

Incorporación de médicos especialistas a la atención primaria ¿una paradoja nacional?

Oscar Román A.

Incorporation of specialists to primary health care to increase its efficiency

In the last decade, the number of general practitioners has decreased in Chile and there is a lack of interest among new doctors to work in Primary Care. The low number of positions for primary care physicians in the national public and community health services are one cause, among others, for this decrease. On top, there is a lack of incentives and continuous training in community health services. This situation lead to reinforce primary care with internists, gynecologist, surgeons and psychiatrists in training. During their residence, part of the working journey of these trainees will be carried out in general medical outpatients clinics. This solution has been criticized by university authorities. The other solution is to incorporate certified basic specialists in teams of three to five, in outpatient clinics of communities with high number of beneficiaries. This initiative is supported by the great number of specialists available in Chile, but is hampered by the lack of working positions and financing. It would increase the problem solving capacity at the primary level, decreasing the number of specialist derivations, that collapse secondary levels of health care (Rev Méd Chile 2008; 136: 1073-7).

(Key words: Community medicine; Education, medical, continuing; Primary health care)

Recibido el 17 de julio, 2007. Aceptado el 26 de diciembre, 2007.
Profesor de Medicina, Universidad de Chile. Santiago de Chile.

La atención primaria constituye la piedra angular de la actual Reforma de Salud del país¹. En función de ello, se han construido consultorios primarios, municipalizados o no, en diversas regiones y zonas del país, de tal modo que alcanzan actualmente a un número significativo, correspondiente a las 350 comunas del país. A esto se suma la instalación de más de 100 Servicios de Atención Primaria de Urgencia o SAPU^{2,3}.

Sin embargo, este progreso estructural y tecnológico no ha ido en paralelo con el reforzamiento del recurso humano, especialmente de profesionales médicos. Estos, en la Atención Primaria (APS), suman 2.555 que sirven 93.121 h para una población beneficiaria de 9.976.722 personas. Si nos basamos en jornadas de 44 h (el máximo del sector público), ellas son 2.116, lo que traducido a la relación médico/habitante, significa 2,12 médicos por cada 10.000 beneficiaria FONASA. Se establece así una brecha país significativa en relación a los estándares internacionales, que recomiendan 3,0/10.000 como promedio⁴.

Correspondencia a: Dr. Oscar Román A. Huelén 154, Depto. 2, Santiago. Fono: 2362010.
E mail: oscarromanalemany@hotmail.com

CAUSAS DE LA INSUFICIENCIA
DE MÉDICOS GENERALES EN EL PAÍS

Son varias:

a) *Carrera profesional.* Tradicionalmente, la carrera del médico nacional ha sido iniciarse como médico general (MG) por lapsos variables de 3 a 5 años, como lo establecía el reglamento de MG de zona (5 años) y actualmente, un mínimo de 3 años, de acuerdo al estatuto médico funcionario, sancionado por la Ley 19.664⁵. Después se desarrolla el período de especialización, que dura 3 años para las especialidades básicas y 2 más para lograr la subespecialización. Este largo camino, que involucra un mínimo de 8 años, ha sido muy criticado, porque las llamadas becas primarias se inician de inmediato al egreso y conducen, después de 3 años de formación, al título de especialista en cualquiera de las especialidades básicas o madre elegidas (medicina interna, pediatría, cirugía general, ginecología-obstetricia y psiquiatría). Luego se puede acceder a los programas de subespecialización, que duran 2 años. Así, el camino se acorta a 5 años. Más aún, las estadías o programas de perfeccionamiento que llevan a las actualmente denominadas especialidades primarias (oftalmología, imagenología, neurología, etc.), permiten la certificación respectiva a los 2 años⁶.

Así, aparece claro que el futuro del MG no es mantenerse como tal sino aspirar a una especialización, como ha sido tradicional en nuestra medicina. No existe una verdadera carrera como MG que transcurra a lo largo de toda la vida profesional³.

b) *Desinterés por la Medicina General.* Es un elemento muy presente en las encuestas realizadas a los egresados y que se manifiestan en el escaso interés mostrado en acceder a cargos de MG. Este hecho se debe no sólo al aumento explosivo de la tecnología aplicada a las especialidades, y su contribución a la resolución diagnóstica y facilitación de la terapéutica, sino también a la connotación de prestigio profesional y valoración económica que conlleva la especialización. Además, el interés por la especialización arranca desde los estudios médicos, porque la inmensa mayoría de los académicos clínicos son especialistas y provocan una emulación tácita del estudiante por la maestría especializada^{7,8}.

c) *Estatuto de atención primaria municipalizada.* Respecto al recurso humano y a los médicos en particular, el Estatuto muestra serias limitaciones, como ausencia de calificaciones, falta de ascensos por grados definidos, carencia de estímulos para el ejercicio profesional, como cursos de capacitación, seminarios de perfeccionamiento, permisos para asistencias a congresos y reuniones clínicas hospitalarias, entre otros. La ausencia de etapas o grados a través del tiempo referidos al progreso profesional y no a la mera antigüedad, determina carencia de estímulo para que los médicos puedan continuar como MG por largos periodos³.

d) *Calidad de atención.* Los médicos recién egresados que se inician como MG tienen ineludiblemente poca experiencia, carecen de conocimientos debidamente sedimentados y poco tiempo de práctica ambulatoria. Si bien poseen una buena preparación como tales, de acuerdo a los programas universitarios actuales^{9,10}, acusan frecuentemente falta de resolutivez clínica en diversos problemas asistenciales. Esta relativa reducción de la calidad de la atención clínica en la APS, que ha sido reconocida por los mismos actores y por experiencias de auditoría, determina un aumento del número de interconsultas y largas listas de espera en el nivel secundario. En concordancia con ello, los MG reconocen la necesidad de apoyo por médicos de experiencia o especialistas.

Estas limitaciones de la organización, estructura y carrera funcionaria de la APS y que han afectado el ejercicio profesional de los MG, han determinado en gran medida el cambio de la relación MG-M especialista, que de 60% a 70% en los sistemas de salud internacionales, se ha invertido en nuestro país en las dos últimas décadas. La proporción de MG ha bajado a 36% en el sistema público y a 18% si se considera solamente el sistema de Servicios de Salud⁸.

POSIBLES SOLUCIONES AL PROBLEMA

Frente a esta problemática, se han buscado posibles soluciones desde distintos puntos de vista.

1. Implementación de una verdadera carrera funcionaria para los MG en la APS municipalizada. Están en estudio una serie de modificaciones al

- Estatuto de Salud Municipal para adecuarlo a una carrera funcionaria real, similar en sus etapas a las de la Ley 19.664, que rige a los médicos de trabajo diurno. También se estudian medidas para mejorar la asignación por trabajo de urgencia en los SAPU.
2. Mejoría de la tecnología de apoyo. La actual ley de autoridad sanitaria, que es parte de la Reforma, establece diversas medidas para aumentar la tecnología de los consultorios de APS¹.
 3. Refuerzo con médicos de familia. La medicina familiar ha adquirido especial desarrollo, en particular en atención a los Centros de Salud Familiar (CESFAM) que han aumentado a través del país. Se trata de médicos de familia (MF) formados como especialistas en esa disciplina gracias a becas ministeriales o universitarias. Para muchos autores, los MF deberían ser quienes, en primera línea, deberían atender en la APS, gracias a su amplia preparación en todos los problemas médicos que puede sufrir el paciente en su entorno familiar y social. El problema estriba en que actualmente el número de ellos supera escasamente los 300 profesionales y los egresados por año son escasos. De esta situación deriva que alcanzarían a cubrir apenas las necesidades de los CESFAM en expansión¹¹.
 4. Refuerzo de la atención primaria con becarios de especialidades básicas. Se trata de destinar media jornada del periodo de formación de los estudiantes de postítulo durante la realización del programa de especialización en medicina interna, pediatría, cirugía general y obstetricia. También se incluiría psiquiatría. Este plan piloto permitiría reforzar la APS en los consultorios urbanos solamente, porque éstos son los que actualmente muestran falencias en personal médico. El recorte parcial de tiempo que se produciría en el Programa completo de cada especialidad básica obligaría a prolongar el periodo de formación en 3 años más, lo que significaría 6 años para su compleción¹². Esta iniciativa tiene detractores, que argumentan que se alterarían los programas de formación ya acreditados por las escuelas de graduados y obligarían a destinar horas docentes suplementarias para las jornadas ambulatorias en la APS. A favor se ha argumentado que los becarios básicos podrían adquirir así conocimiento y experiencia más acabados en las patologías más prevalentes, que son precisamente las de atención ambulatoria. El mayor problema reside en la prolongación de la beca a 6 años, a los que se suman 2 años más de subespecialización, lo que pondría el proceso en igual duración (8 años) al que se inicia como MG.
 5. Incorporación de especialistas básicos a la APS. Se sabe que existe actualmente un pequeño número de especialistas básicos contratados en los consultorios primarios, sean municipales o de los servicios de salud. Se trata de internistas y pediatras. Si ello se hiciera sistemáticamente significaría que esos médicos renunciarían a la condición natural de especialista, el que debe actuar en la segunda línea de atención. Para el autor, reproduciendo en parte el modelo inglés¹³, se trataría de formar equipos de 3 ó 4 especialistas básicos, que radicados en un consultorio primario de gran consulta, recibirían las interconsultas de los MG locales, pudiendo evacuarlas con gran celeridad descongestionando los consultorios de especialidad o CDT. A la vez, pudieran así mismo, aportar su experiencia a los MG, lo que permitiría mejorar el poder de resolutivez de éstos. Esta posible solución tiene limitaciones logísticas. En primer lugar, no soluciona los problemas de los consultorios de menor demanda, ubicados en las comunas pequeñas y que están más alejados de centros de especialistas básicos. En segundo lugar, sería preciso disponer de plantas y recursos para contratar a esos especialistas básicos, las que no están disponibles ni contempladas en las adecuaciones de la reforma de salud. En tercer lugar, se ha desvirtuado el uso de los centros de referencia en salud (CRS), que planeados en los 90, no han logrado realizar adecuadamente tal función, por ser escasos y haber sido destinados a otras instancias médicas, como servicios de urgencia, hospitalización diurna para pacientes psiquiátricos o destinados en parte a servicios de alta tecnología, que emulan a la correspondiente a los CDT en algunos casos.

DISCUSIÓN

Las limitaciones que hemos observado en la medicina general de la APS han provocado una clara preocupación en las autoridades de salud,

por cuanto la reforma, en marcha desde 2001, tiene como piedra angular la atención en el primer nivel. De estas limitaciones, una de las más importantes y más preocupante es el déficit en número y calidad de los médicos generales que laboran en ella. Este problema responde a varios factores, que ya analizamos, pero el más incidente parece ser el desinterés de los egresados de medicina por contratarse como MG. Este desinterés, que responde a motivaciones personales y a los déficits estructurales que hemos señalado, es difícil de paliar o eliminar si no se ponen en marcha caminos claros de solución. De éstos, los más importantes son el establecimiento de una carrera funcionaria bien definida y estructurada y el aumento de responsabilidad y calidad basado en emolumentos justos. El Minsal ha respondido al presente a esta inquietud con un proyecto de carrera funcionaria adecuado y un aumento significativo de remuneraciones, otorgado en conjunto con las peticiones del Colegio Médico recientemente acordadas.

Para otros, la solución podría ser incorporar especialistas básicos, en las condiciones ya señaladas¹². Ello constituiría una paradoja nacional y significaría abdicar a la condición básica de la praxis médica, que establece que el especialista esté situado en el nivel secundario de atención. Además significaría arrebatar la atención del primer nivel a los MG, que han sido legítima y adecuadamente preparados por nuestras universidades para esa labor. Las deficiencias en una adecuada resolutiveidad y las carencias de conocimientos y destrezas clínicas, se deben principalmente a los médicos extranjeros que han sido contratados para llenar las brechas producidas por el desinterés de los médicos nacionales.

La solución planteada por Ipinza¹² en el sentido de destinar parte de la jornada de los becarios de

programas de formación de especialistas básicos a la atención ambulatoria, ha sido cuestionada por las autoridades universitarias de las escuelas de postgrado, porque ello significaría incumplir los programas docentes establecidos para 3 años de beca.

En los años 90, la solución ideada para reforzar la resolutiveidad del primer nivel de atención fue crear filtros intermedios entre este nivel y el secundario, con los denominados CRS o centros de alta resolutiveidad en salud, que estarían a cargo de especialistas básicos apoyados en tecnología poco compleja. Sin embargo, no se han construido más de 3 o 4 CRS y sus objetivos y estructuración han sido alterados completamente.

Otra idea, planteada por el autor, consistente en establecer equipos de especialistas básicos en los consultorios primarios de gran población a atender, con el objeto de resolver las interconsultas y dar apoyo en experiencia clínica a los MG de ese consultorio y de otros vecinos en comunas de la provincia respectiva, tiene como limitante la ausencia de plantas para realizar tales contrataciones, además del factor que significa la inclusión, siempre resistida, de especialistas en el nivel primario. Sin embargo, pensamos que el especialista bien formado seguirá siendo tal en cualquier lugar al que se le destine, siempre que tenga, antes de él, un nivel primario adecuado en la red de atención. Una de las estrategias para reducir la desproporción observada en el país entre MG y ME, que es muy significativa⁸, sería mejorar con decisión las limitantes descritas en la atención primaria para pavimentar el acceso de los MG hacia ella. Para ello se requiere un trabajo administrativo, legal y financiero decidido de las autoridades sanitarias, que afortunadamente parece estar en sus etapas de concreción, en forma de aumento de cargos, de remuneraciones y de carrera funcionaria para los MG.

REFERENCIAS

1. Diario Oficial Ley 19.937. Modifica el Dt. Ley 2.762 de 1979 con la finalidad de establecer una nueva concepción de la autoridad sanitaria, distintas modalidades de gestión y fortalece la participación ciudadana. Febrero, 2004.
2. SOTO R. *Reforma de salud: aspectos teóricos y conceptuales*. Monografía. Ministerio de Salud. Julio 2003.
3. Diario Oficial Ley 19.378. Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal. Abril 1995.
4. ROMÁN O, PINEDA S, SEÑORET M. Perfil y número de médicos generales que requiere el país. *Rev Méd Chile* 2007; 135: 1209-15.
5. Diario Oficial Ley 19.378. Establece normas especiales para profesionales funcionarios que indica de los servicios de salud y modifica la Ley 15.076. Febrero 2000.

6. Escuela de Posgrado, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. Normas reglamentarias sobre programas de especialistas conducentes a título. 1996-1997.
7. GARCÍA HUIDOBRO D, NÚÑEZ F, VARGAS P, ASTUDILLO S, HITSFELD M ET AL. Expectativas de estudiantes de medicina de pregrado en relación al perfil del médico esperado. *Rev Méd Chile* 2006; 134: 947-54.
8. ROMÁN O, ACUÑA M, SEÑORET M. Disponibilidad de médicos en Chile al año 2004. *Rev Méd Chile* 2006; 134: 1057-64.
9. ROSSELOT E. Reorganización de la educación médica. Aspectos esenciales de la reestructuración de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. *Rev Méd Chile* 1997; 125: 793-91.
10. ROSSO P, VELASCO N, MORENO R. Reforma del currículum de pregrado en la Escuela de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile: Objetivos, metodología y estado de avance. *Rev Méd Chile* 1997; 125: 796-807.
11. Sociedad Científica de Medicina Familiar y General de Chile. La medicina familiar en la reforma de salud chilena. *Rev Ch Med Familiar* 2000; 1: 25-32.
12. IPINZA M. Cómo solucionar el déficit de médicos en los consultorios urbanos municipalizados. *Cuad Med Soc* 2004; 44: 73-9.
13. Sistema de Salud del Reino Unido. Personal requerido para el sistema de salud inglés. Informe. 1999.