en Medicina Familiar disponibles actualmente en Chile, así como sus lugares de desempeño.

Si bien Chile no está incluido en los datos mencionados de la OCDE, pues a la fecha del estudio no era país miembro, la información aportada por el Estudio de Brechas de Especialistas permitiría ubicarlo entre los países con tasas más bajas de médicos de APS y mayor diferencia entre la proporción de médicos de APS y especialistas, con una razón de médicos de APS de 0,2 médicos generales por 1.000, y 1,6 especialistas por 1.000 beneficiarios del sistema público de salud (Subsecretaría de Redes Asistenciales, 2010).

TABLA 1 | **Evolución de la dotación de horas médicas en la atención primaria de salud 2004 - 2008**

Horas médicas JCE	2004	2005	2006	2007	2008	% Variación 2004-2008
Servicios de Salud	7.514	8.045	8.209	8.479	8.866	17,99
APS Municipal	1.134	1.400	1.450	2.083	2.310	103,71
Población Beneficiaria FONASA	10.910.702	11.120.094	11.479.384	11.740.688	12.248.257	12,26
Nº bene- ficiarios/ médico	9.621	7.942	7.916	5.636	5.302	

JCE: Jornada Completa Equivalente: 44 horas.

Fuente: elaboración de datos del Estudio de Brechas de oferta y demanda de médicos especialistas en Chile. Colaboración Técnica Banco Mundial – Gobierno de Chile (Subsecretaría de Redes Asistenciales, 2010).

En síntesis, la experiencia internacional revisada muestra claros beneficios para la población de los sistemas de salud orientados a la atención primaria y de la presencia de médicos especialistas en APS, específicamente médicos de familia o equivalentes. En la experiencia chilena, destaca la escasa presencia de médicos en atención primaria, más aún si se considera la especialidad de Medicina Familiar. Sin embargo, la existencia de programas académicos de formación, de sociedades científicas y gremiales y la evidencia científica aún inicial de su aporte a los sistemas locales de salud apuntan en el mismo sentido de la evidencia internacional.

Propuesta

Los objetivos de la propuesta son:

1. Proponer el perfil de un especialista en Medicina Familiar para la atención primaria chilena, pública y privada.
2. Estimar la magnitud de la brecha de médicos familiares con ese perfil en el sistema de salud.
3. Proponer políticas públicas para incrementar la presencia de médicos familiares en la atención primaria.

En las siguientes secciones se discutirán en detalle la situación actual y las propuestas de política pública respecto de cada uno de estos objetivos.

1. Rol del médico familiar en el sistema de salud

La gestión de los recursos humanos, principalmente la formación, dotación y retención de profesionales, es uno de los grandes desafíos en materia de políticas públicas en el sector salud. Como se mencionó previamente, este factor ha sido identificado como uno de los elementos críticos para el logro de los objetivos de la reforma sectorial. La carencia o escasez de especialistas ha sido un tema recurrente en la gestión del sistema, y se han diseñado diversos estudios y políticas para determinar y cerrar las brechas existentes. Un elemento central para determinar esta brecha es identificar la posición y funciones que un determinado especialista ejerce en el sistema y que determinan la relevancia y frecuencia de su desempeño. A esta posición y funciones se le llamará “rol”. La claridad acerca del rol de los especialistas se convierte en un insumo que permite determinar la brecha de dotación existente, las necesidades de formación de especialistas y las acciones necesarias para retener a estos profesionales en el sistema.

Actualmente en Chile no existe una definición formal y clara acerca del campo de acción propio del médico familiar, por ello, para determinar la necesidad de estos especialistas se hace necesario definir el rol de este profesional en el sistema de salud nacional. Por otra parte, respecto a las competencias base de su desempeño, existe una propuesta que se encuentra en fase final de discusión como parte del proceso de certificación de especialistas a cargo de la Superintendencia de Salud.

En este contexto, este estudio pretende realizar una aproximación al rol que desempeña o podría desempeñar el médico familiar en el sistema de salud nacional, a través de la revisión de experiencias y perfiles de competencias internacionales, así como también a través de un método de consulta a actores relevantes del sistema, respecto a los ámbitos de incumbencia específicos para este profesional.

1.1 Experiencias nacionales e internacionales

Existe consenso internacional respecto al rol que debe tener el especialista en Medicina Familiar de acuerdo al sistema de salud que cada país presenta. En una conferencia conjunta entre la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Mundial de Médicos de Familia (WONCA), se relevó la importancia de un profesional de la salud que respondiera a los requerimientos de la población, con una importante relación costo-eficiencia al interior del sistema, favoreciendo la adecuada utilización de la atención de nivel secundario y terciario e implementando políticas de promoción y prevención de salud, orientadas al bienestar de la comunidad en la cual está inserto (OMS-WONCA, 1994).

Dos de los países que exhiben una mayor definición respecto al rol del médico especialista en Medicina Familiar son España y Reino Unido. En España

(Ros Martrat, 2004) el médico familiar está directamente orientado al primer nivel de atención, prestando un servicio centrado en la persona desde una perspectiva integral y considerando el contexto en el cual esta persona se desenvuelve, así como también las variables familiares que puedan estar relacionadas con los problemas de salud. Por otra parte, en el Reino Unido el *general practitioner* (GP) ejerce un rol equivalente al médico de familia español: es el profesional responsable de la atención primaria en el sistema nacional de salud, posee una perspectiva comunitaria y se coordina con otros profesionales, además de ser el encargado de regular el acceso a la atención secundaria de salud con el fin de hacer más eficiente el sistema (Olesen et al., 2000).

1.2 Ámbitos de incumbencia. Método de Consenso.

Para abordar el rol que desempeña o podría desempeñar el médico familiar en el sistema de salud chileno se usará el concepto de “ámbitos de incumbencia”. Éste se define como el área de desempeño particular de un profesional, que lo caracteriza y le permite hacer su aporte específico al sistema (Subsecretaría de Redes Asistenciales, 2010). El ámbito de incumbencia se refiere, en la práctica a problemas de salud, prestaciones y acciones que generan demanda de un médico especializado. El conjunto de ámbitos de incumbencia atribuidos a este profesional permitirá estimar la demanda potencial de ellos y, por lo tanto, definir una brecha de dotación de médicos familiares en Chile. Además, constituye la base para la definición de un perfil de competencias. Definir los ámbitos de incumbencia del especialista en Medicina Familiar requiere llegar a un consenso respecto a las áreas de desempeño propias de este especialista al interior del sistema de salud. Para ello, en este estudio, se invitó a un panel de expertos a participar en un método de consenso no presencial, que permitió recoger la opinión de diversos grupos de interés a través del método Delphi modificado. Este panel estuvo compuesto por 75 expertos y actores relevantes para el sistema de salud chileno: representantes del Ministerio de Salud, directivos de empresas e instituciones aseguradoras y prestadoras, representantes académicos y de sociedades científicas, representantes gremiales y médicos familiares que se desempeñan en diversos ámbitos del sistema. Los expertos emitieron su opinión respecto a las áreas de desempeño específicas del médico familiar en el sistema de salud, a través de un instrumento que contenía una propuesta de ámbitos de desempeño y que se les hizo llegar vía electrónica.

Las áreas de desempeño específicas se han organizado en Ámbitos de Incumbencia Clínicos y No Clínicos del médico especialista en Medicina Familiar. Definir las áreas de desempeño clínico de los médicos familiares presenta una especial complejidad dada la naturaleza generalista de la especialidad. Las patologías y procesos que maneja no son exclusivos de su experticia ni responsabilidad, y se sobreponen con las áreas de experticia y responsabilidad de otras especialidades y de la medicina general indiferenciada.

Para precisar los ámbitos de incumbencia clínicos se ha usado como criterio operacional las patologías cubiertas por el Régimen de Garantías Explícitas (Ministerio de Salud y Ministerio de Hacienda, 2007) cuya atención se realiza principalmente en el nivel primario, considerando que estos problemas de salud originan la mayor parte de la demanda a este nivel. Además, se consideraron otros problemas de salud específicos no cubiertos en la lista anterior y que también generan importante demanda de atención.

En los ámbitos de incumbencia no clínicos la superposición con otras especialidades médicas es escasa. Existe acuerdo a nivel internacional y entre los médicos familiares chilenos acerca de la relevancia de los ámbitos no clínicos para el desempeño global del sistema; sin embargo, esta área es la que genera mayor incertidumbre respecto a su implementación. Actualmente, estas acciones no forman parte del quehacer habitual del médico familiar en la mayor parte de la atención primaria chilena, lo que constituye uno de los factores que dificulta la permanencia de estos especialistas en el sector.

El instrumento conteniendo el listado inicial de ámbitos de incumbencia, circuló recogiendo y compartiendo las opiniones de los expertos hasta alcanzar un nivel de consenso. Los participantes evaluaron cada ámbito de incumbencia propuesto con una escala de 1 a 4 (1: Innecesario – 4: Imprescindible). El alto nivel de convergencia en las opiniones de los expertos en la primera circulación, permitió al equipo investigador determinar que se realizaran sólo dos circulaciones del instrumento.

En el método de consenso participaron 34 expertos y actores clave en la primera circulación, y 21 en la segunda etapa de esta consulta. Los resultados del método de consenso se presentan en las Tablas 2 y 3. En ellas se identifican los ámbitos de incumbencia presentados por el equipo investigador en el listado inicial, y aquellos que fueron agregados por los participantes en la primera circulación (2 ámbitos clínicos y 2 ámbitos no clínicos). Se alcanzó un alto nivel de acuerdo respecto a cada una de las áreas evaluadas. Más del 80% de los participantes consideró la gran mayoría de las patologías, problemas de salud y funciones presentadas en el instrumento, ámbitos de incumbencia Imprescindibles (puntajes 3 y 4) para el médico familiar en el sistema chileno. Las áreas con un nivel de acuerdo menor fueron:

- Emergencias: soporte vital avanzado en adultos y niños (40,91% lo calificó con puntaje 3 y 4).
- Ginecología: diagnóstico de patologías frecuentes. Examen ginecológico tradicional (75% lo calificó con puntaje 3 y 4).
- Participación en cuentas públicas: 73,7% lo calificó con puntaje 3 y 4.
- Participación en la visita domiciliaria integral: 72,2% lo calificó con puntaje 3 y 4.

Vale la pena destacar que este nivel de acuerdo para la mayoría de los ámbitos sugeridos no significa que sean áreas de desempeño exclusivas del médico de familia, sino más bien áreas en que este especialista puede aportar de manera específica en mejorar el proceso de atención y los resultados de ésta.

Los resultados del método de consenso permiten concluir que es esperable que el campo de acción del médico familiar sea amplio y considere múltiples tareas y funciones para responder a los problemas de salud prevalentes en la población, incluyendo acciones que eventualmente podrían ser también realizadas por otros especialistas médicos. Por otra parte, estos resultados validan la elección de las patologías cubiertas por el Régimen de Garantías Explícitas como referente clínico, en tanto fueron valoradas como ámbitos de incumbencia necesarios o indispensables para los médicos familiares.

TABLA 2 | **Método de Consenso. Ámbitos de incumbencia clínicos**

Ámbitos de incumbencia clínicos	
Artrosis de cadera y/o rodilla, leve o moderada.	Consumo perjudicial y dependencia de alcohol y drogas en menores de 20 años.
Asma bronquial en adultos y niños leve y moderada.	Enfermedad de Parkinson.
Diabetes mellitus tipo 2.	Problemas ortopédicos y traumatológicos.
Hipertensión Arterial Primaria o esencial.	Evaluación e intervención de dinámica familiar asociada a salud.
Depresión leve y moderada.	Infección Respiratoria Aguda (IRA) Baja de tratamiento ambulatorio.
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica de tratamiento ambulatorio.	Hipotiroidismo en control ambulatorio.
Morbilidad frecuente en la consulta general.	Neumonía adquirida en la comunidad.
Prevención clínica en salud adultos y niños.	Salud sexual y reproductiva.
Problemas de salud mental: T. del ánimo, T. adaptativos, T. ansiedad, T. somatización.	Técnicas terapéuticas específicas: cirugía menor, infiltración partes blandas.
Atención integral de niños, adolescentes, adultos y adultos mayores.	Técnicas diagnósticas específicas: ecografía abdominal, endoscopia digestiva alta diagnóstica.
Alivio del dolor por cáncer avanzado y cuidados paliativos.	Emergencias: soporte vital avanzado adultos y niños.
Epilepsia no refractaria en adultos y niños.	Ginecología: diagnóstico de patologías frecuentes. Examen ginecológico tradicional.

Fuente: Método de Consenso de Expertos.

TABLA 3 | **Método de Consenso. Ámbitos de incumbencia no clínicos**

Ámbitos de incumbencia no clínicos	
Planificación y ejecución de actividades preventivas y promocionales a nivel poblacional.	Modulación de la demanda.
Coordinación con otros profesionales y sectores de salud.	Educación en salud.
Gestión de calidad.	Cuentas públicas.
Cambio de modelo.	Participación en visita domiciliaria integral.
Gestión de la actividad asistencial.	

Fuente: Método de Consenso de Expertos.

Si bien existe un amplio acuerdo respecto del rol que debe desempeñar el médico familiar y la gran variedad de ámbitos de incumbencia clínicos y no clínicos en los cuales debe participar, los panelistas jerarquizaron estos ámbitos, identificando algunos como prioritarios en el ejercicio de este especialista. Debe notarse que esta jerarquización no implica que aquellos no elegidos deban excluirse ya que este resultado deriva de una “elección forzada”, en que los expertos tuvieron que optar por aquellos que consideraron más importantes en el desempeño de la especialidad. Esta elección pudo obedecer a criterios de prevalencia, frecuencia de consulta o importancia. Aquellos que fueron definidos como prioritarios con mayor frecuencia se presentan en la Tabla 4.

TABLA 4 | **Método de Consenso. Ámbitos de incumbencia prioritarios para el ejercicio del especialista en Medicina Familiar**

Ámbitos de incumbencia clínicos
Evaluación e intervención de dinámica familiar asociada a salud.
Diabetes mellitus tipo 2.
Hipertensión arterial primaria o esencial.
Depresión leve y moderada.
Consumo perjudicial y dependencia de alcohol y drogas en menores de 20 años.
Morbilidad frecuente en la consulta general.
Atención integral de niños, adolescentes, adultos y adultos mayores.
Alivio del dolor por cáncer avanzado y cuidados paliativos.
Problemas de salud mental: T. del ánimo, T. adaptativos, T. ansiedad, T. somatización.
Prevención clínica en salud adultos y niños.
Ámbitos de incumbencia no clínicos
Planificación y ejecución de actividades preventivas y promocionales a nivel poblacional.
Gestión de la actividad asistencial.
Gestión clínica.
Coordinación con otros profesionales y sectores de la salud.
Cambio de modelo.

Fuente: Método de Consenso de Expertos.

A partir de esta experiencia, se hace deseable en el futuro ampliar este estudio y consultar distintas fuentes y puntos de vista, incorporando la perspectiva de expertos, usuarios y otros profesionales vinculados a la salud, de manera de definir y consensuar con más actores el rol que este especialista debe desempeñar en el sistema de salud nacional.

1.3 Perfil de competencias del médico familiar

Los constantes cambios en el mundo del trabajo han fortalecido la idea de que son las personas las que constituyen el capital distintivo al interior del mundo del trabajo y, por lo tanto, serán sus conocimientos, habilidades y motivaciones las que generarán diferencias sustantivas en el desempeño de los equipos. De esta manera, surge el foco en las competencias de los profesionales y su desarrollo. Frente a un mundo cambiante y con un alto desarrollo tecnológico, serán las capacidades de los trabajadores las que permitirán buenos desempeños en el mundo del trabajo (Foss et al., 1996).

En medicina, el lenguaje de las competencias se ha ido incorporando en forma paulatina, principalmente para determinar las necesidades y ofertar de mejor manera la formación de las especialidades médicas (Epstein y Hundert, 2002), ejemplo de esto es la definición realizada por el American Council of Graduate Medical Education (2000), quienes han establecido seis áreas de competencias para todos los especialistas médicos en Estados Unidos.

El rol, es decir, la posición y funciones del médico familiar en los distintos contextos, requiere que los profesionales dominen ciertos conocimientos, habilidades y actitudes a la base de un desempeño adecuado, para que logren ejercerlo de la manera esperada. La Superintendencia de Salud por mandato del Ministerio de Salud tiene la facultad de definir las competencias que debe poseer un especialista determinado (Ministerio de Salud, 2007a), que permitan orientar, tanto la formación universitaria de la especialidad como también las posibles actualizaciones y capacitaciones profesionales de los médicos en ejercicio. Este proceso está en la fase final de desarrollo para la Medicina Familiar.

A continuación presentamos una revisión de experiencias internacionales respecto de las definiciones de competencias del médico familiar. Esta revisión no pretende proponer un perfil de competencias para este especialista en nuestro sistema de salud, sino que servir como referente del conjunto de conocimientos, habilidades y actitudes propio de este profesional.

Al observar las experiencias internacionales de perfiles de competencias para un médico familiar, se evidencian importantes diferencias que tienen relación con el modelo teórico de competencias que se encuentra a la base de cada uno. La alta heterogeneidad tanto de los modelos como de su implementación, hace que al hablar de competencias no siempre se haga referen-

cia a un sustrato común (Pucheu, 2002). Sin embargo, al analizar distintos modelos internacionales, se observa gran cantidad de puntos convergentes, que si bien están definidos desde modelos conceptuales distintos, permiten reconocer fácilmente los conocimientos, habilidades, motivaciones e incluso funciones comunes para un médico familiar. Las competencias y ámbitos de acción del especialista en Medicina Familiar en sistemas de salud de diversos países se sintetizan en la Tabla 5. Se advierte claramente que los mayores consensos entre los países, se dan en la esfera de las competencias clínicas; en lo que a competencias genéricas se refiere, las convergencias están en la esfera del trabajo en equipo, coordinación con otros profesionales y habilidades interpersonales y de comunicación.

Un elemento muy relevante a considerar, es que las competencias no pueden ser atribuidas solamente a las personas que las desempeñan, asumiéndolas como una posesión individual. La aplicación, desarrollo y actualización de las competencias estarán determinadas también por variables colectivas y contextuales que son vitales para observar el desempeño esperado (Pucheu, 2005). Las competencias responden a ambientes o entornos determinados, a condiciones y situaciones específicas que influyen en la forma en que estas se ponen en juego (Tejada, 2003). Por esta razón, para que el médico familiar logre poner en práctica los conocimientos y habilidades adquiridos en la formación, que lo diferencian de los demás especialistas y que lo convierten en el profesional indicado para la atención primaria, se hace necesario un modelo de atención, una estructura y condiciones para el ejercicio profesional que permitan poner en práctica aquellas competencias diferenciadoras, vinculadas a la atención integral, el trabajo en equipo interdisciplinario, la educación y la gestión de centros de salud.

TABLA 5 | Competencias y ámbitos de acción del especialista en Medicina Familiar

	EEUU ¹	España ²	Reino Unido ³	Canadá ⁴	México ⁵	Chile ⁶
Competencias						
CC Conocimiento clínico (diagnóstico y tratamiento).	X	X	X	X	X	X
CG Trabajo en equipo y coordinación con otros profesionales.	X	X	X	X	X	X
CG Habilidades interpersonales y de comunicación.		X	X	X		
CG Capacidad de aprendizaje y desarrollo profesional.	X		X		X	
CG Orientación ética e integridad profesional.	X	X	X		X	X
CG Pensamiento conceptual, capacidad analítica y solución de problemas.			X			X
CE Práctica basada en sistemas.	X					
CE Habilidades de administración y gestión de la información.		X	X			X
CE Empatía y sensibilidad.			X			
CE Enfrentar la presión.			X			
CC: Competencias Clínicas CG: Competencias Generales CE: Competencias Específicas						

- 1. ACGME (2000).
- 2. Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria (2002).
- 3. Patterson, et al. (2000).
- 4. The College of Family Physicians of Canada (2009).
- 5. Universidad Nacional Autónoma de México (2009).
- 6. APICE (2010).

Fuente: revisión de las referencias señaladas.

A pesar de los acuerdos suscritos por Chile, que establecen compromisos respecto a la Medicina Familiar como la especialidad indicada para la atención primaria, los criterios definidos para la acreditación de programas de formación de la especialidad y la determinación en curso de los criterios para la certificación de especialistas en Medicina Familiar, aún no existe acuerdo respecto del perfil de competencias del médico familiar. Por esta razón, la definición de los ámbitos de incumbencia y el contexto en el cual estos se ponen en práctica, serán un insumo importante para la definición de competencias propias de este especialista.

2. Estimación de la brecha de médicos familiares en Chile

Conocidos los ámbitos de incumbencia definidos por el panel de expertos para el especialista en Medicina Familiar, se estimará la brecha existente en el sistema chileno para este profesional. El cálculo de la brecha requiere disponer de al menos dos datos, el número de médicos presentes actualmente en el sistema y el número necesario o esperable. Cabe destacar que esta es una simplificación para fines prácticos de un proceso dinámico en que participan múltiples factores y supuestos.

Se desconoce el número exacto de médicos certificados como especialistas en Medicina Familiar actualmente presentes en el sistema. Las fuentes de esta información son las universidades y CONACEM, y entre los datos de uno y otro existen diferencias explicadas por dobles registros y otras. Por otra parte, la Superintendencia de Salud está implementando desde el año 2009 el Registro Nacional de Prestadores Individuales de Salud (Ministerio de Salud, 2007b), en el cual se incorporan los médicos cirujanos y sus especialidades certificadas. Este registro se encuentra actualmente en construcción y consigna 278 especialistas certificados en Medicina Familiar (Superintendencia de Salud, 2011). Por su parte, la Sociedad Científica de Medicina General y Familiar, y el Capítulo de Médicos de Atención Primaria del Colegio Médico de Chile² estiman el número de especialistas certificados en torno a 470 en 2010³.

Por su parte, para calcular el número necesario o esperable de especialistas para el sistema, se usarán como referente las modalidades propuestas por el Estudio de Brechas de Especialistas del Banco Mundial (Subsecretaría de Redes Asistenciales, 2010):

- Razones de médicos por población. Para ello es posible utilizar estándares nacionales o internacionales. El estudio del Ministerio de Salud utilizó la razón de médicos por población de España para el nivel de análisis “país”.
- Construcción de estándares locales basados en demanda. Este considera la demanda potencial de atención en base a las entidades nosológicas, características epidemiológicas, condiciones sanitarias, normas de atención y proceso de producción de las prestaciones. Las entidades nosológicas corresponden a las patologías o problemas de salud que requieren atención preventiva, curativa y/o de rehabilitación de un especialista determinado.

En este estudio se utilizará la primera estrategia para estimar la brecha de especialistas en Medicina Familiar en Chile, es decir, las razones de médicos por población, usando tanto estándares nacionales como internacionales.

2 La asociación gremial de los médicos que trabajan en Atención Primaria es parte del Colegio Médico de Chile.

3 Información personal no publicada obtenida en mayo de 2011.

Posteriormente, se sugerirán condiciones que permitan avanzar en la implementación de la segunda estrategia para la estimación de la brecha en base a demanda en el caso de la Medicina Familiar.

2.1 Experiencias nacionales e internacionales de dotación de médicos familiares

El objetivo de esta sección es identificar experiencias nacionales e internacionales respecto a dotación de especialistas en Medicina Familiar en los sistemas de salud, a fin de tener diferentes estándares y escenarios de estimación de la brecha.

En Estados Unidos (EEUU), la disponibilidad de médicos en atención primaria a nivel estatal el año 2000 llegaba a 8 médicos por 10.000 habitantes. Esta cifra corresponde a 35% del total de los médicos en ejercicio en el país, y se distribuye en 12% de médicos familiares, 15% de internistas generales, y 7,5% de pediatras generales (Macinko et al., 2007). Las proyecciones de evolución y desarrollo de las especialidades médicas en EEUU estiman un requerimiento promedio de 95 médicos de atención primaria por 10.000 habitantes, siendo la tasa muy variable de acuerdo al grupo etario de la población, desde 43 por 10.000 en el grupo de 18 a 24 años a 270 por 10.000 en los mayores de 75 años (Health Resources and Services Administration Bureau of Health Professions, 2006).

En el Reino Unido, información publicada en 2002 muestra que, considerando 99 autoridades sanitarias, la disponibilidad de médicos en la atención primaria varía entre 4,3 y 7,1 por 10.000 habitantes, con un promedio de 5,8. El 100% de ellos son *general practitioners* (Gulliford, 2002).

España posee una fuerte orientación hacia la atención primaria y es el país que ha servido de estándar para el mayor estudio de necesidad de especialistas realizado en Chile (Subsecretaría de Redes Asistenciales, 2010). La cantidad total de médicos trabajando en el sistema público español el año 2007 alcanzaba una tasa de 23 por 10.000 habitantes; de ellos, 38% era especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, lo que representa una tasa de 8,47 médicos de familia por 10.000 habitantes a nivel del país, con un rango entre las Comunidades Autónomas de 4,76 en Navarra a 13,39 en Aragón, comunidad que tiene una alta proporción de ruralidad y aislamiento de sus centros de salud (Barber y González, 2008).

En Chile, como se mencionó al inicio de este informe, el número de médicos por 10.000 habitantes alcanza a 17,9. Sólo el 44% de ellos se desempeña en el sistema público y el 9% lo hace en la atención primaria municipal, lo que arroja una tasa de 1,6 médicos en atención primaria por 10.000 beneficiarios del sistema público de salud (Subsecretaría de Redes Asistenciales, 2010). Prácticamente la totalidad de ellos corresponde a médicos generales

indiferenciados, siendo la presencia de especialistas muy escasa y marginal (Román, 2008).

La Tabla 6 resume los datos disponibles respecto a dotación de médicos para la atención primaria en los países citados: Estados Unidos, Reino Unido, España y Chile y su distribución por especialidad.

TABLA 6 | Dotación de médicos. Total sistema y atención primaria. Estados Unidos, Reino Unido, España y Chile

	Médicos por 10.000 habitantes en el sistema	% de médicos en APS	Médicos APS por 10.000 habitantes
Estados Unidos	25	40	8
Reino Unido	24	30	5,8
España	23	38	8,5
Chile país	17,9	S/I	S/I
Chile subsistema público	7,9	9*	1,6*

S/I: Sin Información

*Esencialmente médicos generales indiferenciados.

Fuente: revisión de la literatura, referencias descritas en el texto.

Como se observa en estos datos, Chile tiene una dotación de médicos dedicados a la atención primaria en una proporción muy inferior a la de países desarrollados y con una presencia de especialistas en Medicina Familiar marginal.

2.2 Estimación de la brecha de médicos familiares.

En base a la información presentada previamente, es posible realizar una estimación de la brecha de médicos familiares existente en Chile. Se utilizará la comparación de la situación nacional con países pertenecientes a la OCDE con diferentes sistemas de salud desde el punto de vista de los mecanismos de financiamiento y desarrollo de la APS. Además, se han incorporado estándares nacionales de tasa de médicos por 10.000 habitantes recomendados para Chile (Román et al., 2008) y la realidad de una red de APS mixta (público-privada) resultante de la interacción entre el Ministerio de Salud de Chile y la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile (Red Ancora UC).

Esta estimación se ha desarrollado en dos etapas. En primer lugar, se ha calculado la brecha de acceso a la atención médica en APS contrastando la situación de Chile para el año 2008 (Subsecretaría de Redes Asistenciales, 2010) con la situación de los comparadores nacionales e internacionales. Se

ha estimado la brecha de especialistas en base al número de médicos de APS esperado en Chile al aplicar la tasa existente en cada país usado como comparador.

En la Tabla 7 puede observarse que bajo cualquier comparador, Chile posee un déficit significativo de médicos en APS que supera el 60% de su dotación actual para los comparadores nacionales y el 200% para los estándares internacionales.

TABLA 7 | Brechas de acceso a atención médica en APS. Chile versus comparadores nacionales e internacionales

	Chile*	EE.UU.	Reino Unido	Chile Recomen- dación de expertos	Ancora UC
Tasa Médicos APS/10.000 hab.	1,6	8	5,8	3	2,7
Diferencia de tasa		6,4	4,2	1,4	1,1
Oferta médica (JCE) según tasa específica	2.310	9.798	7.104	3.674	3.307
Brecha (JCE) Médicos APS según tasa específica		7.488	4.794	1.364	997
Porcentaje (%) Brecha		400	263	88	69

Según población beneficiaria de FONASA 2008: 12.248.000
Chile*: información corresponde sólo a subsistema público.
Fuente: elaboración de datos de documentos citados en el texto.

La adecuada cobertura de médicos en APS es, sin duda, un objetivo importante de alcanzar y el país ha desarrollado diversas estrategias para incrementar la presencia de ellos. Sin embargo, si se desea obtener los beneficios de efectividad de un sistema con una APS fuerte, que mejore la resolutiveidad del nivel primario, alcance altos indicadores de satisfacción usuaria y aumente la eficacia y eficiencia del gasto total en salud, es necesario que un porcentaje significativo de estos médicos sean especialistas en atención primaria, es decir, médicos familiares como en España y EEUU o su equivalente de *general practitioner* en Reino Unido. La evidencia internacional ya presentada muestra el valor agregado de estos profesionales al compararlos incluso con otros especialistas básicos. Al igual que la información internacional disponible, la experiencia de este estudio muestra que si bien los ámbitos de incum-

bencia de médicos familiares y médicos generales identificados por el panel de expertos son similares, es en la competencia en esos ámbitos en donde los especialistas en Medicina Familiar hacen una diferencia significativa en resolutiveidad, satisfacción y control de gastos.

La brecha de especialistas en Medicina Familiar en el país puede estimarse utilizando el mismo modelo de comparación con estándares nacionales e internacionales utilizado para estimar la brecha de acceso. Como se mencionó, el Capítulo de Médicos de Atención Primaria del Colegio Médico estima que el año 2010 existían aproximadamente 470 médicos familiares certificados. Además, no se sabe cuántos de ellos se encuentran trabajando en la APS chilena. Las estimaciones generales apuntan a que su presencia es marginal en el sistema y que la mayoría de ellos se encuentra en cargos directivos o de gestión local (Román, 2008).

Para obtener los beneficios que la presencia de una mayor proporción de médicos de familia en los sistemas de salud ha demostrado, uno de los primeros desafíos es incrementar la presencia de estos especialistas en la atención directa de salud hasta alcanzar una masa crítica. La Tabla 8 presenta la importante brecha de especialistas en Medicina Familiar existente en el sistema. En el cálculo se estimó que aproximadamente 3% de los médicos que actualmente se desempeñan en APS son médicos familiares, y se calculó la brecha frente a dos posibles metas de dotación, que 50% ó 100% de los médicos de APS sean médicos de familia, y con las tasas de dotación de médicos de APS de los comparadores nacionales e internacionales ya mencionados.

Al considerar la velocidad de formación actual de estos profesionales (aproximadamente 23 médicos familiares al año), puede observarse que la brecha existente no podrá ser cubierta en las próximas cinco décadas. Los datos apuntan a que se requiere un cambio drástico de política para la formación y retención de estos profesionales en APS. A un ritmo cuatro veces mayor de formación (100 especialistas al año) y un incremento moderado de los médicos familiares actualmente presentes en el sistema (5% del total de médicos APS) la brecha puede cubrirse en un plazo de 10 a 15 años. La velocidad está determinada prioritariamente por la tasa de formación. El país cuenta con mecanismos vigentes que permiten incrementar significativamente y con rapidez la tasa de formación de estos especialistas que debieran ser utilizados para cubrir la brecha. Estos mecanismos son analizados en la sección sobre propuestas de política pública.

2.3 Definición de criterios e indicadores para un estudio de brechas nacional basado en demanda.

La aproximación utilizada para la estimación de brechas presentada previamente está basada en la comparación de la situación actual con comparadores nacionales e internacionales. Esta metodología fue la base del estudio

de brechas de especialidades encargado por el Ministerio de Salud chileno al Banco Mundial, donde se utilizó como comparador principal la realidad española (Subsecretaría de Redes Asistenciales, 2010). En ese estudio, sin embargo, se excluyó la especialidad de Medicina Familiar, que paradójicamente es la base actual del sistema de salud español.

La segunda estrategia propuesta por el estudio del Banco Mundial es la determinación de estándares locales basados en demanda. Esta aproximación permite complementar la comparación con estándares nacionales e internacionales y obtener una estimación más precisa de la brecha. La integración de ambas metodologías permite obtener un rango de brechas que facilitan la política pública de formación de especialistas. El análisis realizado por el equipo de investigadores de este estudio junto con la discusión de los expertos del Ministerio de Salud a cargo del estudio de brechas, ha permitido proponer algunos criterios para avanzar en un estudio nacional basado en la demanda. Se presentan tres criterios esenciales:

- **Ámbitos de incumbencia y competencias.** Se refiere a las áreas de trabajo de la especialidad y a los conocimientos y habilidades requeridos para trabajar en ellas. Este estudio ha permitido avanzar en esta línea y se ha observado una gran convergencia en las áreas de incumbencia entre los expertos nacionales y alta correlación con lo publicado en experiencias internacionales. En un futuro estudio debiera considerarse la perspectiva de otros especialistas hacia la Medicina Familiar y también la de los usuarios de la APS.
- **Selección de condiciones trazadoras.** Los ámbitos de incumbencia están expresados por una serie de condiciones específicas de trabajo de la especialidad que “trazan” o dirigen el desarrollo de la misma. Existió amplio consenso en los investigadores del proyecto y el panel de expertos en que las condiciones AUGE otorgan un marco esencial de trabajo para los médicos familiares en APS, en donde pueden explotar sus competencias y contribuir a articular el sistema.
- **Estimación de prestaciones asociadas.** Este punto requiere un trabajo detallado de revisar y acordar las actividades asociadas a las condiciones trazadoras, su intensidad y sus límites con otras especialidades. Un aspecto distintivo de la Medicina Familiar que aparece claramente en este punto es la interacción de estos especialistas con otras profesiones vinculadas a salud como enfermería, psicología, trabajo social, kinesiología, etc., que deben considerarse al analizar las prestaciones incluidas.

El Ministerio de Salud está avanzando en la definición de brechas de especialidades basadas en la demanda con los tres criterios establecidos previamente, y ha manifestado su interés en realizar un trabajo conjunto en esta línea. Este pareciera ser un siguiente paso posible de desarrollar en este proyecto.

3. Propuestas de políticas públicas

Un aspecto de la reforma que no ha sido abordado adecuadamente es la necesidad de fortalecer la formación de profesionales de salud, estableciendo sinergia entre la política de recursos humanos y la transformación sectorial del modelo de salud hacia un modelo anticipatorio al daño.

Las propuestas de política pública para el cierre de la brecha estimada de especialistas en Medicina Familiar, están relacionadas con la formación y certificación de especialistas, y la retención de estos profesionales en la atención primaria pública.

El análisis de los problemas observados así como las alternativas propuestas, considerarán opciones desde la rectoría, regulación e incentivos adecuados para que los diversos actores involucrados sintonicen con las propuestas planteadas (Erazo, 2011).

3.1 Formación y certificación de especialistas

La normativa vigente ofrece la oportunidad de formar especialistas médicos a través de dos vías principales: la formación en programas de postítulo universitarios acreditados y la certificación como especialista emitida por las entidades certificadoras definidas en virtud de la ley.

3.1.1 Formación universitaria

Actualmente existen 6 universidades que dictan 7 programas de especialización en Medicina Familiar. La disponibilidad de vacantes varía entre 20 y 30 al año. La principal fuente de financiamiento de formación universitaria de especialización es el Estado, a través de diversos programas dependientes de la División de Gestión de las Personas del Ministerio de Salud.

Los programas vigentes para el financiamiento de la formación de especialistas en Medicina Familiar son los siguientes:

- Programa de formación de especialistas dirigido a profesionales funcionarios EDF del artículo 8 de la Ley N° 19.664 (Médicos Generales de Zona). Estos profesionales acceden a los programas a través de un concurso nacional, después de haber permanecido en la etapa de destinación por un determinado tiempo. Al término de su formación no tienen obligación de retorno a sus servicios de salud de origen, e incluso se pueden alejar del sector público de salud. Estos profesionales muestran en general muy poco interés por acceder a la formación en Medicina Familiar.

TABLA 8 | Brechas de Médicos Familiares. Chile versus comparadores nacionales e internacionales

	Chile	Chile vs estándar específico			
		Ancora UC	Chile recomendación expertos	Reino Unido	EE.UU.
Brecha MF (JCE)					
Escenario Basal					
3% JCE en APS actual son MF					
Meta:					
100% médicos APS son MF	2.241	3.238	3.605	7.035	9.729
50% médicos APS son MF	1.086	1.584	1.768	3.483	4.830
Escenario Optimista					
100% de MF actuales trabajan en APS jornada completa	685	1.184	1.367	3.082	4.429
Meta: 50% MF en el sistema					
Formación MF, años para el cierre de la brecha					
Escenario Basal					
Tasa formación actual 23 MF/año	47	69	59	134	193
3% MF en el sistema actual					
Meta: 50% MF en el sistema					
Escenario Optimista					
Tasa formación 100 MF/año	10	14	17	34	48
5% MF en el sistema actual					
Meta: 50% MF en el sistema					

JCE: Jornadas completas equivalentes; MF: Médicos Familiares; APS: Atención Primaria de Salud.

Supuestos:

Escenario Basal: 3% JCE en APS actual corresponden a MF.

Escenario Optimista: 5% JCE en APS actual corresponden a MF.

Total MF formados a 2010: 470.

Fuente: Bass, C., Colegio Médico Capítulo Atención Primaria, 2010.

- Formación de especialistas para profesionales con desempeño en la APS (3 años): programa iniciado el 2007, destinado principalmente a los médicos contratados por la Ley N° 19.378, que tengan contrato vigente con alguna municipalidad del país y con un desempeño previo no inferior a tres años a la fecha de ingreso al Programa de Especialización, en uno o más establecimientos de salud municipal.

Este concurso constituye la principal fuente de financiamiento de programas de especialización en Medicina Familiar. Hasta 2010 los cupos de especialización consideraban un amplio rango de programas; a partir de 2011, este concurso focalizó la postulación en aquellas especialidades con mayor factibilidad de contribuir a fortalecer la APS.

El principal problema de este concurso es la falta de interés de estos profesionales en programas de Medicina Familiar, dada la escasa motivación e incentivos para permanecer en la atención primaria, la mayoría de los postulantes prefiere especialidades cuyo desempeño esté fuera de ese sector, por lo que es frecuente que las vacantes ofrecidas no sean asignadas en su totalidad.

En marzo de 2011 se realizó un primer concurso nacional para acceder a programas de Medicina Familiar, orientado a profesionales con sólo un año de desempeño en la APS. A este concurso nacional postularon sólo 11 profesionales, y se adjudicaron 2 cupos de formación. El problema habría sido la escasa difusión del concurso entre los médicos que trabajan en la atención primaria.

- Programa de Formación de Especialistas en la Atención Primaria (6 años): programa iniciado el año 2008 para las especialidades de Medicina Interna, Pediatría, Ginecología y Obstetricia y Psiquiatría. Se caracteriza por combinar trabajo en APS y estudio en periodos alternados de 6 meses. Cuenta con importantes incentivos económicos tanto para los médicos, las universidades como las comunas que contratan a los médicos en formación. Es la única vía de formación de especialistas financiada por el Estado que ofrece acceso a médicos recién egresados. En 2011 ofreció 128 cupos, incluyendo Neurología Adultos. Sin embargo, la oferta de cupos de Medicina Familiar ha sido escasa y no ha tenido una convocatoria significativa de postulantes.
- Programas universitarios financiados y autofinanciados: la capacidad de formación por esta vía de financiamiento es escasa.

Las propuestas para fortalecer la formación universitaria de especialistas en Medicina Familiar son las siguientes:

- Facilitar el acceso a médicos recién egresados a formación en Medicina Familiar: esta parece ser la estrategia más importante, considerando que los médicos recién egresados son los que demuestran mayor interés y vocación por esta especialidad; sin embargo, actualmente sus posibilidades de acceso son prácticamente nulas.
- Aumentar las vacantes financiadas en los programas existentes: los programas universitarios tienen capacidad de formación actualmente subutilizada. Un aumento de las vacantes financiadas debe acompañarse, sin embargo, de otras estrategias que hagan atractiva la formación e incentiven la retención de los profesionales formados en APS, para no

perpetuar la experiencia del concurso para médicos con desempeño en APS cuyos postulantes demuestran interés limitado en estos programas.

- Incentivar a las universidades para desarrollar programas de Medicina Familiar.
- Estimular otras vías de formación: se encuentra actualmente en fase de propuesta el diseño, en conjunto con las universidades, de programas incrementales de formación y capacitación para los médicos de atención primaria que conduzcan, al cabo de un tiempo determinado, a la certificación de la especialidad. Esta aparece como una vía útil y legítima de formación, pero se debe ser cuidadoso en cautelar los criterios de calidad de la formación.

3.1.2 Certificación de especialistas

La Intendencia de Prestadores de la Superintendencia de Salud, con sus nuevas funciones reguladoras y de acreditación de especialidades médicas establecidas en la Reforma de Salud, ha iniciado hace más de 2 años un proceso de certificación de especialidades (Ministerio de Salud, 2007a). Se ha establecido un cronograma con normas de carácter transitorio y permanente (Ministerio de Salud, 2009a). Se incorpora en el proceso la certificación por los propios Servicios de Salud de aquellos profesionales médicos que han realizado estadías de perfeccionamiento en los hospitales y sus redes integradas al Servicio de Salud. Además, se ha iniciado un proceso de validación de los profesionales que han sido inscritos y certificados por FONASA en la Modalidad Libre Elección (MLE) por un periodo predeterminado de años, en especialidades básicas como Pediatría y Medicina Interna, entre otras. Para ello, se dispone de Criterios de Certificación para especialistas en Medicina Familiar, definidos recientemente, con posterioridad al término del proceso de constancia de desempeño (Ministerio de Salud, 2009b) y definición de las condiciones que debe presentar un área de trabajo (prestaciones, infraestructura y equipamiento) para considerar que se entregan servicios de especialidad, las que han sido recientemente definidas para Medicina Familiar (Subsecretaría de Redes Asistenciales, 2011). De esta forma se logra generar una transición en el proceso de acreditación de especialidades, que deberá ser sustituida una vez que se legisle con una Ley de Especialidades en Chile, hasta ahora inexistente.

Para incentivar la certificación de médicos que se desempeñan en atención primaria como especialistas en Medicina Familiar, se requiere activar un proceso que recientemente ha completado la definición de sus criterios y parámetros regulatorios y promover oportunidades de formación en áreas complementarias a fin de que los postulantes adquieran las competencias necesarias para la certificación. En esta línea se debe ser especialmente cuidadoso en la cautela de la calidad de la formación y la verificación de las competencias adquiridas.

3.2 Retención e incentivos a la permanencia en atención primaria

Las políticas de retención e incentivos son un tema altamente relevante, dado que si no se modifican estos aspectos es muy probable que la presencia de médicos familiares en la atención primaria no mejore, a pesar del aumento de la formación y certificación. Dado que este es un tema significativo tanto para el sector público como privado, se presentarán las propuestas diferenciadas para cada uno de estos ámbitos.

3.2.1 Subsector público

La Medicina Familiar es reconocida por el Estado como especialidad (Ministerio de Salud, 2007a), pero no lo es su desempeño en el sistema público. En efecto, la carrera funcionaria de los médicos que trabajan en atención primaria está regulada por el Estatuto de Atención Primaria Municipal (Ley N° 19.378), que no contempla explícitamente reconocimientos ni incentivos a la especialización de los médicos, ni identificación del desempeño diferencial de los médicos familiares como especialistas en su área de incumbencia. Además, ofrece escasas oportunidades de desarrollo profesional.

Por otra parte, no existen incentivos claros ni reconocimiento a los centros de salud familiar en tanto instituciones con características estructurales y funcionales orientadas al desarrollo de un modelo de atención integral, que debe ofrecer las condiciones para el ejercicio de las competencias diferenciadoras del especialista en Medicina Familiar.

La mejoría de las condiciones laborales y las oportunidades de desarrollo y formación continua han sido demandas recurrentes por parte del sector.

Las propuestas de este estudio, en este aspecto están en dos ámbitos:

- Modificaciones legales que reconozcan las competencias diferenciadoras y otorguen condiciones y oportunidades de formación a los médicos de atención primaria, similares a las de aquellos que trabajan en los hospitales y servicios de salud. Esto puede resultar de una modificación a la Ley N° 19.378 o de la contratación de los médicos de atención primaria por los servicios de salud a través de la Ley N° 19.664, también conocida como Ley Médica, esta última ha sido la propuesta de las agrupaciones gremiales de estos profesionales para subsanar esta situación.
- Desarrollo y fortalecimiento de los sistemas de atención primaria que permitan el desempeño del médico familiar en todos sus ámbitos de incumbencia. Este aspecto es muy relevante al considerar la importancia del contexto para el ejercicio adecuado de las competencias. El rol del médico familiar requiere condiciones estructurales y funcionales para su desempeño integral. Siendo estas condiciones determinantes de la actualización de las competencias, al estar ausentes, el ejercicio del médico familiar se desdibuja y se confunde con el de un profesional generalista, este es uno de los principales

factores que inciden en la falta de interés por la especialidad en los médicos con experiencia en atención primaria.

La implementación de estos cambios es responsabilidad de múltiples actores: el Ministerio de Salud, las municipalidades, las universidades, las sociedades científicas y asociaciones gremiales, entre otras.

3.2.2 Subsector privado

La situación actual de la Medicina Familiar en el sector privado muestra una gran variabilidad, tanto en aspectos formales (sistemas de contratación y pago) como funcionales (rol, ámbitos de desempeño). En general, en el sector privado no existe un modelo de atención, la articulación entre los niveles y prestadores es más bien débil y los médicos familiares no tienen asignado un rol específico dentro de los sistemas de atención.

La presencia y crecimiento de la demanda de patologías cubiertas por el Régimen de Garantías Explícitas, ofrece una oportunidad para el desempeño de los médicos de familia tanto en sus ámbitos clínicos (manejo clínico de las patologías), como no clínicos (articulación de la red, evaluación familiar, trabajo en equipo, etc.). Estos problemas de salud ofrecen una oportunidad para el reconocimiento de la especialidad y la incorporación de un modelo de atención, que incluya aspectos como el trabajo en equipo, la continuidad del cuidado, la gestión clínica y administrativa dirigida a la articulación del sistema. Factores todos que pueden contribuir a la mejoría de la situación de salud y fidelización de los usuarios con su sistema de salud.

Para que ello ocurra, se debe estudiar un modelo de pago vinculado a las funciones incentivadas: pago por “cartera de pacientes”, “población GES-APS”, etc., y promover la instalación de un modelo de atención con las características mencionadas. La implementación de estas propuestas es responsabilidad de los actores relacionados al sistema de salud privado, especialmente prestadores y aseguradores.

Conclusiones

Chile ha experimentado importantes avances en salud en las últimas décadas. Las nuevas demandas en salud de la población y los nuevos mecanismos reguladores han puesto un mayor énfasis en la necesidad de generar un sistema más articulado, que reduzca las inequidades en salud y garantice la calidad de las prestaciones a costos razonables. Los sistemas de salud basados en una atención primaria fuerte cumplen mejor estos objetivos que los basados en atención de especialistas o médicos generales no entrenados en APS. Chile posee un sistema de salud fragmentado con muy escaso recurso humano médico entrenado específicamente en APS. Esta situación limita que se alcancen los beneficios demostrados de acceso, calidad, satisfacción y control de gasto

de países con menores inequidades y altos indicadores de salud poblacional con sistemas basados en APS.

El desafío determinado por la magnitud de la brecha de especialistas en Medicina Familiar, en cualquiera de los escenarios propuestos en este estudio, es imposible de abordar sin un impulso decidido a la formación de especialistas, usando para ello todas las vías existentes en el marco legal vigente. En este sentido, se torna imprescindible iniciar un proceso similar al que la política de certificación ha implantado para otras especialidades, en el marco de las atribuciones que la reforma otorga a la Superintendencia de Salud en tanto ente regulador.

Se debe priorizar una estrategia que, junto con avanzar en cerrar las brechas de especialistas, se oriente a elaborar e implementar una política sectorial con el propósito de validar un perfil de especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. De no generar las condiciones para ello, se puede dificultar la concreción de los principios y objetivos explicitados en el propio diseño de la reforma. El incremento insospechado de la subespecialización puede terminar por desviar finalmente la atención de las prioridades sanitarias.

Así también muchas veces la “controversia de médicos de familia o médicos especialistas”, como opción de priorización sectorial en recursos humanos, ha generado cierta inercia en las decisiones de política pública. La consideración de las brechas de especialidades reconocidas e identificadas por regiones y a nivel de país así lo demuestra.

Una de las lecciones aprendidas de la reforma de salud es la necesidad de integrar, en los procesos de transformación sectorial, tanto los aspectos de financiamiento y provisión como los de rectoría y regulación. Para ello, en estos procesos de reformas sustantivas es fundamental incorporar de manera transversal una política de recursos humanos en sintonía con los objetivos trazados, en especial en lo referente al modelo de atención de salud. Es imprescindible, por lo tanto, materializar en forma adecuada los incentivos a la formación de profesionales y su inserción laboral.

El desarrollo del recurso médico para la atención primaria requiere establecer su propia sinergia y vínculo con los procesos de acreditación de especialidades, tal como hasta ahora se ha venido desarrollando en las especialidades básicas a partir de la agenda de acreditación que conduce la Superintendencia de Salud. Reconociendo que una gran proporción de médicos que no tienen formación de especialistas en APS trabajan en los centros de salud a nivel primario, debería ser un objetivo de las políticas de desarrollo de recursos humanos en salud del Estado otorgarles oportunidades para que en el proceso de certificación de especialidades puedan optar a la especialización en Medicina Familiar. Para ello se requiere reconocer el tiempo y calidad

de cierre de brecha, el sistema completo puede beneficiarse al impulsar sistemas de certificación que permitan asegurar la calidad de los profesionales. La cobertura de la brecha implica una definición clara del sistema de salud, respecto a que los médicos familiares son los especialistas médicos prioritarios para la atención primaria. Este proyecto aporta información significativa sobre los fundamentos de esta definición, brecha existente y posibles mecanismos de cierre de la brecha.

Bibliografía

- Accreditation Council for Graduate Medical Education. Chicago: ACGME;** c2000-2009. Outcome Project. Disponible en: <http://www.acgme.org/outcome/> [Accesado el 15 de mayo de 2011].
- APICE Chile,** 2010. Agencia Acreditadora de programas y centros formadores de especialistas médicos. *Requisitos Específicos para un programa de formación de especialista en Medicina Familiar.* Chile. Disponible en: http://www.apicechile.cl/index.php?option=com_wrapper&view=wrapper&Itemid=10 [Accesado el 25 de abril de 2011].
- Barber, P., González, B.,** 2008. *Oferta y necesidad de especialistas médicos en España (2008-2025).* Universidad de La Palmas de Gran Canaria. Ministerio de Sanidad y Consumo, Gobierno de España. Disponible en: http://www.msps.es/profesionales/formacion/docs/necesidadesEspecialistas2008_2025.pdf [Accesado el 17 de marzo de 2011].
- Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria,** 2002. *Programa de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria.* Consejo Nacional de Especialidades Médicas. Ministerio de Sanidad y Consumo. Ministerio de Educación, Cultura y Deporte. España.
- Conferencia Iberoamericana de Medicina Familiar,** 2005. Compromiso de Santiago de Chile. *En Segunda Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar* [En línea]. Santiago de Chile. Disponible en: http://www.medicinafamiliar.cl/medfam/CUMBRE/Dosier_II_Cumbre_IBA-deMFStgoChile.doc [Accesado el 15 de abril de 2011].
- Conferencia OMS-WONCA,** 1994. *Haciendo el ejercicio médico y la formación médica más adecuados a las necesidades de la población. La contribución del médico de familia.* Barcelona: semFyC. Disponible en: http://www.pacap.net/es/publicaciones/pdf/comunidad/1/documentos_haciendo_el_ejercicio.pdf [Accesado el 20 de mayo de 2011].
- Consorcio Universitario de Salud y Medicina Familiar,** 2004. Consorcio universitario de salud y Medicina Familiar. [En línea]. Santiago. Disponible en: <http://www.medfamiliar.cl/index2.php> [Accesado el 30 de septiembre de 2011].
- Epstein, R.M. y Hundert, E.M.,** 2002. Defining and Assessing Professional Competence. *JAMA* 287(2), 226-235.

- Erazo, A.**, 2011. *La protección social en Chile. El Plan AUGE: avances y desafíos*. Serie Financiamiento del Desarrollo N° 238. Unidad de Estudios del Desarrollo. División de Desarrollo Económico. CEPAL. Santiago de Chile.
- Facultad de Medicina, UNAM**, 2009. *Plan único de especializaciones en Medicina Familiar*. División de Estudios de Postgrado e Investigación. Subdivisión de Especializaciones Médicas, México, DF. Disponible en: <http://www.facmed.unam.mx/deptos/familiar/invest/medfamiliar.pdf> [Accesado el 30 de abril de 2011].
- Foss, N.J. y Knudsen, C.** 1996. *Towards a Competence Theory of the Firm*. Eds. Londres, Routledge.
- Gulliford, M.**, 2002. Availability of primary care doctors and population health in England: is there an association?" *J. Public Health Med* 24(4), 252-254.
- Kravet, S., Shore, A., Miller R., Green, G., Kolodner, K. y S. Wright**, (2008) "Health care utilization and the proportion of primary care physicians. *Am J. Med* 121(2), 142-148.
- Macinko, J., Starfield, B. y Shi, L.**, 2003. The contribution of primary care systems to health outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) countries, 1970-1998. *Health Serv Res.* 38(3), 831-865.
- Macinko, J., Starfield, B. y Shi, L.**, 2007. Quantifying the Health Benefits of Primary Care Physician Supply in the United States. *Int J Health Serv* 37(1), 111-126.
- Mercado, R.**, 2010. *Caracterización y análisis del perfil de derivaciones de un centro de salud familiar al nivel secundario*. Proyecto de investigación para optar al título de especialista en Medicina Familiar. Chile, Departamento de Medicina Familiar, Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Ministerio de Salud**, 2005. *Modelo de Atención Integral en Salud*. Santiago de Chile. Subsecretaría de Redes Asistenciales, División de Gestión de la Red Asistencial. Ministerio de Salud.
- Ministerio de Salud**, 2007a. *Reglamento de certificación de las especialidades y subespecialidades de los prestadores individuales de salud y las entidades que la otorgan*. Decreto Supremo N° 57. Santiago de Chile. Disponible en: http://www.supersalud.gob.cl/normativa/571/articles-4799_recurso_1.pdf [Accesado el 25 de agosto de 2011].
- Ministerio de Salud**, 2007b. *Reglamento sobre los Registros relativos a los Prestadores Individuales de Salud*. Decreto Supremo N° 16. Subsecretaría de Redes Asistenciales, Santiago de Chile. Disponible en: http://www.supersalud.gob.cl/normativa/571/articles-5057_recurso_1.pdf [Accesado el 15 de agosto de 2011]
- Ministerio de Salud**, 2009a. *Imparte instrucciones para la emisión de constancia de desempeño laboral en una especialidad o subespecialidad por los Directores de los Servicios de Salud*. Circular N° 15/05. Subsecretaría de Redes

Asistenciales, Santiago de Chile. Disponible en: http://www.supersalud.gob.cl/normativa/571/articles-5091_recurso_1.pdf [Accesado el 18 de agosto de 2011]

Ministerio de Salud, (2009b). *Complementa Circular N°15/05 del 29 de enero de 2009 sobre constancia de desempeño laboral en una especialidad o sub-especialidad por los Directores de los Servicios de Salud*. Circular N° 15/08. Subsecretaría de Redes Asistenciales, Santiago de Chile. Disponible en: http://www.supersalud.gob.cl/normativa/571/articles-7195_recurso_1.pdf [Accesado el 18 de agosto de 2011].

Ministerio de Salud, Ministerio de Hacienda, 2007. *Aprueba Garantías Explícitas en Salud del Régimen General de Garantías*. Decreto N° 44. Santiago de Chile. Disponible en http://www.supersalud.gob.cl/normativa/571/articles-3174_recurso_1.pdf [Accesado el 16 de agosto 2011].

Montero, J., Téllez, A., y Herrera, C., 2010. *Reforma Sanitaria chilena y la atención primaria de salud. Algunos aspectos críticos*. Temas de Agenda Pública, Año 5, Número 38, septiembre de 2010, Pontificia Universidad Católica de Chile, Centro de Políticas Públicas. Santiago, Chile.

Olesen, F., Dickinson, J., y Hjortdahl, P. 2000. General Practice—Time for a New Definition *BMJ* 320(7231), 354-357.

Organización Mundial de la Salud, 2008. *Informe sobre la salud en el mundo: la atención primaria de salud, más necesaria que nunca*. Ginebra, Organización Mundial de la Salud.

Organización Panamericana de la Salud, 2007. *Renovación de la atención primaria de salud en las Américas: Documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS)*. Washington D.C., Organización Panamericana de la Salud.

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico, 2009. *Panorama de la salud 2007. Los indicadores de la OCDE*. Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud, Ministerio de Sanidad y Política Social, España, por la edición española. Publicado por acuerdo con la OCDE, París.

Patterson, F., Ferguson, E., Lane, P., Farrell, K., Martlew, J., y Wells, A., 2000. A Competency Model for General Practice: Implications for Selection, Training, and Development. *Br J Gen Pract* 50(452), 188-193.

Peñaloza, B., Leisewitz, T., Bastías, G., Zárate, V., Depaux, R., Villarroel, L. y Montero, J., 2010. Metodología para la evaluación de la relación costo-efectividad en centros de atención primaria de Chile. *Rev Panam Salud Pública* 28(5), 376-387.

Pucheu, J.A., 2002. Algunas precisiones sobre la idea de competencia y sus componentes *Revista Chilena de Psicología*. 23, pp. 36-43.

Pucheu, J.A., 2005. La importancia de los determinantes colectivos del desempeño en la evaluación de competencias. *Revista de Psicología de la Universidad de Chile* 14(2), 177-188.

- Roberfroid, D., Leonard, C. y Stordeue, S.**, 2009. Physician supply forecast: better than peering in a crystal ball? *Human Resources for Health* Feb 13; 7:10.
- Román, O.**, 2008. Incorporación de médicos especialistas a la atención primaria ¿una paradoja nacional? *Revista Médica Chile* 136(8), 1073-1077.
- Román, O., Acuña, M., y Señoret, M.**, 2006. Disponibilidad de médicos en Chile al año 2004. *Revista Médica Chile* 134(8), 1057-1064.
- Ros Martrat, E.**, 2004. Las competencias profesionales adquiridas en Medicina Familiar y comunitaria. Una mirada desde tutores y residentes. *Educación Médica*. 7, pp. 125-131.
- Shi, L., Macinko, J., Starfield, B., Wulu, J., Regan, J., y Politzer, R.**, 2003. The relationship between primary care, income inequality, and mortality in US States, 1980-1995. *J Am Board Fam Pract* 16(5), 412-422.
- Soto, R.**, 2003. Modelo de Atención Primaria y Perspectivas. Conferencia. Departamento Atención Primaria. División de Gestión de Red de servicios. Ministerio de Salud, 14 de mayo 2003.
- Starfield, B., y Shi, L.**, 2002. Policy relevant determinants of health: an international perspective. *Health Policy*. 60(3), 201-218.
- Starfield, B., Shi, L., y Macinko, J.** 2005. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q*. 83(3), 457-502.
- Subsecretaría de Redes Asistenciales**, 2010. *Estudio de brechas de oferta y demanda de médicos especialistas en Chile*. Colaboración Técnica Banco Mundial – Gobierno de Chile. Departamento de Estudios de Recursos Humanos. Santiago, Serie Cuadernos de Redes N° 31. Enero 2010.
- Subsecretaría de Redes Asistenciales**, 2011. *Complementa orientaciones para determinación de áreas de servicio*. Ordinario C32 N° 3017. Santiago de Chile.
- Superintendencia de Salud**, 2011. *Registro Nacional de Prestadores Individuales de Salud*. Disponible en: <http://webhosting.superdesalud.gob.cl/bases/prestadoresindividuales.nsf/WebRegistro?OpenFrameSet> [Accesado el 11 de octubre de 2011].
- Tejada, A.**, 2003. Los modelos actuales de gestión en las organizaciones. Gestión del talento, gestión del conocimiento y gestión por competencias. *Psicología desde el Caribe*, Universidad del Norte. Colombia. 12, julio-diciembre de 2002, pp. 115-133.
- Téllez, A.**, 2006. *Atención primaria: factor clave en la reforma al sistema de salud*. Temas de Agenda Pública, Año 1, Número 2, agosto de 2006. Santiago, Pontificia Universidad Católica de Chile, Vicerrectoría de Comunicaciones y Asuntos Públicos.

The College of Family Physicians of Canada. Working Group on Curriculum Review. Can MEDS-Family Medicine Framework, 2009. Canadá. Disponible en: <http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Education/CanMeds%20FM%20Eng.pdf> [Accesado el 22 abril 2011].

Tokman, M., Marshall, C., y Espinosa, C., 2007. *Un matrimonio difícil: la convivencia entre un seguro público solidario y seguros de salud competitivos*. Santiago de Chile. Serie Financiamiento del Desarrollo N° 199. Unidad de Estudios del Desarrollo. División de Desarrollo Económico. CEPAL.

US Department of Health and Human Services. Health Resources and Services Administration Bureau of Health Professions, 2006. *Physician Supply and Demand: Projections to 2020*. Disponible en: <http://www.achi.net/HCR%20Docs/2011HCRWorkforceResources/Physician%20Supply%20and%20Demand-2020%20kl.pdf> [Accesado el 18 de mayo de 2011].

PDF