

# PROPUESTA PARA UNA POLÍTICA DE DESARROLLO PROFESIONAL CONTINUO DEL RECURSO MÉDICO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE CHILE

## PROPOSAL FOR A CONTINUING PROFESSIONAL DEVELOPMENT POLICY IN CHILEAN PRIMARY CARE RESUMEN

*El Sistema Público de Salud en Chile presenta actualmente largos tiempos de espera que sufren los pacientes al ser derivados a un centro de mayor complejidad, realidad que en algunas localidades puede demorar meses o incluso años. Estimamos que muchas de las patologías se podrían resolver desde la Atención Primaria de Salud (APS), descongestionando otros niveles de atención en el sistema, que deben ocuparse de problemas que requieran mayor tecnología.*

*Para avanzar en esta solución, es importante tomar en consideración la experiencia práctica de los principales actores involucrados, como son los mismos médicos APS. Por ello, esta publicación contiene una propuesta política de desarrollo profesional continuo (DPC), con el objetivo de lograr responder integralmente la necesidad de capacitación y actualización permanente que se requiere.*

*La propuesta aborda de manera separada el ámbito de formación médica continua (FMC) y el de la especialización, considerando que la FMC debería comenzar cuando ingresa el profesional a la APS y efectuarse de manera progresiva según los años de servicio. En cuanto a la especialización, los médicos en la APS deberían contar con la posibilidad de efectuar residencias en las diferentes áreas de la medicina, para que logren desempeñarse posteriormente en las distintas especialidades de este nivel y en el resto de la red pública de salud.*

*Con esta propuesta se espera mejorar la calidad del servicio que se ofrece a la comunidad, fortaleciendo la permanencia de los médicos en el primer nivel de atención, además de aumentar la resolutiveidad que debería brindar la APS en nuestro país.*

## INTRODUCCIÓN

El Sistema de Salud chileno, desde la fragmentación del Servicio Nacional de Salud (SNS), avanzó hacia la privatización y desarticulación. Por un lado se dio término al financiamiento solidario y compartido de la salud, originándose un desfinanciamiento progresivo del Sistema Público en aras de las Instituciones de Salud Previsional (Isapre). Y por otro se divide el Sistema Público, creándose el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) y entregando la administración de la Atención Primaria de Salud (APS) a los municipios.<sup>1</sup> Este escenario ha provocado que la brecha en relación a la salud entre ricos y pobres sea cada vez mayor.

El Ministerio de Salud (MINSAL) realizó en el año 2003 una descripción del Modelo de Atención de Salud, determinando, en lo que se refiere a la APS, que los consultorios no cuentan con la capacidad para resolver los principales problemas de salud de la comunidad. Esto se evidencia en deficiencias en la oportunidad de la atención, que afectan la percepción de la población sobre su confiabilidad y generan problemas de trato del personal hacia los usuarios. Lo anterior se traduciría en una gran demanda de la comunidad hacia los servicios de urgencia hospitalarios (aproximadamente un 50% de las consultas totales) y la derivación excesiva desde el consultorio al nivel secundario, con un grado de resolución menor del esperado para el nivel primario de atención.<sup>2</sup>

En este contexto, y debido a la modificación del perfil demográfico y epidemiológico de la población en nuestro país, la última reforma de salud planteó dar un gran impulso a la APS y conseguir la cobertura necesaria para solucionar el mayor número de problemas en la consulta médica, junto a la implementación de programas de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de la salud comunitaria.<sup>3</sup>

Sin embargo, a pesar de las intenciones declaradas en la reforma, implementada desde hace más de nueve años, y del aumento progresivo de recursos económicos destinados a la APS, existen problemas no abordados. Es el

caso de la ausencia de una política integral de desarrollo del recurso médico de la atención primaria, lo que produce que persista un significativo déficit de horas médicas. (Tabla 1)

**Tabla 1. Déficit de médicos de Atención Primaria pública en Chile**

Médicos	Cantidad disponible	Cantidad necesaria	Déficit absoluto	Déficit en %
1/2.000	3.136*	5.954	2.818	- 47.3%
1/1.125**	3.136*	10.584	7.448	- 70.4%

\* Estimación realizada en base a información de la Resolución Exenta 640. División de Atención Primaria, Subsecretaría de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud. 26 de mayo de 2014.

\*\* Primary Care- Will It Survive? *N Engl J Med* 355; 9.

Otro desafío importante consiste en aumentar la resolutivez en el nivel primario, factor clave para cumplir las expectativas de esta reforma. Esto se traduce en la capacidad de diagnosticar y tratar adecuadamente la patología prevalente, con los métodos diagnósticos y terapéuticos adecuados, para derivar oportunamente lo que corresponda e influir en la incidencia de patologías a través de métodos eficaces de prevención.<sup>4</sup>

### Desarrollo Profesional Continuo (DPC)

El desarrollo de los recursos humanos en salud, es un factor muy importante en la conformación de la base social y técnica de los sistemas de salud y de su mejoramiento. De acuerdo con el "Llamado a la acción de Toronto 2006-2015. Hacia una década de Recursos Humanos en Salud para las Américas", la contribución de los trabajadores de la salud es un factor esencial de la mejoría de la calidad de vida y de salud.<sup>5</sup>

Para la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (Semergen), el DPC exige incrementar los conocimientos y perfeccionar las habilidades profesionales, pero va algo más allá, profundizando en lo que respecta a la vocación. Un proceso de DPC está orientado a mejorar la atención que presta el profesional a los ciudadanos y a la sociedad en general.<sup>6</sup>

El DPC es un proceso que se inicia mediante una fase de autoanálisis de competencia personal y profesional, además de otros requerimientos sobre competencias profesionales; de forma paralela se establecen planes de formación adaptados y personalizados, así como estrategias de mejora tanto a nivel personal como profesional. El concepto de DPC es asimilable al del mantenimiento de la competencia profesional.<sup>6</sup>

Por otro lado, Pardell propone como componentes del DPC:<sup>7</sup>

- Formación Médica Continua (FMC).
- Actividad asistencial.
- Actividades de investigación, docencia y gestión clínica.
- Otras actividades de perfeccionamiento profesional.
- Ética y profesionalismo.

## OBJETIVO

Formular recomendaciones que contribuyan a generar una Política de Desarrollo Profesional Continuo del recurso médico de la APS de Chile.

## MATERIAL Y MÉTODO

Debido a la inexistencia de una política pública relacionada con el Desarrollo Profesional Continuo (DPC) del recurso médico de la APS de Chile, se realizó un estudio exploratorio-descriptivo y se utilizó una metodología cualitativa basada en la técnica de grupo nominal.

### Universo y muestra

Se consideró como unidad de análisis a los actores relevantes involucrados en la generación de propuestas para el recurso humano médico de la APS. De este modo la muestra estuvo conformada por dirigentes de la Agrupación Nacional de Médicos de Atención Primaria, de la que el autor de este trabajo forma parte y quien, desde ahí, desarrolló la síntesis del tema estudiado, complementando la labor efectuada anteriormente en el Departamento de Formación y Acreditación del Colegio Médico de Chile.

## RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

La recolección de información se efectuó en el contexto de reuniones nacionales de la Agrupación de Médicos APS, en las cuales se exploraron las visiones de actores a través de la técnica de grupo nominal, utilizando como base el documento "Propuesta para la elaboración de una Política de Desarrollo Profesional de los Médicos de Atención Primaria", así como bibliografía relacionada. Esta técnica permite facilitar la generación de ideas y el análisis de problemas. El análisis se lleva a cabo de un modo altamente estructurado, permitiendo que al final de la reunión se alcancen un buen número de conclusiones sobre los temas planteados.<sup>8</sup>

## RESULTADOS

La siguiente propuesta describe la Política de Desarrollo Profesional Continuo (DPC) del recurso médico de la APS en Chile, abordando de manera separada el ámbito de la Formación Médica Continua (FMC) y el de la especialización.

### A. Programa de Formación Médica Continua (FMC)

De acuerdo al documento "Propuesta para la elaboración de una Política de Desarrollo Profesional de los Médicos de Atención Primaria", la Formación Médica Continua debe comenzar cuando ingresa el profesional a la APS y efectuarse de manera progresiva según los años de servicio. Este proceso debiera contemplar los siguientes ámbitos:

- i. Atención primaria:
  - Confección de un programa de inducción.
  - Programación de las reuniones clínicas de estamento en los centros de salud.
  - Redefinir el programa de pasantías (nacionales y en el extranjero).
- ii. Red de Salud:
  - Programación de consultorías de especialistas en los centros de salud primarios.
  - Programación de reuniones de los servicios clínicos del nivel secundario.
  - Confección de un programa de pasantías en el nivel secundario.<sup>9</sup>

iii. Capacitación externa:

- Clínica.
- Prevención y Promoción de Salud.
- Gestión Asistencial.
- Docencia e investigación.

Para conseguir una buena implementación de esta estrategia, se debe avanzar en el desarrollo de una metodología que permita la FMC, favoreciendo la progresión hacia la excelencia, incluyendo no solo el mantenimiento, sino también el incremento del nivel de competencias del profesional. De esta manera, se tienen que definir las competencias que debe tener todo médico que desarrolle su actividad profesional en APS, aportando un método de detección de las áreas de mejora, permitiendo así planificar las actividades formativas necesarias para alcanzar el nivel de competencias deseado.

Se debe favorecer la FMC de los médicos APS disponiendo del tiempo necesario para ello, con acceso gratuito a herramientas formativas y publicaciones, impulsando planes formativos individualizados y orientados a la mejora de competencias, incorporando herramientas de evaluación para cada profesional, así como promoviendo estudios de evaluación del impacto de la formación sobre la mejora de la práctica clínica.<sup>10</sup>

Un aspecto fundamental para implementar la FMC es contar con un marco jurídico adecuado; esto requiere modificar los actuales cuerpos legales: Ley Médica (19.664) y Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal (Ley 19.378), de acuerdo a las siguientes condiciones mínimas que debieran ser obligatorias y no estar al arbitrio de los administradores, como ocurre en la actualidad:

- Ley 19.664: 5 días por semestre con goce de remuneraciones, con el exclusivo objeto de destinarlos a actividades de perfeccionamiento o capacitación (acumulables y pueden ser postergados por razones de buen servicio, todo en el año calendario).
- Ley 19.378: 10 días en el año para actividades de formación, capacitación y perfeccionamiento reguladas por el reglamento. También podrán participar

en concursos de misiones de estudio y de especialización.

## **B. Desarrollo de la formación de especialidad**

Los médicos APS deben contar con la posibilidad de efectuar una formación de especialidad en las diferentes áreas de la medicina, para que puedan desempeñarse posteriormente en el nivel primario o en el resto de la red pública de salud. Un importante efecto que se espera lograr con esta política, es disminuir los largos tiempos de espera que sufren los pacientes para poder obtener una hora de atención con los médicos en el nivel secundario, ya que muchas de las patologías se podrían resolver en APS, sin el uso de equipos de alto costo. De esta manera se descongestionarán los otros niveles de atención, y podrán ocuparse de la resolución de problemas que requieran de mayor tecnología. Para lograr estos objetivos, se debe fortalecer entonces el Concurso Nacional de Becas de Especialización para Médicos de Atención Primaria, que debe efectuarse asegurando la equidad en el acceso de los postulantes de las diferentes comunas de nuestro país.

En el caso de los médicos que deseen continuar trabajando en atención primaria como especialistas en Medicina Familiar, ellos podrán optar a dicha especialidad a partir del primer año de trabajo. Esta modalidad se encuentra contemplada en el Art. 5 de la Ley 20.261, en los siguientes términos: “Tratándose de especialidades relevantes o de interés para el desarrollo de la atención primaria de salud, circunstancia que calificará, mediante resolución, el Subsecretario de Redes Asistenciales, la obligación de desempeño previo se rebajará a un año”.<sup>11</sup>

Además, para los médicos que han permanecido más de cinco años en el nivel primario, se debe incentivar el reconocimiento de su práctica como especialista en Medicina Familiar, otorgando las facilidades correspondientes para poder cumplir con los estándares establecidos por la Comisión Nacional Autónoma de Certificación de Especialidades Médicas (Conacem).<sup>12</sup>

En otras especialidades los médicos deberían poder optar al Concurso Nacional de Becas de Especialidades para Médicos de Atención Primaria, luego de permanecer tres años trabajando en el nivel primario de atención. Este concurso debe contemplar un número y tipo de especialidades de acuerdo a las necesidades de salud de la población, las que debieran estar contenidas en un Plan Nacional de Salud.

Para la construcción del Plan Nacional de Salud, es importante desarrollar un trabajo mancomunado, considerando a los actores relevantes en el tema de la especialización, como lo son el Ministerio de Salud, la Asociación de Facultades de Medicina de Chile, el Colegio Médico, las Agrupaciones de Médicos de Atención Primaria, de Residentes y de Generales de Zona y las Sociedades Científicas, con el objetivo de enfrentar el desafío de disminuir las brechas de especialistas en el sistema público. Así, se podrá adecuar la capacidad formadora de las universidades en las diferentes especialidades, tanto como la utilización de los respectivos campos clínicos. Por ello, es fundamental la complementariedad entre el Ministerio de Salud y los Centros Formadores, favoreciendo convenios de desarrollo docente asistencial de largo plazo.

En relación a las remuneraciones de los residentes, se propone utilizar las facultades con las que cuenta la autoridad ministerial, establecidas en el Art. 19 del Reglamento de Becarios de la Ley 15.076, donde se especifica: “[...] Este monto mensual podrá ser incrementado por el Ministerio de Salud hasta en un 100% para programas de interés nacional, fundado en razones epidemiológicas o de desarrollo de modelos de atención de salud [...]”. Claramente el Concurso Nacional de Becas de Especialidades para Médicos de Atención Primaria cumple con los criterios de ser un “[p]rograma de interés nacional, fundado en razones epidemiológicas o de desarrollo de modelos de atención de salud”.<sup>13</sup>

### **Principios que debe recoger la normativa sobre realización de programas de especialización**

Es importante destacar que en nuestro país se ha venido efectuando una creciente inversión

en la formación de especialistas, sin embargo, la falta de definiciones claras en esta política pública, tanto en la formación como en el desempeño posterior, han generado una serie de problemas. Por este motivo, se proponen los siguientes principios (basado en el trabajo realizado en la comisión Programas de Especialización del Colegio Médico de Chile) en el que debiera estar enmarcado un Programa Nacional de Especialización:

- Reglamento único de programas de especialización.
- Los concursos o procesos de selección para acceder a becas deben ser estandarizados, transparentes y públicos (incluyendo el proceso de selección de las universidades), con amplia difusión de los programas de especialización entre todos los interesados. Con comisiones de evaluación de los antecedentes conocidas, determinación previa de plazos y de responsabilidades de cada integrante de ellas.
- Conocimiento al inicio del proceso del número y tipo de becas de especialidad a concursar.
- No discriminación arbitraria en el proceso de ingreso a un determinado programa de especialización.
- Los residentes deben tener calidad de funcionarios públicos.
- La contratación de médicos que realizan programas de especialización debe establecerse con un cargo de horas correspondiente con el programa de formación, realizado por la universidad respectiva.
- Debe existir igualdad de trato (no discriminación) para los médicos que se encuentren realizando programas de especialización.
- Los médicos deben tener derecho al pago de horas extraordinarias.
- Deben existir condiciones técnicas adecuadas para la especialidad que se pretende desarrollar. Para ello, es importante que el médico sepa de antemano su destino, las condiciones de trabajo y su remuneración, además de informarse sobre el plan estratégico para la

permanencia de los médicos formados en el sistema.

### **Contexto sobre realización de programas de especialización**

Para lograr resultados efectivos en la política de formación de especialistas para el Sistema Público, los Concursos de Becas de Especialidades se deben enmarcar en el siguiente escenario:

- Debe realizarse un estudio real y actualizado que determine la necesidad de especialistas a lo largo del país.
- Se debe determinar la capacidad de los centros de formación profesional y técnica –campos clínicos– y centros formadores –universidades–. A su vez, cautelar que se desarrollen los programas de formación cumpliendo los planes docentes.
- En el uso de campos clínicos pertenecientes al sector público, se debe privilegiar a aquellos profesionales que se hayan desempeñado o vayan a desempeñarse en el sector.
- Se debe abordar la problemática docente asistencial, el cumplimiento docente y el no abuso asistencial de los médicos en formación.

### **Propuestas generales para el Concurso de Becas**

Considerando la importancia e impacto que tiene el Concurso Nacional de Becas de Especialidades para Médicos de Atención Primaria, como incentivo para disminuir el déficit de médicos generales y especialistas en la APS y la Red de Salud, se proponen las siguientes medidas:

- Integración de los Concursos de Becas para Médicos de APS y el Concurso de Nacional de Especialidades para desempeñarse en los Servicios de Salud. Esto debería realizarse de acuerdo a los siguientes esquemas (Ver página 290).
- Las bases y el cronograma deben permitir la mejor coordinación de los concursos con las universidades, con conocimiento al inicio del proceso del número y tipo de becas de especialidad a concursar.
- Debe considerarse la estandarización y transparencia de los procesos de selec-

ción universitaria. Idealmente, la participación en calidad de observadores de dirigentes de la Agrupación.

- Los médicos deben tener calidad de funcionarios públicos en jornada completa y derecho al pago de horas extraordinarias, y deben definirse claramente las remuneraciones durante la beca.
- Es fundamental la definición clara respecto de las condiciones de devolución de los residentes, teniendo en cuenta las horas, el tiempo y en lo posible la remuneración esperable.

### **Período de devolución y permanencia como especialista**

El período de devolución de las especialidades del Concurso Nacional de Becas para Médicos de Atención Primaria, se realizará en la red de atención pública. Se debe priorizar el desarrollo del período de devolución principalmente en la APS y también en el nivel secundario de práctica comunitaria.

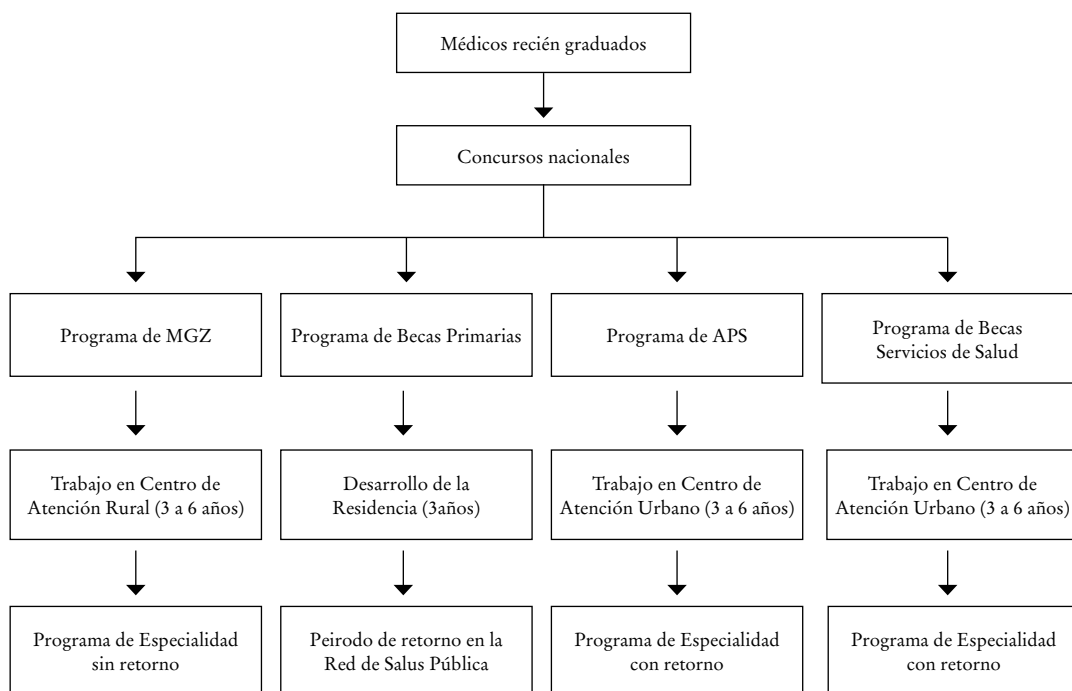
Es necesario disponer de incentivos adecuados para la permanencia de los médicos en el Sistema Público. Los especialistas deben contar con una Asignación de Especialidad, así como de condiciones de trabajo que les permitan desempeñarse en forma adecuada.<sup>14</sup>

### **Contexto sobre el trabajo de los especialistas en APS**

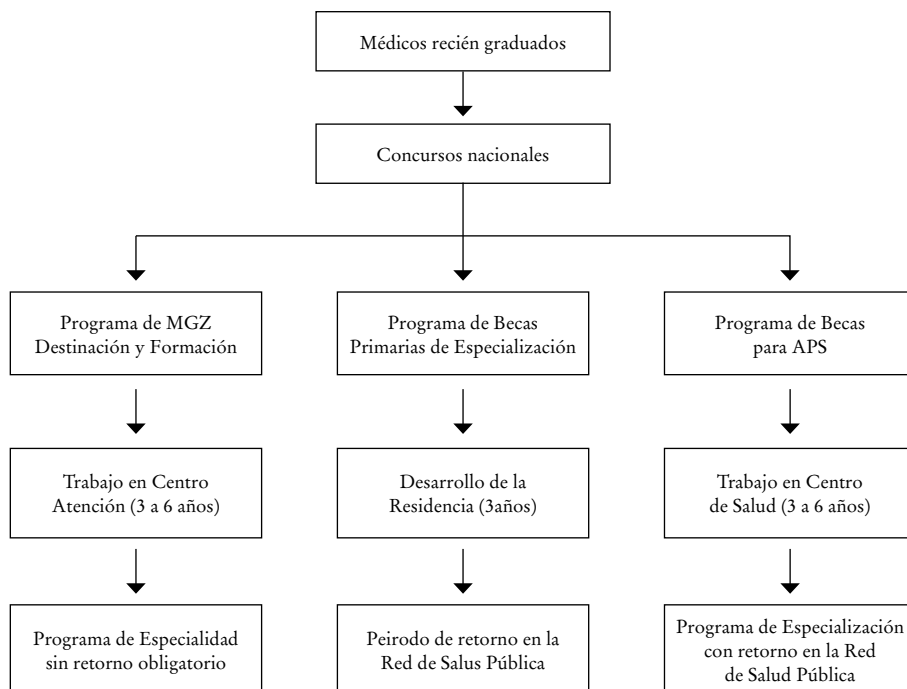
Debido a la cuantiosa inversión realizada en la formación de especialistas, no exenta de problemas por la falta de definiciones claras en esta política pública, se deben efectuar algunos avances relacionados con el desempeño posterior a la formación de especialidad:

- Debe formalizarse una definición política de médico especialista de la APS. En relación a la eficiencia de los Médicos de Familia en la APS en nuestro país, podemos encontrar resultados de estudios que han observado: una menor tasa de interconsultas (IC) referidas (medicina familiar de solo 4,03 por cada 100 consultas vs. médicos generales de 7,68); introducción de nuevas herramientas diagnósticas en los consultorios (ecografías y endoscopías); mayor capacidad

**Situación actual:**



**Situación deseada:**



diagnóstica; menos complicaciones en pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles (HTA, DM, Asma); menos hospitalizaciones y mayor satisfacción usuaria.<sup>15,16</sup>

- El médico especialista en Medicina Familiar debe trabajar coordinadamente tanto con los médicos generales, como con otros especialistas. Para el contexto de la APS en Chile, con un 90% de médicos generales, se debe propender al trabajo en los equipos de salud de médicos generales y de familia, donde este último apoyará el desempeño del médico no especialista. En cuanto a la participación de otros especialistas en APS, los resultados de una revisión sistemática relacionada, concluyen que se pueden obtener buenos resultados, solamente cuando forman parte de intervenciones multifactoriales que incluyen consultas conjuntas, reuniones clínicas y seminarios educativos, entre otras iniciativas de trabajo colaborativo entre especialistas y profesionales de atención primaria.<sup>17</sup> Por lo tanto, para la APS de nuestro país, en caso de requerirse una atención más específica, se derivará al centro de salud, a los especialistas básicos (pediatras, gineco-obstetras, internistas), o a los dispositivos comunitarios del nivel secundario (psiquiatras, oftalmólogos, entre otros).
- Debe establecerse el estándar de un médico a cargo de una población determinada. En publicaciones internacionales, este estándar corresponde a un médico para 1.200 personas, sin que sobrepase las 2.000 personas.<sup>18</sup> Por lo tanto, si se desea tener impacto en el trabajo de los especialistas en Medicina Familiar en nuestro país, éstos deben trabajar con los equipos de salud, tener tiempo destinado a labores de educación, promoción, prevención, investigación y docencia, enmarcadas dentro de su responsabilidad de una población a cargo de no más de 2 mil personas inscritas.

## DISCUSIÓN

El rudimentario desarrollo que tiene la gestión del recurso médico de la APS en Chile, con ausencia de una política pública robusta relacionada con la especialización del recurso médico de la atención primaria, incide en el déficit de médicos en los consultorios públicos. La situación podría estar relacionada con que casi la totalidad de los centros de salud se encuentran traspasados a los municipios, por lo que el Ministerio de Salud no asumiría una injerencia directa sobre estos recursos humanos.

Para avanzar en la solución de los graves problemas que aquejan al recurso médico de la APS en nuestro país, es importante considerar la experiencia práctica de los principales actores involucrados, como son los mismos médicos APS, además de las realidades ocurridas en otros países, como por ejemplo, la situación descrita en el Proyecto AP-21, Marco Estratégico para la mejora de la Atención Primaria en España, en lo referido a que la desmotivación puede conducir a un desgaste profesional y afectar la práctica clínica, producida por la sobrecarga asistencial, la falta de reconocimiento profesional, la ausencia de una carrera profesional que recompense y promueva el desarrollo efectivo.<sup>19</sup>

Dentro de las limitaciones del presente trabajo, podría resultar arbitrario tomar en cuenta solamente la visión de los principales involucrados en el problema, sin embargo, se plantea como el comienzo de una propuesta para la especialización del recurso médico de la atención primaria de Chile, con el objetivo de mejorar la calidad de la atención que se brinda a la comunidad, fortaleciendo la permanencia de los médicos en el primer nivel de atención, además de la resolutivez que debe brindar la Atención Primaria en nuestro país.

## AGRADECIMIENTOS

Esta propuesta no habría sido posible sin la reflexión de los dirigentes de la Agrupación Nacional de Médicos de Atención Primaria de Chile.



## REFERENCIAS

1. Goic A. Descentralización en salud y educación: la experiencia chilena. *Rev Méd Chile*, 2003; 131: 788-98.
2. Chile. Ministerio de Salud. *Transición hacia el Modelo de Atención en Redes*. [Chile]: MINSAL; 2003.
3. Rosselot E. *La atención primaria y el proyecto de reforma de la salud* [en línea]. 2003 [consultado en febrero 2014]. Disponible en <http://www.med.uchile.cl/2003/marzo/1026-la-atencion-primaria-y-el-proyecto-de-reforma-de-la-salud.html>
4. Chile. MINSAL. Programa de resolutiveidad en Atención Primaria. Departamento de diseño y gestión de APS. División de Atención Primaria en Salud. Subsecretaría de Redes Asistenciales. Ministerio de Salud de Chile; 2008.
5. Organización Panamericana para la Salud. Llamado a la acción de Toronto 2006-2015. Hacia una década de Recursos Humanos en Salud para las Américas; 2005.
6. Ramírez Puerta D, Cantero Santamaría JI. Marco conceptual y diseño de un proyecto de desarrollo profesional continuo en Atención Primaria. *Semergen*, 2010; 36(2): 100-107.
7. Pardell H. Impacto del DPMC en la práctica médica [en línea]. Presentado en el Primer Encuentro Regional. 9.1 Seminario-Taller sobre DPMC; 2007 Octubre 4-6; Uruguay [consultado en 2014]. Disponible en: [http://www.smu.org.uy/dpmc/pracmed/ix\\_dpmmc/pardell\\_impacto.pdf](http://www.smu.org.uy/dpmc/pracmed/ix_dpmmc/pardell_impacto.pdf)
8. Universidad de Antioquia (Colombia). Guía para el desarrollo y evaluación del grupo nominal [en línea]. Colombia: Universidad de Antioquia [consultado en enero 2014]. Disponible en: [http://dearade.udea.edu.co/aula/pluginfile.php/1103/mod\\_resource/content/1/Gu%C3%ADa%20para%20el%20desarrollo%20y%20evaluaci%C3%B3n%20del%20grupo%20nominal%20para%20elegir%20el%20tema%20para%20la%20convocatoria](http://dearade.udea.edu.co/aula/pluginfile.php/1103/mod_resource/content/1/Gu%C3%ADa%20para%20el%20desarrollo%20y%20evaluaci%C3%B3n%20del%20grupo%20nominal%20para%20elegir%20el%20tema%20para%20la%20convocatoria)
9. Chile. Ministerio de Salud. Informe Final del “Grupo de Trabajo: Fortalecimiento del Sistema Público de Salud”. Mesa de trabajo con representantes del mundo social, político, gremial y académico. MINSAL, 2007.
10. España. Ministerio de Sanidad y Consumo. Proyecto AP-21, Marco Estratégico para la mejora de la Atención Primaria en España: 2007-2012. (2007).
11. Crea Examen Único Nacional de Conocimientos de Medicina, Incorpora Cargos que indica al Sistema de Alta Dirección Pública y Modifica la Ley N° 19.664; Ley N° 20.261. Ministerio de Salud de Chile (2008).
12. Comisión Nacional Autónoma de Certificación de Especialidades Médicas, Conacem. (En: [http://www.conacem.cl/requisitos\\_especialidad.asp?submit=yes](http://www.conacem.cl/requisitos_especialidad.asp?submit=yes)).
13. Decreto 507. Reglamento de Becarios de la Ley 15.076, en el Sistema Nacional de Servicios de Salud. Departamento Asesoría Jurídica. Ministerio de Salud de Chile (1990).
14. Chile. Ministerio de Salud. Documento de Trabajo “Estímulos para Médicos de Atención Primaria Año 2007”. División de Gestión y Desarrollo de las Personas. Chile: MINSAL; 2007.
15. Montero J. *El recurso humano médico en la APS, algunos aspectos críticos*. Departamento de Medicina Familiar. Facultad de Medicina. Pontificia Universidad Católica de Chile, 2010.
16. Ilustre Municipalidad de San Joaquín (Chile). Sistema ACG. Análisis de datos comuna San Joaquín. Chile: Municipalidad de San Joaquín; 2013.
17. Gruen RL, Weeramanthri TS, Knight SS, Bailie RS. 2003. Specialist outreach clinics in primary care and rural hospital settings. *Cochrane Database Syst Rev*, 2004; (1): CD003798.
18. Masseria C, Irwin R, Thomson S, Gemmill M, Mossialos E. Primary care in Europe. *LSE Policy Brief*, 2009.
19. España. Ministerio de Sanidad y Consumo. Proyecto AP-21. *Marco Estratégico para la mejora de la Atención Primaria en España: 2007-2012*. España: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007.