

**APORTES DE LA FORMACIÓN DE MÉDICOS FAMILIARES AL
DESARROLLO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN IBEROAMÉRICA. UNA
REVISIÓN HERMENÉUTICA. CHILE.**

LILIANA INES SAAVEDRA PORRAS

**UNIVERSIDAD EL BOSQUE
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR
BOGOTÁ
2015**

**APORTES DE LA FORMACIÓN DE MÉDICOS FAMILIARES AL
DESARROLLO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN IBEROAMÉRICA. UNA
REVISIÓN HERMENÉUTICA. CHILE.**

INFORME CHILE

**INVESTIGADOR PRINCIPAL
DR. MAURICIO ALBERTO RODRÍGUEZ ESCOBAR**

**COINVESTIGADORES
LILIANA INES SAAVEDRA PORRAS**

**COINVESTIGADOR TUTOR:
DRA. OLGA VICTORIA GOMEZ GOMEZ**

**UNIVERSIDAD EL BOSQUE
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR
BOGOTÁ
2015**

**APORTES DE LA FORMACIÓN DE MÉDICOS FAMILIARES AL
DESARROLLO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA EN IBEROAMÉRICA. UNA
REVISIÓN HERMENÉUTICA. CHILE.**

INFORME CHILE

**TRABAJO DE GRADO PRESENTADO COMO REQUISITO PARA OPTAR AL
TÍTULO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**

**UNIVERSIDAD EL BOSQUE
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR
BOGOTÁ
2015**

TUTORES:

INVESTIGADOR PRINCIPAL

DR. MAURICIO ALBERTO RODRÍGUEZ ESCOBAR

COINVESTIGADOR

DRA. OLGA VICTORIA GOMEZ GOMEZ

JURADOS:

BOGOTÁ, _____ DÍA ____ MES ____ AÑO _____

SALVEDAD DE RESPONSABILIDAD INSTITUCIONAL

***“LA UNIVERSIDAD EL BOSQUE NO SE HACE RESPONSABLE DE LOS
CONCEPTOS EMITIDOS POR LOS INVESTIGADORES EN SU TRABAJO, SOLO
VELARÁ POR EL RIGOR CIENTÍFICO, METODOLÓGICO Y ÉTICO DEL MISMO
EN ARAS DE LA BÚSQUEDA DE LA VERDAD Y LA JUSTICIA.”***

AGRADECIMIENTOS

La vida, Dios y familia, como ejes fundamentales de nuestro diario vivir, han forjado mi camino y crecimiento a nivel personal y profesional; siendo de gran importancia la fortaleza, perseverancia y la capacidad de afrontar y resolver los propios miedos y problemas, que permitieron crear y perpetrar sueños entre los cuales se encuentra la culminación de una etapa más en la vida, como es la que está por finalizar; la especialidad. Así todo lo que se ha presentado a lo largo de este caminar lo agradezco de corazón pues diferentes matices y puntos de vista estuvieron a la vanguardia, permitiendo la culminación de este proyecto.

Adicional agradezco a mis compañeros residentes especialmente Liliana Rodelo y Tatiana Rojas quienes contribuyeron con el inicio y culminación.

TABLA DE CONTENIDO

Resumen	IX
1. Introducción.....	13
2. Planteamiento del problema	15
3. Objetivos.....	16
3.1. Objetivo general.....	16
3.2. Objetivos específicos	16
4. Diseño metodológico.....	17
4.1. Tipo de estudio:	17
4.2. Criterios de inclusión.....	17
5. Materiales y procedimientos metodológicos	21
5.1. Metodología del primer objetivo específico	21
CAPÍTULO I:.....	26
6. CONTEXTO GENERAL DEL SISTEMA DE SALUD DE CHILE	26
6.1.1. Características generales del País.....	26
CAPITULO II – EXPERIENCIAS DE MEDICINA FAMILIAR EN CHILE.....	42
7. COMPETENCIAS Y CAMPO DE ACCIÓN DE MEDICINA FAMILIAR	42
7.1. Historia Medicina familiar.....	42
7.2. Competencias y campo de Acción.....	47

7.3.	Medicina centrada en el paciente.....	51
7.4.	Programas de Medicina Familiar y Estrategias Pedagógicas	52
7.4.1.	Área Clínica.....	54
7.4.2.	Área Seminarios y Cursos	55
7.4.3.	Campos Clínicos:.....	56
CAPÍTULO III		59
8.	COMPARACIÓN CON EL CONTEXTO COLOMBIANO.....	59
8.1.	Cuadro comparativo de Indicadores entre Chile y Colombia.....	63
8.2.	Comparación de los contextos en salud entre Chile y Colombia.	65
9.	CONCLUSIONES.....	95
10.	RECOMENDACIONES	98
11.	BIBLIOGRAFIA.....	99

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Resumen de artículos seleccionados para análisis hermenéutico	23
Tabla 2. <i>Cuadro comparativo de indicadores entre Chile y Colombia</i>	64

INDICE DE FIGURAS

Figura 1. <i>Pirámide poblacional Chile. Estimado 2012.</i>	28
Figura 2. <i>Mapa del sistema de salud de Chile.</i>	30
Figura 3. <i>Ámbitos de actuación clínico del Médico Familiar.</i>	48
Figura 4. <i>Ámbitos de actuación no clínico del Médico Familiar.</i>	48
Figura 5. <i>Modelo de experiencia del servicio de atención primaria de salud</i>	91

Resumen

Introducción

El sistema de salud colombiano presenta fallas importantes especialmente sobre órganos estatales de control y protección del derecho a la salud y atención médica en general, lo que fomenta la necesidad de replantear e investigar la realidad de un sistema que busca como principios; eficiencia, universalidad, integralidad, participación; es así como se encuentran experiencias con modelos exitosos de prestación y organización de los servicios en salud a nivel mundial; existiendo como eje central la atención primaria en salud, con un rol importante en el desarrollo de la medicina basada en el paciente.

Justamente en este documento se consigna un análisis hermenéutico sobre las experiencias en medicina Familiar en Chile y su contribución al desarrollo de la Atención Primaria en Salud, dentro de un marco legal implementado por el estado con el desarrollo de estrategias pedagógicas para la masificación de esta especialidad como base fundamental y puerta de entrada al sistema de salud, teniendo en cuenta además los aportes presentados a nivel Mundial y específicamente en comparación con Colombia, donde a pesar de implementarse un modelo de salud, aun se encuentran deficiencias en la práctica clínica con respecto a la calidad de atención hacia el paciente.

Objetivo:

Identificar los aportes que ha realizado la medicina familiar al desarrollo de la atención primaria en salud en Chile, que puedan ser aplicables al contexto colombiano.

Materiales y Métodos:

Estudio comparativo descriptivo con enfoque cualitativo, que se llevó a cabo por medio de la recopilación, organización y resumen de diferentes experiencias escritas sobre la formación de médicos familiares en Chile, interpretando el aporte que han hecho al desarrollo de la Atención Primaria en Salud desde diferentes escenarios. Se realizó la recopilación y selección de experiencias de formación en Medicina Familiar en el mundo a través de la búsqueda en la base de datos Pubmed. Se continuó y complementó la búsqueda con experiencias escritas por países con sistemas de atención basados en la Medicina Familiar y la Atención Primaria en Salud. Finalmente, se realizó la utilización de la herramienta Atlas ti para la recolección de datos.

Resultados:

Los resultados se muestran en tres capítulos. El primero resume el contexto general del sistema de salud de Chile; el segundo, describe las experiencias de Medicina Familiar en Chile según las categorías de análisis propuestas en el proyecto y el tercer capítulo, registra la comparación con el contexto colombiano. Estos resultados parten de la recopilación y análisis de 24 artículos

Conclusiones:

Los principales aportes de la formación de médicos familiares al desarrollo e implementación de la Atención Primaria en Salud en Chile y que tienen aplicabilidad en el contexto colombiano son: un sistema de salud que pretende fortalecer la relación médico paciente teniendo en cuenta un trato biopsicosocial y de calidad, resolutivez, mejor

trabajo en equipo, énfasis en formación de habilidades en coordinación, liderazgo y administración de recursos y servicios.

La realización y ejercicio de estos factores depende de la coherencia que tenga el Sistema de Salud con el desarrollo de la atención primaria, el desarrollo del recurso humano adecuado para la prestación de los servicios de forma integral, con el fin de optimizar la oportunidad y resolución de problemas primordiales de manejo en la APS tales como; enfermedades crónicas, prevenibles y de alta prevalencia según los indicadores epidemiológicos del país.

Palabras clave: Medicina Familiar, atención primaria, sistema de salud, formación médica, modelos de atención, habilidades, programas medicina familiar

1. Introducción

Los diversos problemas en el sistema de salud colombiano a lo largo de la historia y la posición actual de los profesionales sanitarios dentro de la organización se convierten en motivación para buscar experiencias con modelos exitosos de prestación y organización de servicios de salud a nivel mundial.

La Ley 100 de 1993 como hito dentro de la fundamentación del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), llena de dificultades y contradicciones no resueltas hasta el momento, ha requerido de múltiples normativas regulatorias y reformas, dentro de las que destacamos la Ley 1438 del 2011 que promueve la implementación de la APS en nuestro SGSSS. La APS propuso un cambio radical del enfoque en la prestación de servicios de salud, particularmente en el componente médico: En primer lugar propuso cambiar el enfoque de factores de riesgo individual a determinantes fuera del sector salud; en segundo lugar, cambio del predominio de servicios curativos a promoción de la salud y prevención de la enfermedad; de servicios hospitalarios a servicios en la Comunidad; de servicios centralizados a descentralizados; y finalmente, de responsabilidad única del gobierno por salud de la población, a responsabilidad compartida con las personas por su propio bienestar, con la implementación de este nuevo enfoque el papel del médico familiar dentro del sistema de prestación de servicios de salud dentro del modelo de Atención Primaria en Salud (APS) ha sido planteado como alternativa y solución en varios países a la inequidad en la prestación y distribución de los recursos, la baja cobertura y poca continuidad e integralidad de los servicios.

En países como Chile, donde la práctica médica ha tenido grandes contratiempos, dados por las reformas sanitarias, las crisis económicas por las que ha atravesado y el auge de la formación médica; la medicina familiar se ha desarrollado a lo largo de los años con algunas dificultades en su práctica clínica más sin embargo ha sido fundamental en la transformación de la prestación de los servicios y la implementación de la APS en el país.

En este trabajo se recopilaron las experiencias chilenas que comprenden los temas de Medicina Familiar y su contribución al desarrollo de la Atención Primaria en Salud.

A partir de estas experiencias considero que la idea principal a desarrollar en Colombia, es la generación de la salud para la comunidad, lo cual requeriría en primera instancia, de formación en atención primaria orientada a manejar grupos poblacionales teniendo como base a los Médicos Familiares quienes requieren contar con conocimientos sólidos de gestión para modificar riesgos y evitar enfermedades prevenibles todo con el fin de mejorar la salud en general. Obteniéndose de esta manera mayor impacto en la salud y el alcance del objetivo primordial de la APS que es la prevención.

2. Planteamiento del problema

En Colombia, la formación de médicos especialistas en Atención Primaria como lo es la Especialidad de Medicina Familiar, discrepa con los escenarios donde se desempeñan laboralmente. La formación del Especialista en Medicina Familiar, se reconoce por el desempeño que este realiza en escenarios de Atención Primaria como puerta de entrada al sistema, brindando una atención integral a los diferentes grupos etarios desde su ciclo individual y familiar. Contrario a esto, el panorama tangible de la atención primaria en el sistema de salud colombiano se ve restringido por la normatividad y la organización de los servicios, carentes de resolutivez y eficacia. La Atención Primaria en Salud (APS), promovida por la OPS/OMS, plantea grupos más coherentes con la filosofía que se requiere para la organización de servicios basados en la Medicina Familiar, modelo que se ha desarrollado con gran eficiencia en Canadá. Varios países en la región de Iberoamérica están desarrollando experiencias con base en Medicina Familiar, por tanto, se quiere identificar, sistematizar y analizar los aportes que estos han hecho en la Atención Primaria en Salud.

En este informe se recopila, analiza e interpreta las experiencias de Chile como representante de Iberoamérica, donde se describe los aportes de la formación de especialistas en Medicina Familiar, su desempeño en su ejercicio profesional en la Atención Primaria en Salud, y dificultades y beneficios que ha traído a su sistema de salud implementar un modelo basado en Medicina Familiar.

3. Objetivos

3.1. Objetivo general

Identificar los aportes que ha realizado la medicina familiar al desarrollo de la atención primaria en salud en Chile, que puedan ser aplicables al contexto colombiano.

3.2. Objetivos específicos

- Revisar las diferentes experiencias escritas sobre la formación, evolución y práctica actual de los médicos familiares en Chile.
- Identificar la relación que han tenido la Atención Primaria en Salud con la formación de médicos familiares en este país.
- Analizar los cambios que se ha planteado Chile dentro de su sistema de salud, para lograr experiencias exitosas en la atención primaria.
- Comparar la atención primaria en salud en Colombia con respecto a las experiencias Chilenas

4. Diseño metodológico

4.1. Tipo de estudio:

Estudio comparativo descriptivo con enfoque cualitativo.

4.2. Criterios de inclusión

Todos aquellos artículos que incluyan información y datos sobre experiencias de Medicina Familiar en España y se relacionen con una o más de las categorías de análisis.

a) Artículos de revisión que contengan en el título o en el resumen información acerca de:

- Sistemas de salud
- Historia de la Medicina Familiar
- Estrategias pedagógicas
- Programas de Medicina Familiar
- Competencias de la Medicina Familiar
- Campos de intervención de la Medicina Familiar
- Trabajo en equipo
- Coherencia con el medio
- Medicina Familiar y uso de tecnologías
- Medicina centrada en el paciente

b) Artículos en inglés o español

c) Todo artículo con tipo estudio:

- Estudio transversal
- Estudios observacionales descriptivos
- Revisión sistemática y revisión de la literatura
- Estudio de caso
- Estudio narrativo
- Estudio cualitativo
- Estudios cuasi-experimentales
- Literatura gris
- Documentos producto de consultas internacionales
- Estudios piloto
- Análisis comparados

d) Todos aquellos documentos que muestren una experiencia de medicina familiar en la zona o región de interés

e) Todos aquellos documentos que muestren una experiencia en Atención Primaria en la zona o región de interés

CRITERIOS DE EXCLUSION

No se incluirán en el estudio los artículos que traten alguno de los siguientes:

- Abordaje de patologías específicas
- Estudios referidos a otra profesión o especialidad
- Educación a pacientes y familia, o dirigida a la comunidad

CATEGORÍAS DE ANÁLISIS

- Historia de la Medicina Familiar
- Sistema de Salud
- Programas de Medicina Familiar
- Campo de intervención de la Medicina Familiar
- Estrategias pedagógicas
- Formas de evaluación
- Rol docente
- Competencias de la Medicina Familiar
- Coherencia con el medio
- Uso de tecnologías
- Medicina centrada en el paciente
- Trabajo en equipo

DEFINICIÓN DE LAS CATEGORÍAS DE ANÁLISIS

Historia de la Medicina Familiar: Hace referencia al origen y la conformación de la Medicina Familiar en el pasado en alguno de los países.

Sistema de salud: Los sistemas sanitarios son todas las organizaciones o instituciones públicas o privadas que tienen como función el mejoramiento, promoción, restauración o mantenimiento de la salud de cada país.

Programa de Medicina Familiar: Hace referencia al curriculum de la especialidad en cada facultad.

Campos de intervención de Medicina Familiar: Hace referencia a las áreas y actividades que desarrolla el médico familiar en su trabajo.

Estrategias pedagógicas: Aquellas acciones que realizan los programas y facultades con el fin de facilitar el aprendizaje de la Medicina Familiar.

Formas de evaluación: Hace referencia a algún mecanismo para verificar la adquisición de competencias en la formación de médicos familiares.

Rol docente: Hace referencia al papel que tiene una persona que participa como formador en un programa de medicina familiar, ya sea durante el periodo de residencia o como especialista.

Competencias de la Medicina Familiar: Habilidades y capacidades que debe adquirir el médico familiar.

Coherencia con el medio: Hace referencia a que la formación este ajustada a la forma como quieren que se desempeñe en el sistema de salud.

Medicina Familiar y uso de tecnologías: Se define como cualquier intervención de salud, programa o servicio, incluyendo dispositivos, medicamentos, instrumentos, pruebas genéticas, equipos e instalaciones.

Trabajo en equipo: Es un proceso dinámico, abierto y participativo de la construcción técnica, política y social del trabajo en salud. Sus características incluyen autonomía relativa de cada profesional, interdependencia entre los distintos profesionales en la ejecución de las acciones, interdisciplinariedad, horizontalidad, flexibilidad, creatividad y la interacción comunicativa.

Medicina centrada en el paciente: Se refiere a una estrategia de atención médica orientada a la atención del paciente, que permite unir el trabajo de varios profesionales de forma sinérgica y fomenta mecanismos de comunicación entre el equipo que está a cargo del cuidado y permite lo aportes interdisciplinarios.

5. Materiales y procedimientos metodológicos

5.1. Metodología del primer objetivo específico

Se realizó la recopilación y selección de experiencias de formación en Medicina Familiar en Brasil a través de la búsqueda en la base de datos **PUBMED, SCIELO y GOOGLE ACADEMIC** con los siguientes criterios:

Categoría 1: Primary care AND family practice AND education graduate or specialization AND Brazil

Categoría 2: Primary care AND family practice AND resident education AND Brazil

Categoría 3: Primary care AND family practice AND care model AND Brazil

Categoría 4: Primary care AND family practice/history AND Brazil

Categoría 5: Primary health or family practice AND Brazil

Categoría 6: Primary health or family practice care/organization & administration AND Brazil

Con lo que se lo logró documentar una totalidad de artículos, discriminados de la siguiente manera:

- Criterio de búsqueda 1: artículos
- Criterio de búsqueda 2: artículos
- Criterio de búsqueda 3: artículos
- Criterio de búsqueda 4: artículos

- Criterio de búsqueda 5: artículos
- Criterio de búsqueda 6: artículos

De dicha búsqueda se encontraron un total de 72 artículos que podrían ser significativos para la investigación, de los cuales se excluyeron 32 y se incluyeron 40 artículos. La principal razón por la que se excluyeron los artículos, era porque tenían relación con otras especialidades y no exclusivamente con la medicina familiar o porque evaluaban el impacto en general de la atención primaria o del proceso de especialización sobre determinadas patologías.



Tabla 1. Resumen de artículos seleccionados para análisis hermenéutico

NOMBRE DEL ARTÍCULO	CLASIFICA	TIPO DE ESTUDIO
Perfil y número de médicos generales que requiere el país.	<i>Si</i>	Narrativo
Un análisis de la situación actual de las especialidades médicas en Chile	Si	Narrativo
Es la Medicina Familiar una respuesta a alguno de los problemas	Si	Narrativo
Evolución de la oferta de médicos. Chile 1993-2008	Si	Narrativo
¿Por qué un departamento académico de medicina familiar?	Si	Narrativo
Incorporación de Médicos especialistas a la Atención Primaria ¿una paradoja nacional?	Si	Narrativo
Modelo de salud familiar en Chile y mayor resolutiveidad de la atención primaria de salud: ¿contradictorios o complementarios?	<i>Si</i>	Narrativo
Reforma de salud en Chile; el plan AUGE o régimen de garantías explícitas en salud (GES). su origen y evolución	Si	Narrativo
Sistema de salud de Chile	No	Narrativo
Tendencia en el estudiante de medicina a ejercer como médico general o especialista	Si	Narrativo
Modelo integral de salud con enfoque familiar y comunitario: Experiencias en la implementación desde un	Si	Cualitativo

equipo de atención hospitalaria.		
El sistema de salud chileno: contexto histórico y normativo	Si	Narrativo
El médico familiar y su rol en la salud de las familias chilenas	Si	Narrativo
Una propuesta para mejorar la salud de todos	Si	Narrativo
Disponibilidad de médicos y especialistas en Chile.	Si	Narrativo
Eficiencia y equidad en el sistema de salud chileno	Si	Narrativo
Competencias médicas requeridas para el buen desempeño en centros de salud familiares en Chile	Si	Cualitativo
Caracterización del sistema de salud chileno: Enfoque laboral, sindical e institucional.	Si	Narrativo
Modelo de atención en salud familiar una propuesta para contribuir al cambio	Si	Narrativo
Concurso políticas públicas 2011 propuestas para Chile	Si	Narrativo
Programas de Pos título en Medicina Familiar	Si	Narrativo
Financiamiento del sistema de salud chileno.	No	Narrativo
Los sistemas de salud en Latinoamérica y el papel del seguro privado	Si	Narrativo

RESULTADOS

Tras la recopilación, organización, resumen y análisis de las experiencias encontradas para Chile los hallazgos y aportes se organizaron en los tres capítulos siguientes:

- Capítulo I: Contexto general del Sistema de salud de Brasil
- Capítulo II: Experiencias de Medicina Familiar en Brasil
- Capítulo III: Atención primaria orientada a la comunidad, un modelo aplicable al contexto colombiano
- Conclusiones: conclusiones de los aportes de medicina familiar brasile

CAPÍTULO I:

6. CONTEXTO GENERAL DEL SISTEMA DE SALUD DE CHILE

6.1. Generalidades y sistema de salud

6.1.1. Características generales del País

Chile se sitúa en la costa pacífica de Sudamérica, limita al norte con Perú, al Este con Bolivia y Argentina, al Oeste con el Océano Pacífico y al sur con el Polo Sur; con una superficie total de 756.096,3² km² y una población estimada de 17.402.630 habitantes, que según la CIA (Central Intelligence Agency) el 89% es urbana, concentrada principalmente en Santiago y Valparaíso. Se considera un estado unitario con un territorio dividido en 15 regiones y consta de 54 provincias y 346 comunas. (Agencia Central de Inteligencia, 2012; Alvarado, G., & Moya, J. C. (2008); Universia, 2012)

Chile era dirigido por los Incas y los Mapuche, hasta la llegada de los españoles y fue el 18 de septiembre de 1810 que se dio la independencia, volviendo los Incas y Mapuches a tomar el gobierno; posteriormente hubo una serie de gobiernos electos de 3 años hasta que la administración marxista de Salvador Allende fue derrocada por un golpe de Estado encabezado por Augusto Pinochet en 1973, quién gobernó hasta 1990, cuando hubo elección libre de presidente. (Agencia Central de Inteligencia, 2012).

El sistema legal se basa en un sistema de derecho civil influenciado por varios sistemas legales civiles de Europa Occidental. En Chile el jefe de estado es el presidente de la Republica, para el 2014 Michelle Bachelet Jeria, elegida a través de voto popular y es quien

nombra los comandantes en jefe de las fuerzas armadas y a los Ministros de la corte suprema. El poder ejecutivo o administrativo se ejerce por el presidente de la república con la asesoría del gabinete de ministros de estado y se despliega administrativamente en subsecretarías de estado, direcciones y unidades ministeriales. Territorialmente el poder ejecutivo se desconcentra con intendentes en las regiones y gobernadores en las provincias. El poder legislativo corresponde al presidente de la república y congreso nacional, en Chile es bicameral, compuesto por un senado (38 curules) y una cámara de diputados (120 curules). Son los encargados de elaborar las leyes y el poder judicial son todos los tribunales de la república, ordinarios o especiales, bajo la dirección de la corte suprema (Agencia Central de Inteligencia, 2012).

El idioma oficial es el español 99,5%, el 10.2% de la población habla Inglés, Indígenas 1%(Mapudungun, Aymara, Quechua, Rapa Nui), otros idiomas 2.3%, sin especificar 0.2%. (Agencia Central de Inteligencia, 2012).

Dentro de las características epidemiológicas de Chile, según la OPS para el 2013 tenía una esperanza de vida al nacer de 80 años, superando a Brasil y demás países del cono sur. Actualmente se encuentra en una etapa avanzada de transición demográfica y se está convirtiendo en una población que envejece, como lo evidencia la siguiente pirámide poblacional:

0-14 años: 20,7% (hombres 1,834.247 / mujeres 1,760.315)

15-24 años: 16,3% (hombres 1,442.610 / mujeres 1,383.738)

25-54 años: 43,2% (hombres 3,733.261 / mujeres 3,766.912)

55-64 años: 9,9% (hombres 806,044 / mujeres 910,818)

65 años y más: 9,7% (hombres 720,681 / mujeres 1.005.268) (2014 est)

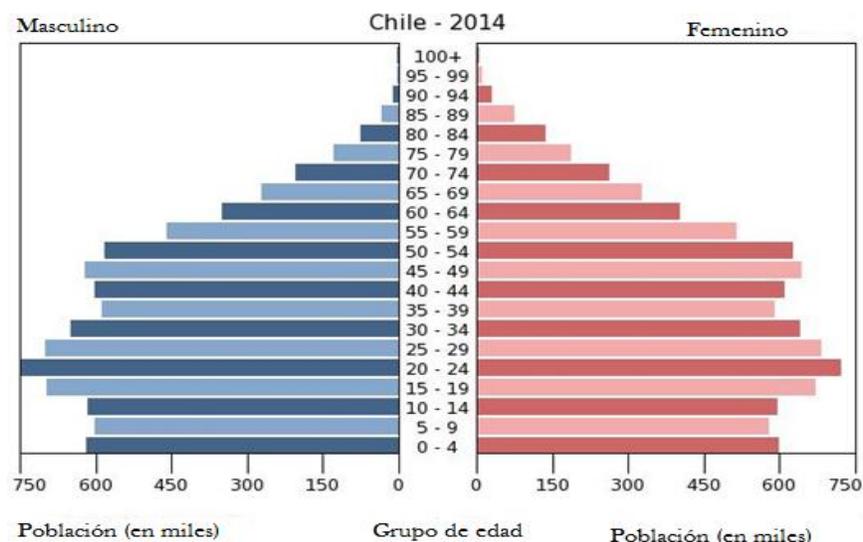


Figura 1. Pirámide poblacional Chile. Estimado 2012.

Fuente: (Agencia Central de Inteligencia, 2012)

Su economía radica en el sector de servicios financieros y empresariales, el comercio, restaurantes y hoteles, además de la minería, en especial la de cobre, con un ingreso nacional bruto según la CIA de \$ 19,100 (2013 est). us per capita.. Chile ha mantenido políticas económicas correctas desde 1980 y esto ha contribuido a que tenga un crecimiento sostenido y se haya reducido las tasas de pobreza a más de la mitad.

6.2. Generalidades y evolución del sistema de salud de Chile

En la actualidad se considera que Chile cuenta con uno de los mejores niveles de salud de América Latina, pese a que el gasto en salud es uno de los más bajos en el cono sur, representa el 3.4% del PIB para el 2012, según la OPS. Chile tiene un sistema de salud mixto, porque está compuesto por dos sectores, público y privado. La población puede

escoger a que sector afiliarse, si es el público, el plan de beneficios de este es igual para todos independientemente del aporte que se haga; o puede cotizar en alguna de las 14 Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES) en donde el plan de beneficios depende del aporte y perfil de riesgo. (*Giedion, Ú., Villar, M., & Ávila, A, 2010*).

El sector público está conformado por el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS), del cual hace parte el Ministerio de Salud y sus organismos dependientes a nivel regional, la Central de Abastecimiento, el Instituto de Salud Pública, El Fondo Nacional de Salud (FONASA) y la Superintendencia de Salud; cubre aproximadamente el 70% de la población, incluye la clase baja, media y los jubilados, los profesionales y técnicos con mayores ingresos que deseen estar en este sector; se financia con los impuestos generales, aportaciones de los municipios y copagos de los afiliados al FONASA. (*Giedion, Ú., Villar, M., & Ávila, A, 2010*).

Modelo de organización del sistema de salud chileno

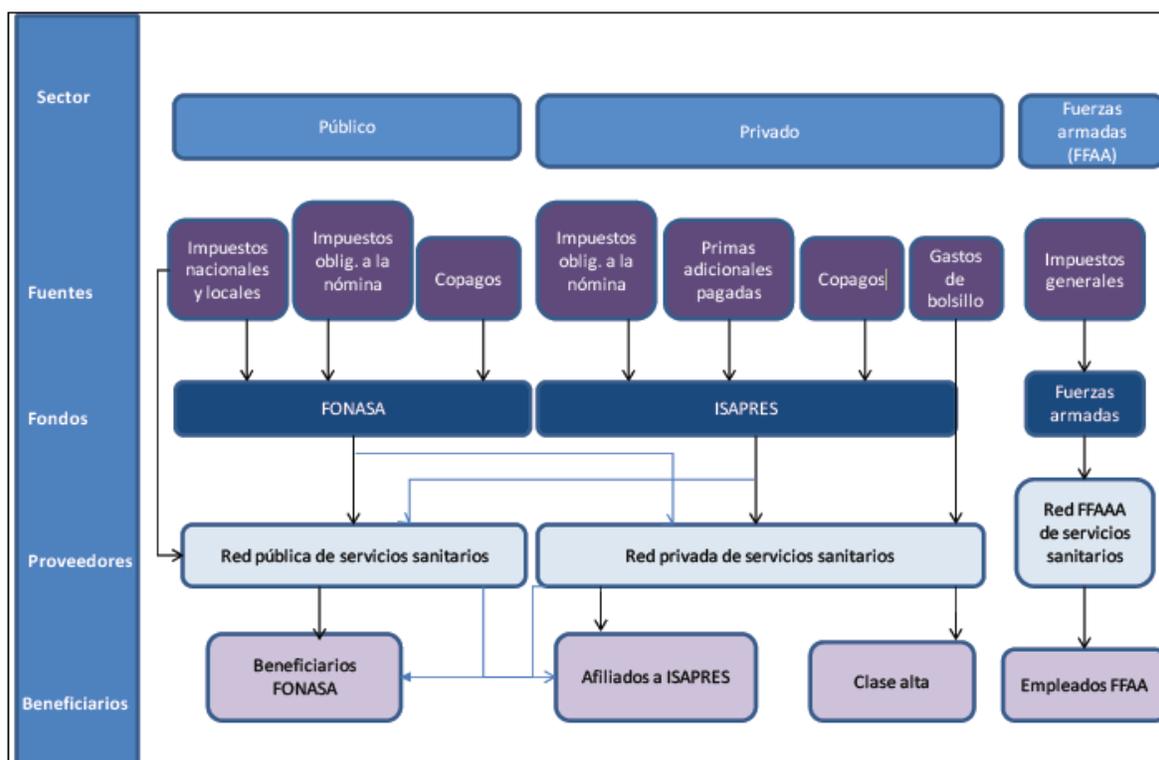


Figura 2. *Mapa del sistema de salud de Chile.*

Fuente: (Giedion, Ú., Villar, M., & Ávila, A, 2010).

El SNSS cuenta con una red de 29 Servicios de Salud Regionales (SSR) y con el Sistema Municipal de Atención Primaria; en algunas ocasiones el FONASA contrata proveedores del sector privado. Los cotizantes de este sector pueden elegir entre la forma de atención institucional (cerrada), en donde las prestaciones se reciben en hospitales o centros de Atención Primaria, se requiere un copago y éste varía de acuerdo al nivel de ingresos del cotizante, estando exentos de pago los que tienen ingresos inferiores a un nivel mínimo establecido; o la de libre elección o de atención abierta, en donde se recibe la atención de prestadores privados adscritos a esta modalidad y su copago depende del nivel en el cual se ha inscrito el prestador de salud. (Giedion, Ú., Villar, M., & Ávila, A, 2010).

El otro sector, es el privado, el cual tiene una cobertura del 17.5% de la población, correspondientes a los grupos sociales de mayores ingresos. Está financiado por las cotizaciones, aranceles y copagos tanto obligatorios como voluntarios de los afiliados a las ISAPRES y de los pagos de los ingresos propios que los usuarios de los servicios privados realizan en el momento de recibir la atención. Los trabajadores dependiendo de la capacidad de pago y el valor de la prima que se aplica para su grupo de riesgo, pueden escoger entre el FONASA o alguna ISAPRE, esta última presta los servicios en sus propias instalaciones, privadas o públicas. Dependiendo del tipo de contrato las personas pueden escoger a los prestadores. Otra parte de la población la forman los trabajadores independientes que pueden elegir afiliarse al FONASA o alguna ISAPRES, o por el contrario hacer parte de la población que no pertenece a ningún sistema de seguridad social en salud. Dentro del sector privado existen tres formas de prestar los servicios de salud, por medio de las ISAPRES, las compañías de seguros y los prestadores de servicios sanitarios. *(Giedion, Ú., Villar, M., & Ávila, A, 2010).*

Además de las afiliaciones al sistema de salud ya descritas, una pequeña parte de la población con capacidad de pago ha comenzado a adquirir seguros privados de salud complementarios y un 10% de la población tiene otra cobertura en salud por agencias públicas, en este grupo se encuentran los servicios de salud de las Fuerzas Armadas.

“Los trabajadores y los jubilados tienen la obligación de cotizar el 7% de sus ingresos al sistema de salud, ya sea al FONASA o a una ISAPRES, la afiliación a esta última requiere una prima determinada por cada ISAPRES, que depende del tipo de seguro que se vaya a adquirir y de las características del afiliado en cuanto a edad y sexo; el afiliado además

puede dar ingresos adicionales al 7% para obtener beneficios adicionales” (*Giedion, Ú., Villar, M., & Ávila, A, 2010*).

Para lograr estructurar el sistema de salud descrito anteriormente, Chile ha promulgado diferentes leyes, decretos y códigos que han permitido reformar y mejorar el sistema de salud nacional.

En 1891 surgió la Ley de Organización y Atribución de las Municipalidades, siendo éstas responsables de la higiene pública y el estado sanitario de la comuna; estableciéndose el Primer Código Sanitario en el año 1918 y posteriormente en 1924 con la ley 4.054 se crea el seguro obrero obligatorio, que cubre riesgo de enfermedad, invalidez, vejez, en donde tanto empleador como empleado dan un aporte mensual a un fondo solidario y es a partir de esta ley que se origina la Medicina Social en Chile.

En 1942 se crea la Dirección General de Protección a la Infancia y Adolescencia (PROTINFA) y el Servicio Médico Nacional de Empleados (SERMENA), a continuación en 1952 nace del Sistema Nacional de Salud (SNS) con la ley 10.383, fusionándose diversas instituciones para crear un organismo único encargado de la protección de la salud de toda la población.

Al mismo tiempo que se venían dando estos cambios en el sistema de salud chileno, en 1960 se promulgó que los médicos generales recién egresados debían trabajar en las zonas y no podían especializarse, lo que aumentó la cantidad de médicos en estas regiones mejorando así la calidad de la atención. (*Roman, O. 2002*)

Posteriormente hacia el año 1964 se implementó el Plan de Salud, atención médica y medicina social, creando el concepto de atención integral, eficiente y oportuna para toda la población, basada en la promoción y prevención.

“En el año 1968 se hace la consolidación de las Mutuales de Seguridad, organismos privados que pueden captar fondos, organizar y administrar un mecanismo de atención integral en salud y se crea el Sistema de Libre Elección para empleados públicos y privados”.

En 1979 se fusiona el SNS y SERMENA, y se reorganiza el Ministerio de Salud, creando el Fondo Nacional de Salud (FONASA), los Servicios de Salud (regionales), la Central de Abastecimiento y el Instituto de Salud Pública; es decir hubo una reestructuración en el sistema estatal de salud y nació El Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) que rige actualmente (año 2014). En 1981 se fundan las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES) y se traspasa la administración de las instituciones del Nivel Primario de Atención a las municipalidades.

En el año 1995 se creó la ley 19.378 que dio origen al Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal, por el cual se deben regir los médicos una vez entren a trabajar en la APS de Chile, estipulando que los trabajadores del sistema público debían cumplir un mínimo de 3 años en la APS y limitando los cargos a los cuales el médico podía acceder, sin ofrecer garantías de una carrera funcionaria o una remuneración justa, ni identificación del desempeño diferencial de los médicos familiares como especialistas, fomentando así que los egresados se fueran a trabajar al sector privado o salieran del país.

Con este Estatuto se descentralizó la salud en Chile, de modo que cada municipalidad se encargara de la administración de los consultorios generales, urbanos y rurales públicos.

Estos cambios generaron controversias, especialmente por la Reforma de Salud Proyecto País, por lo que *Bass, d. C.* (2012) menciona que para esta época se presentaron dificultades con respecto a la municipalización de la Atención Primaria por la constante rotación de

profesionales, desigualdad en los salarios, falta de coordinación entre Atención Primaria y Secundaria y la inequidad en la atención de los más necesitados.

Entre los múltiples inconvenientes presentados por el Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal, se encontró la falta de oportunidad en la Atención Primaria, en especial en el momento en que los pacientes requerían una atención de urgencias y la poca resolutivez en la APS, hechos que generaron cambios en el modelo de atención, mediante una transición del eje hospitalario al hacia eje de la atención primaria en salud, lo cual se había identificado desde hace varios años a nivel mundial en diferentes estudios, al demostrar que trabajar con mayor énfasis en la atención primaria en salud mejora la costo-efectividad, teniendo en cuenta la importancia de realizar actividades de mantenimiento de la salud, donde no solo se reducen los costos, sino que además se presta una atención con calidad, pretendiendo una detección temprana y una atención continua de las personas con patologías más prevalentes. (Montero, J., Rojas, M. P., Castel, J., Muñoz, M., Brunner, A., Sáez, Y., & Scharager, J. 2009).

Continuando con los cambios en el sistema de salud, hacia el año 2003-2005 se realiza la Reforma que da origen al Plan de Acceso Universal con Garantías Explícitas (AUGE), para los beneficiarios de FONASA y de las ISAPRES. Con la reforma de salud, el gobierno chileno decidió invertir en la Atención Primaria dado la importancia de esta estrategia, construyendo consultorios primarios en varias zonas del país. Para el 2003 contaba con 2.177 instituciones de atención a la salud, de los cuales 1.998 pertenecían al sector público, de éstos, 1.776 son centros de atención ambulatoria de especialidades, puestos de salud rural y consultorios de Atención Primaria. Para este mismo año, Chile contaba con 207

unidades de atención hospitalaria, clasificadas en cuatro tipos de hospitales según su nivel de complejidad y capacidad resolutive.

El sector privado en el 2003 contaba con 179 instituciones, de las cuales 45 eran hospitales de mutuales de empleadores y 134 hospitales y clínicas privadas para la atención cerrada; mientras que para la atención abierta contaban con una red de consultorios de médicos individuales y agrupados.

Posteriormente en el año 2004 la reforma de salud en Chile, pretendía potenciar la APS e implementar el Modelo de Salud Familiar, en base a un enfoque biopsicosocial y sistémico, centrado en el paciente y su familia. Mientras el gobierno realizaba reformas, en los servicios de salud los médicos generales que eran recién egresados tenían poca experiencia, al carecer de conocimientos sólidos y tener poco tiempo de práctica ambulatoria, a pesar de la adecuada preparación, sumado a una falta de resolutive clínica. Falencias que fueron reconocidas por los mismos actores, por lo que se llegó a la conclusión que necesitaban el apoyo de médicos con experiencia o especialistas y por todas estas razones es el Médico Familiar el que empieza a jugar un papel protagónico en el sistema de salud.

En el mismo año 2004, se publica la Ley de Autoridad Sanitaria 19937 en donde se señala la presencia de Establecimientos de Menor complejidad que comprende Centros de Atención Primaria y Hospitales de Baja complejidad u Hospitales de la Familia y la Comunidad, donde el Ministerio de Salud de Chile, hace énfasis en la importancia de los equipos multidisciplinarios que se desempeñan en los centros de salud (CS), los cuales deben brindar atención de forma integral, continua y equitativa, utilizando eficientemente

los recursos y reducir la demanda de otros niveles mediante estrategias de prevención y promoción de salud. Sin embargo no se ha podido cumplir a cabalidad estas tareas debido a la escasez de recursos y la forma en cómo los asignan.

La reforma de plan AUGE entro en vigencia el 1 de julio del 2005, y desde ese día se garantiza el acceso a la atención de salud de una forma oportuna, con calidad y con protección financiera, es decir un Sistema Integral de Salud que beneficia a todos los chilenos y contemplando todas las enfermedades, incluidas las de alta complejidad y de mayor costo.

Además se establece que la Atención Primaria en Salud no sólo es la puerta de entrada al sistema, sino que es el centro ordenador de la red, esto significa de hecho que la primera instancia para la atención sea la salud primaria, por lo tanto esto no quiere decir que sea el nivel más bajo, todo lo contrario esta forma de atención es primordial y clave para la organización del sistema, debido a que se puede abarcar el mayor número de la población y priorizar la promoción, prevención y rehabilitación. (*Roman, A. O., Pineda, R. S., & Senoret, S. M. 2007*).

Posteriormente en el 2008 se tenían aproximadamente 350 consultorios de Atención Primaria y 100 Servicios de Atención Primaria de Urgencias (SAPU). Sin embargo a pesar de todas estas inversiones a nivel estructural y de tecnología, ha habido dificultades con el recurso humano, presentándose poca capacidad resolutiva en cuanto al número de personal en especial médicos, lo que dificulto la posibilidad de que estos profesionales trabajarán en APS. (*Roman, A. O. 2008*).

Debido a todos estos inconvenientes en la APS, se presentó una constante rotación de los médicos, forzando a grandes cambios presentándose un déficit en la infraestructura humana lo que dificultó el proceso. Las circunstancias que han llevado a esta situación en este contexto médico se resumen en que para el año 2002 el Ministerio de Salud encontró que por cada médico que trabajaba jornada completa, es decir 44 horas semanales habían 3.333 personas; por otro lado en el 2007 con un estudio realizado por el Banco Mundial y Minsal, encontraron que de los 29.996 médicos registrados al 31 de Diciembre de 2007 solamente el 9% de ellos trabajaba en APS.

Estos datos demuestran que Chile estaba pasando por un momento difícil en donde había un déficit de médicos en la Atención Primaria, siendo un problema significativo para el desarrollo de la estrategia de atención; dado que la base del sistema de salud debe ser manejada con este énfasis, por lo que se necesitarían un número de médicos suficientes, con alta capacidad resolutive y de liderazgo, expertos en actividades de promoción y prevención, para establecer acciones coordinadas con los especialistas de la red que permitan manejar la población sin problema, competencias para las cuales no han sido habilitados; por lo que se propone elaborar un perfil de competencias que requiere el médico de atención primaria de acuerdo a las necesidades y el modelo de atención de salud del país. (*Bass, d. C. 2012*)

Proporcionados todos estos factores, en el 2008 se propuso que la APS fuera reforzada con Médicos de Familia, basado en el modelo de Salud Familiar y Comunitaria, influencia otorgada por los sistemas de salud de Latinoamérica donde en general han tenido múltiples

dificultades y se ha encontrado como una forma adecuada de resolver los problemas es apoyarse en Medicina y Salud Familiar. (*Roman, A. O. 2008*)

En Chile los Médicos Familiares han adquirido un desarrollo, en especial con los Centros de Salud Familiar (CESFAM). Estos especialistas se han formado por medio de becas dadas por el Ministerio o por las Universidades, es así como varios actores piensan y dicen que los Médicos Familiares deberían ser quienes en primera línea atiendan en la APS, ya que tienen amplio conocimiento en todos los problemas médicos y las posibles correlaciones con su entorno familiar y social. Sin embargo el problema que vieron en Chile para el 2008 era el escaso recurso humano referido a los Especialistas en Medicina Familiar, ya que solo para ese momento había 300 Médicos de Familia y el problema no solo es la poca formación de médicos familiares en Chile, sino que solo el 4.7% de ellos trabaja en atención primaria.

A pesar de que desde hace aproximadamente 20 años el Gobierno chileno le ha dado prioridad a la Atención Primaria y se puede constatar por medio de los recursos asignados, los esfuerzos por mejorar la capacidad resolutiva médica, y en la intencionalidad por habilitar a los equipos de salud en la competencias que se necesitan para la APS, dentro de ellas el manejo de patologías prevalentes, trabajo en equipo, trabajo con la comunidad y buen nivel de resolutividad de los problemas. Aunque esto se ha pretendido, no se ha logrado de la forma que se esperaba y se ha visto reflejado en el poco nivel de satisfacción de los usuarios. Esto se encuentra limitado ya que no existen avances en el desarrollo del modelo de Salud Familiar y Comunitaria, lo que ha llevado a una insuficiente respuesta de las necesidades y expectativas de la población.

Con todos estos inconvenientes en la APS, según Bass del Campo, C. (2012) refiriéndose al documento de prioridades gremiales en el que se toca el tema de agrupación Nacional de Médicos de Atención Primaria, proponen para ayudar a mejorar la atención primaria y disminuir el déficit de médicos, crear una Política Integral para el Desarrollo del Recurso Médico de la Atención Primaria, en donde destacan mejorar los rendimientos de la atención con una consulta médica mínimo de 15 minutos para la atención de morbilidad, aumentar la resolutivez por medio de una formación médica continua y concurso nacional de especialistas, destinar tiempo para la prevención y promoción de la salud, disminuir la inestabilidad laboral y mejorar las remuneraciones económicas, favorecer una formación continuada y la actividad docente en los equipos de APS, incentivar el desarrollo de actividades de investigación en los equipos de APS, aumentar la motivación de los profesionales y mejorar el clima laboral, promover la evaluación de las competencias profesionales y de calidad de los centros.

A pesar de todas las dificultades que se han presentado con la salud, opinan diferentes autores en Chile según la Dra Ruth Deapaux en su artículo “es la medicina familiar una respuesta a alguno de los problemas actuales en salud y necesidades de las personas”, que el sistema de salud va hacia el camino correcto, siempre y cuando las autoridades en turno reconozcan y acepten que la medicina familiar y el modelo de salud Familiar son la oportunidad de un abordaje integral de las necesidades de salud del país, si esto se puede llevar a cabo, Chile logrará tener un Sistema de salud más justo; es de resaltar que para que el modelo se desarrolle de esta forma, el gobierno debe dejar de preocuparse sólo por la resolutivez biológica, y pensar también en la resolutivez psicosocial, debido a esto no se ha contado con la dotación de mejores elementos para poder hacer un manejo integral de

todos los aspectos psicosociales que rodean a la enfermedad, lo que va a conllevar a seguir en el mismo círculo vicioso, aumentando los costos en salud.

Por ahora, una base sólida que demuestra que la Medicina Familiar y el modelo de Salud Familiar son la herramienta fundamental para mejorar el proceso de salud enfermedad, son los indicadores de la OPS que para el 2011, muestran una tasa de mortalidad por diabetes de 19.8 por cada 100.000 habitantes y por enfermedades isquémicas del corazón del 41.7 por cada 100.000 habitantes, siendo las tasas más bajas del cono sur. (*Organización Panamericana de la Salud, Situación de salud en las Américas: Indicadores Básicos 2011*).

Estos indicadores no solo benefician al país al disminuir las hospitalizaciones por descompensación o complicaciones, lo que se ve reflejado en la reducción de costos, sino que ofrece a los pacientes una mejor calidad de vida, la cual se logra con un adecuado proceso salud enfermedad, control, seguimiento y prevención de complicaciones, aspectos en los cuales el Médico Familiar está en la capacidad de manejar, como se ha mencionado anteriormente. Esto demuestra lo que ya se ha visto a nivel mundial, en donde los sistemas de salud que se basan en la APS, presentan mejores indicadores de salud y una reducción en los gastos; sin embargo Chile, pese a que la considera como parte fundamental para el funcionamiento del sistema, no destina de una forma proporcional los recursos en esta estrategia.

La asignación de recursos en salud en la Atención Primaria en Salud (APS) se hace mediante el modelo *per cápita*, en el que cada municipio recibe los recursos según el número de beneficiarios públicos registrados en cada Centro de Salud (CS) de la comuna. Los recursos entregados por cada persona tienen un monto base establecido por promedios

históricos, el cual aumenta según las características de cada comuna: rural o urbana, grado de pobreza, indicador de dificultad del desempeño, etc. Sin embargo a la hora de establecer éstos promedios no se tiene en cuenta que algunos grupos no tienen todas las necesidades cubiertas, ni tampoco que las necesidades son diferentes entre cada persona, dado las distintas características sociodemográficas y epidemiológicas. Peña, C. P., Angarita, J., Zambrano, M. I. y Riaño-Casallas, M. I. (2014).

CAPITULO II – EXPERIENCIAS DE MEDICINA FAMILIAR EN CHILE

7. COMPETENCIAS Y CAMPO DE ACCIÓN DE MEDICINA FAMILIAR

7.1. Historia Medicina familiar

El nacimiento de la medicina familiar a nivel mundial inicio aproximadamente hacia el año 1969, en Estados Unidos donde se aprobó y se crearon los programas educativos de posgrado, surgiendo en una espiral dialéctica de desarrollo ascendente ante el imperativo de satisfacer la necesidad social de una atención médica que garantice un servicio de salud eficiente y humano, de alta calidad científico-técnica y a un costo sostenible. Herrera, A.V., Presno, L.M., Torres, E.J, Fernández, D. I, Martínez, D. D y Machado, L.M. (2014).

A diferencia de lo que ocurrió en Estados Unidos, en Chile no surgió la Medicina Familiar por las mismas razones. La Dra. Gloria Bozzo en su artículo Desarrollo de la Medicina Familiar en Chile, relata que esta especialidad se impulsó más desde el área académica. Los primeros pasos que se dieron se presentaron en el año 1979 con el Dr. Tannenbaum en la Ciudad de Valparaíso, en donde con los estudiantes de las carreras de la salud que participaban de forma voluntaria empezaron a atender problemas de salud de una forma integral, multidisciplinaria a través de un enfoque biopsicosocial. Dos años más tarde, en el año 1981, en la ciudad de Santiago, la Universidad de Chile se involucra en el desarrollo de un proyecto de convertir un consultorio llamado La Reina en un centro docente asistencial basado en la Salud Familiar. Creado este centro, se inician las prácticas con los alumnos de pregrado, formándolos en los problemas prevalentes de la consulta en el ámbito

ambulatorio. La Dra. Isabel Segovia, en el mismo año 1981, le propone a la Universidad de Chile formarse como especialista de Medicina General y la universidad abre dos becas para postgrado en esta especialidad, para que la formación se diera en el mismo centro asistencial que se había creado para los estudiantes de pregrado. Este fue el primer programa de Medicina Familiar en Chile y estuvo enfocado a formar docentes en esta área para que fueran modelo y se pudiera dar continuidad a esta rama de la medicina.

Bozzo. S. G (1999) Desarrollo de la medicina familiar en Chile.

Después de esta primera experiencia, se presentó el dilema de que nombre se le iba a poner a la especialidad, en donde luego de múltiples opiniones y discusiones durante el primer año de inicio del programa, se llegó a un consenso y se le dio el nombre de Medicina General y Familiar, puesto que se buscaba un médico general con amplios conocimientos clínicos que tuviera un enfoque familiar y comunitario que lo diferenciara de los demás. El primer grupo con el que se inició esta especialidad se enfrentó a diversas dificultades, entre ellas la principal que no había una concordancia entre las políticas en salud de esta época con el modelo de Salud Familiar y la especialidad, ya que las políticas estaban enfocadas hacia la clínica curativa y no a la promoción y prevención que es en lo que se basa la Medicina Familiar, hallando un aumento en el desarrollo de enfermedades crónicas, escaso autocuidado e inadecuados estilos de vida, como alcoholismo, drogadicción y obesidad.

Pese a estas dificultades a las que enfrentaron el primer grupo de médicos que decidieron encaminarse hacia la especialidad, se graduaron entre el año 1982 y 1986 cuatro especialistas. Posteriormente después de que salen los 4 primeros Médicos Familiares, la universidad de Chile reestructura el programa de la Especialización en Medicina General y

Familiar, por lo que hasta el año 1990 reabren el programa. Con el advenimiento y aumento en el número de Especialistas, se da la necesidad de crear y contar con una sociedad científica que los agremiara, por lo que en el año 1991 un grupo de 15 médicos se reúnen y firman un acta de constitución de la Sociedad, que fue aprobada por el Ministerio de Justicia en el año 1993 con decreto N° 805. Bozzo. S. G (1999) Desarrollo de la medicina familiar en Chile.

Habiendo ya varios egresados, en el año 1992 se empezaron a crear movimientos para desarrollar y extender la especialidad a otras partes del país. Posteriormente en 1993 un grupo de médicos presenta un proyecto a la Pontificia Universidad Católica de Chile para abrir el programa de Medicina General del Adulto, abriéndose en este año 6 becas, Al año siguiente en 1994 se inicia un programa similar pero enfocado al niño; en este mismo año se realiza un seminario de 1 mes por diferentes partes de los centros americanos de formación y trabajo en Medicina familiar, al cual asisten los decanos de las facultades de medicina de Chile. De esta forma se dio a conocer más la especialidad y la Universidad de la frontera inicia su programa de Medicina Familiar. Para continuar extendiendo la formación de Médicos especialistas en Medicina Familiar y promover la formación médico continúa de los médicos generales no especialistas, en 1995 la Sociedad Chilena de Medicina Familiar organiza las jornadas de Medicina General del Adulto y Atención Primaria. Posteriormente en el año 1996 abren programas de postgrado en Medicina Familiar las Universidades de Concepción, Austral y Valparaíso, y al siguiente año lo hace la Universidad de Santiago de Chile; teniendo una capacidad de ingreso de 50 médicos por año en cada universidad.

Bozzo. S. G (1999) Desarrollo de la medicina familiar en Chile.

Otro acontecimiento importante para la Medicina Familiar en Chile se dio en año 1999, cuando la Sociedad empieza a ser parte del Centro Internacional para La Medicina Familiar (CIMF), lo que significó empezar a ser reconocida internacionalmente; en este mismo año se realiza el Primer congreso Chileno de la especialidad y se lanza el primer número de la revista Chilena de Medicina Familiar. En esta misma época se presentó el crecimiento más acelerado del modelo Salud Familiar, desarrollándose a lo largo del país, centros de atención Basados en este modelo. Por otro lado el gobierno financió becas en el extranjero para que los médicos que se estuvieran especializando en esta área, pudieran ir a una rotación de 6 semanas a diferentes países a donde la Medicina Familiar y el Modelo de Salud Familiar funcionaran.

Bozzo. S. G (1999) Desarrollo de la medicina familiar en Chile.

Con la formación de Médicos Familiares se presentó un cambio en el modelo del sistema de salud público en la atención primaria, pasó del biomédico al biopsicosocial con enfoque familiar. Este cambio no ha sido fácil, ha tenido altibajos y no se ha desarrollado de la misma forma en todos los centros de salud, cada uno tuvo distintas estrategias para aplicar, y una variabilidad en las competencias instaladas de éstos centros, para apropiarse al modelo. Posteriormente se presenta el cambio de paradigma, no siendo tarea fácil, y menos en el abordaje salud/enfermedad. Por lo que poder captar el interés de los médicos hacia la Medicina Familiar tampoco lo ha sido, principalmente por falta de motivación de los médicos, por la formación en el pregrado, campos clínicos que permitan la práctica de esta especialidad, sueldos propios de un especialista y la administración de los recursos. (Depaux Vega, R. (2013).

A pesar de la importancia que se le ha dado a la Medicina Familiar, la formación de médicos familiares ha sido muy lenta e insuficiente, no obstante desde hace más de 15 años, el MINSAL coordinó con las universidades, una alianza para impulsar esta especialidad, encontrando así que en Chile existen aproximadamente 470 médicos familiares, lo que equivale al 1.5% del total de médicos en el país. (Bass C. 2012)

Un artículo publicado en el año 2002 menciona al Médico Familiar como la esperanza de la población para mejorar la APS, sin embargo se han presentado dificultades que disminuyen las expectativas para la mejora, como son; la escasez de profesionales en el país, y el poco interés de las nuevas generaciones por estudiar esta especialidad, que es originado básicamente por dos causas: la primera porque realmente no se tiene el status de especialista en la atención municipalizada, y segundo que a causa del poco reconocimiento que tiene en su campo, se ofrece una remuneración económica similar o igual a la de los médicos generales, lo que desmerita su estudio y profundización. Aun así y con el paso de los años, se ha logrado que actualmente el sistema de salud chileno muestre sus logros en el ámbito y sean conocidos y reconocidos mundialmente, evidenciando un mínimo gasto en salud, al estar en límites inferiores, y así lograr mejorar el nivel de salud. (Román.O. 2002)

Lo que esperan los Médicos Familiares en Chile es poder ayudar en el mejoramiento de la atención en salud; por lo que se proponen desafíos para poder potenciar tanto el trabajo del Médico Familiar en APS, como el desarrollo del modelo de atención primaria con enfoque familiar. Dentro de las metas propuestas se encuentra cumplir con estos objetivos, siendo importante asignar de una forma adecuada los recursos para poder aplicar el enfoque familiar, realizar de manera efectiva acciones de promoción y prevención, definir y lograr

un acuerdo salarial para los médicos familiares estándar y basado en lo estipulado para las demás especialidades clínicas teniendo importancia desde el punto de vista biopsicosocial, además de asegurarse escenarios de práctica clínica y manejo en equipo para fortalecer el vínculo entre la atención primaria y la salud óptima para la población. (Depaux Vega, R. (2013).

7.2. Competencias y campo de Acción

Actualmente en Chile no existe una definición formal y clara acerca del campo de acción propio del Médico Familiar, dado que en el Estatuto de Atención Primaria no está estipulado, por ello, es necesario definir el rol de este profesional en el Sistema de Salud Nacional. Sin embargo según la Agencia Acreditadora de Programas y Centros Formadores de Especialistas Médicos (APICE), El especialista en Medicina Familiar debe ubicarse preferiblemente en la Atención Primaria, en contextos tanto públicos como privados. (Bass del Campo, C. (2012).

A causa de esta incertidumbre, de no saber exactamente el campo de acción de la Medicina Familiar, se realizó una propuesta dentro del concurso de políticas públicas 2011, que permitió 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. (Pontificia Universidad Católica de Chile, 2011)

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. A este respecto a continuación se muestra un cuadro de los ámbitos de actuación:

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.

Figura 3. Ámbitos de actuación clínico del Médico Familiar.

Fuente: (Pontificia Universidad Católica de Chile, 2011).

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.

Figura 4. Ámbitos de actuación no clínico del Médico Familiar.

Fuente: (Pontificia Universidad Católica de Chile, 2011)

Teniendo claro estas características adjudicadas al Médico Familiar respecto a su enfoque en el Sistema Salud chileno, es importante conocer las competencias que debe desarrollar para pertenecer al sistema, siendo similares a las que se presentan a nivel mundial. Varios autores describen estas competencias dentro de ellos:

En Pantoja C., T. (2003):

1. Capacidad para el abordaje de varios aspectos importantes dentro de su práctica clínica que le dan el carácter biopsicosocial y la hacen diferente de las demás especialidades.
2. Desarrollan habilidades para la gestión de recursos, siendo un ítem a resaltar frente a las demás especialidades, logra un desempeño desde cualquier ámbito de la salud.
3. Tiene la capacidad para evaluar los factores de riesgo y dar un enfoque integral al manejo, con el principal enfoque de prevenir, diagnosticar y tratar todas las enfermedades prevalentes y crónicas de la población.
4. Maneja la medicina clínica ambulatoria desde la evaluación de síntomas, signos y pruebas diagnósticas.
5. Conoce ampliamente la distribución, prevención, incidencia e historia natural del proceso salud-enfermedad.
6. Identifica como es el comportamiento humano normal y el patológico, permitiéndole saber cómo se va a presentar la enfermedad en el individuo y como va a reaccionar y se va a adaptar a ella.
7. Conoce a profundidad como es el desarrollo físico y mental normal de sus pacientes, especialmente en cada ciclo vital; fortaleciendo su interacción con cada

miembro de la familia, lo que le permite tener una amplia visión de la salud y enfermedad, para así lograr el mejor tratamiento ajustado a cada individuo

En *Román, A. O., Pineda, R. S., & Senoret, S. M.*, resaltan que tiene una alta capacidad resolutive, aplicándolos de una forma integral, entendiendo las necesidades del paciente y su familia, para cumplir el objetivo de mantener en ellos una vida saludable por medio de la estrategia de prevención de las enfermedades y de intervención en los momentos de crisis en cada etapa tanto del ciclo individual como el familiar, en Bass del Campo, C. (2012) describen como fortaleza del médico familiar la resolutive; por medio del número de interconsultas evidenciándose tan solo 4.03 con respecto a la tasa de interconsulta de los médicos generales de 7.68 por cada 100 consultas.

Asociado a las competencias anteriormente nombradas, se le atribuyen además otras características a este especialista como:

- Ser cálido, cercano a la persona y la familia, buen gestor, tolerante a la frustración.
- Tiene mirada integradora y armoniosa entre la parte técnico-clínica y las relaciones humanas, la cual es una de las principales brechas por las cuales se quejan los pacientes a la hora de la relación médico paciente con los demás profesionales de la salud que no son Médicos Familiares.
- Es líder y motor de su equipo de trabajo ayudando a transformarlo utilizando ampliamente la red sanitaria e interactuando con la comunidad.

(Montero. J, Rojas. M, 2009.)

Así los altos niveles de resolutive y de satisfacción usuaria, asociado a todas las características descritas, así como por la necesidad de avanzar en la construcción de una estrategia que sea acorde con los requerimientos de la población chilena hacen que el médico familiar siga consolidándose como un eje vital en la atención primaria en salud.

Teniendo en cuenta las destrezas del Médico Familiar, es importante conocer si realmente se ejercen las competencias para las cuales han sido formados. Con base a esto se han realizado análisis con las competencias que deberían tener los médicos para que tuvieran un buen desempeño en los centros de salud familiar en Chile, en donde llegaron a la conclusión de que se necesita un profesional con enfoque multidimensional integral, con una población a cargo, que tenga continuidad en el cuidado de las personas, con énfasis en la prevención y promoción, con una mirada transdisciplinaria para asumir el cuidado de las familias, que trabaje en equipo. Al revisar las aptitudes que perciben las demás personas del Médico Familiar, se puede llegar a la conclusión que estos especialistas tienen el perfil y es coherente con las necesidades de la comunidad. (Montero. J, Rojas. M, 2009.)

Si bien el camino que ha recorrido la Medicina Familiar en Chile ha sido largo, le ha permitido ser reconocida y sin importar el campo de acción en el que se introduzca, ya sea público o privado, ambulatorio o institucional, clínico o de gestión, tiene una respuesta positiva tanto en los pacientes como en los empleadores, y en general en todo el equipo de trabajo. (Depaux Vega, R. (2013).

7.3. Medicina centrada en el paciente

Desde el nacimiento de la Medicina Familiar, se ha tenido claro que lo más importante es el paciente, es por eso que el Médico Familiar desde su enfoque integral, se preocupa por las personas antes que por la enfermedad. Ese sentido humanístico es el que lo caracteriza y diferencia de otras especialidades, ya que no reconoce jerarquías ni diferencia a los pacientes en casos interesantes, neuróticos o psicosomáticos, por el contrario, como un ser integral, un ser físico, biológico y social. Además es consciente del papel que juega su

propia personalidad en la relación médico-paciente y siempre trabaja por la buena relación con el paciente a través de la empatía. Para que se dé una adecuada atención a las personas y el Médico Familiar pueda desempeñarse de una forma adecuada, éste conoce y entiende que las organizaciones de salud en las cuales trabaja forman parte de una red social, con la cual será necesario entenderse y trabajar en conjunto, todos con un mismo interés y una sola meta, lograr una buena atención, ofrecer un buen servicio pensando siempre en el bienestar del paciente la familia y su comunidad. (Pantoja C., T. (2003).

7.4. Programas de Medicina Familiar y Estrategias Pedagógicas

Según la Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar y Comunitaria en 2005, la Medicina Familiar ha sido reconocida por las autoridades de salud chilenas como la especialidad para la Atención Primaria.

La formación de Médicos Familiares en Chile en sus inicios era 100% universitaria, posteriormente se presentó la formación en práctica y educación en el extranjero. En Bass del Campo, C. (2012) describen que para el año 2012 el 70% aproximadamente de residentes tenían una formación universitaria, del cual el 30% se encontraba reconocido por la Corporación Autónoma de Certificación de Especialidades Médicas (CONACEM); el 23% en formación de práctica y el 7% con validación de su formación en el extranjero.

Los últimos datos del 2010 reportan en ese año en Chile había 330 egresados por medio de programa universitario, de éstos, 100 eran certificados por CONACEM, 107 con formación práctica, certificados por CONACEM, y 33 formados en el extranjero eran certificados por CONACEM. (Bass del Campo, C. (2012).

Dentro de la formación de Médicos Familiares, también hace parte la construcción del conocimiento a partir de la investigación, no solo en los universitarios sino en los egresados.

Chile cuenta con 6 facultades que ofertan la especialidad en Medicina Familiar: Universidad Católica, Universidad de Chile, Universidad de Valparaíso, Universidad de Concepción, Universidad de la Frontera y Universidad Austral. Con una duración de 3 años.

Las 6 facultades de medicina que ofrecen el programa se han asociado en un Consorcio Universitario de Salud y Medicina Familiar con colaboración de la comisión nacional de acreditación de médicos especialistas, dirigido a potenciar la formación de especialistas y la capacitación del capital humano de la atención primaria nacional (Pontificia Universidad Católica de Chile, propuestas para Chile, Concurso Políticas Públicas 2011); teniendo como fortaleza la capacidad de acreditar al médico familiar gracias a 3 formas como son aquellos médicos que luego de práctica en medicina familiar por 5 años y que demuestren capacidades y competencias en las áreas competentes de la especialidad podrían recibir el título.

Otra de las formas establecidas entre los años 2011 a 2014 en los servicios de salud para reconocer son los médicos que han demostrado competencias acordes y a la vanguardia con lo que presenta la especialidad, y la tercera forma es la habitual por medio de estudios como residente. Observatorio regional de recursos humanos de salud. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. (2012).

A continuación se describen los diferentes perfiles que tienen los egresados de las diversas facultades:

Universidad Católica: Principalmente tiene énfasis en el manejo clínico y la Medicina Basada en la evidencia. Presenta dos especialidades diferentes: Medicina Familiar del Adulto, Medicina Familiar del Niño.

Universidad de Chile: Énfasis en la familia, el médico de familia como gestor de centros de salud.

Universidad de Valparaíso: Énfasis en salud Pública

Universidad de Concepción: Mirada integral y urbana - rural.

Universidad de la Frontera y Universidad Austral: Es un programa de 6 meses de estudios y 6 meses de práctica en un lugar rural urbano.

Ejemplos del programa de Medicina Familiar.

En la Universidad Católica de Chile el Programa de Postítulo de Medicina Familiar puede realizarse en una de las dos menciones clínicas existentes: Mención Adulto o Mención Niño. El siguiente ejemplo fue tomado de (Pontificia Universidad Católica de Chile Escuela de Medicina Dirección de Postgrado. Programas de Postítulo en Medicina Familiar)

7.4.1. Área Clínica

Rotación por Centro de Salud

Actividad Clínica: atención directa de pacientes individuales, atención de familias, actividad asistencial interdisciplinaria, visitas domiciliarias, etc.

Actividades “Indirectas” dedicadas a participación en actividades de gestión (jefaturas de programas y subprogramas), trabajo comunitario, desarrollo de proyectos de investigación o intervención, etc.

b) Rotación por servicios de Urgencia

c) Especialidades (en rotaciones sucesivas):

Mención Adulto: Gastroenterología, Dermatología, Traumatología, Reumatología, Neurología, Adolescencia, Geriátría, Cirugía Menor, Electivos.

Mención Niño: Respiratorio, Neurología, Endocrinología, Adolescencia, Cirugía Menor, Radiología, Urgencia, Psiquiatría infanto juvenil, Ginecología, Electivos.

7.4.2. Área Seminarios y Cursos

a) Seminarios sobre problemas frecuentes en Medicina Ambulatoria

b) Reuniones Clínicas

c) Cursos teórico prácticos:

Educación de Adultos

Medicina Basada en la Evidencia

Eje Psicosocial familiar

Epidemiología

Elaboración de Proyectos

Prevención en Salud

Promoción en Salud

Gestión en Atención Primaria

7.4.3. Campos Clínicos:

El aprendizaje de los residentes del Programa se realiza preferentemente en:

1. Centro Médico San Joaquín de la Red de Salud UC.
2. Servicio de Urgencia Hospital Clínico Universidad Católica.
3. Otros Servicios y Departamentos de la Red de Salud UC: Centro de Atención Geriátrica, Centro de Atención del Adolescente, Centro de Especialidades Médicas, Centro Médico Irarrázaval y otros.
4. Centro Diagnóstico Terapéutico (CDT) del Complejo hospitalario Dr. Sótero del Río.
5. Centros de Salud Red Ancora UC:
Centro de Salud Familiar Madre Teresa de Calcuta,
Centro de Salud Familiar Juan Pablo Segundo.
Centro de Salud Familiar San Alberto Hurtado.

El modelo docente considera la incorporación de los residentes a equipos de trabajo en sus respectivos centros de salud, con todos los derechos y deberes que ello implica. Los centros vinculados al programa de pos título corresponden a centros de la Red de Salud UC (ANCORA y Centro Médico San Joaquín). Incluye la supervisión directa de todas las actividades asistenciales desarrolladas en dependencias de la universidad y la supervisión periódica en el ámbito de las actividades desarrolladas en los centros de salud, por parte de docentes clínicos pertenecientes al Departamento de Medicina Familiar.

El programa incluye también el diseño y ejecución, por parte de los residentes, de un proyecto de investigación o intervención, vinculado al centro de salud donde se desempeñan.

A continuación se expone el ejemplo tomado de del programa de Medicina Familiar de la Universidad de Concepción:

Asignaturas:

Asignaturas de tipo Básica

Actualizaciones en salud y medicina del adulto y adulto mayor, actualizaciones en salud y medicina de la mujer, actualizaciones en salud y medicina del niño y del adolescente, donde cada unidad formativa comprende la realización de sesiones expositivas, seminarios y/o talleres de profundización.

Entre otras de las asignaturas de encuentra el desarrollo de los recursos humanos en salud familiar, gestión y administración de salud para la atención primaria, e investigación y evaluación en atención primaria y salud familiar, donde el objetivo es promover una actitud positiva hacia la investigación en salud, incentivando el desarrollo de herramientas para y conocimientos para investigar y proponer políticas y modelos de acción en salud familiar.

Otro curso es el de marcos de referencia para el trabajo en salud familiar y el proyecto de "fortalecimiento del desarrollo comunal del modelo de salud familiar, además de rotaciones por medicina del adulto, adulto mayor, la mujer, el niño, del adolescente, psiquiatría y salud mental. Rotación en urgencias, para fortalecer la capacidad diagnóstica del nivel primario y derivar de forma oportuna.

“El Programa de Especialización en Medicina Familiar ha considerado el fortalecimiento y actualización de conocimientos, habilidades y destrezas en relación con la Atención de Salud de las Personas a lo largo de las diferentes etapas del ciclo vital, ello en el marco de la medicina ambulatoria y del ejercicio profesional en el nivel primario de atención,

trabajando en forma intersectorial, colaborativa y participativa entre las instituciones sociales y organizaciones comunitarias en pro del desarrollo local y Promoción de la Salud” Organización Panamericana de la Salud (2012).

CAPÍTULO III

8. COMPARACIÓN CON EL CONTEXTO COLOMBIANO

En los capítulos anteriores se habló del sistema de salud chileno, y de todos los cambios que ha tenido que hacer para mejorar, dentro de ellos y el más importante centrar la atención en salud en la estrategia de APS, basado en las experiencias que han tenido los demás países con esta.

En este capítulo se expone de forma comparativa el funcionamiento y evolución de la Medicina Familiar dentro del sistema de salud de Chile, con el contexto colombiano, haciendo evidentes los aportes de esta especialidad en la implementación de la Atención Primaria en Salud. Para ello debe partirse de la idea de que el sistema de salud de Chile es un sistema mixto porque está compuesto por dos sectores, público y privado. La población puede escoger a que sector afiliarse, si es el público, el plan de beneficios de este es igual para todos independientemente del aporte que se haga; o puede cotizar en alguna de las 14 Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES) en donde el plan de beneficios depende del aporte y perfil de riesgo. (*Giedion, Ú., Villar, M., & Ávila, A, 2010*).

Lo que se pretende hacer con este capítulo al comparar el sistema de salud chileno con el colombiano, es dejar una orientación general de que hace semejantes o diferentes al Médico Familiar en cada uno de éstos países, especialmente respecto a los aportes que han hecho estos profesionales al desarrollo de la Atención Primaria en salud. Para continuar con esta parte de la investigación es importante conocer y tener claro algunos conceptos como son

los sistemas de salud, Atención Primaria en Salud (APS), modelo de atención y modelo de prestación de servicios.

Los sistemas de salud son “la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal consiste en mejorar, promover, restaurar o mantener la salud de cada país, para lo cual necesita de personal financiación, información, suministros, transportes y comunicaciones, así como una orientación y dirección generales. Además tiene que proporcionar buenos tratamientos y servicios que respondan a las necesidades de la población y sean justos desde el punto de vista financiero”. Organización Mundial de la Salud 2008.

La APS a lo largo de la historia ha tenido diferentes interpretaciones; la primera vez que se definió la Atención Primaria en Salud fue en 1978 con la Declaración de Alma Ata, en donde se hacía referencia a *“la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de auto responsabilidad y autodeterminación”*. Vega, R.R., Acosta, R.N., Mosquera, M.P., Restrepo, V.R. (2009).

En el marco de la legislación colombiana en la ley 1438 conciben a la APS como *“una estrategia de demostrada efectividad en la atención integral a la salud de las poblaciones, orientada a establecer condiciones de materialización del derecho a la salud y reducción de inequidades. Concibe integralmente el proceso de salud – enfermedad desde una*

perspectiva de determinantes sociales, lo que implica no solo una provisión sectorial de servicios de salud, sino una afectación de las causas últimas a través de “la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable”. En este sentido se constituye por “tres componentes integrados e interdependientes: los servicios de salud, la acción intersectorial/ transectorial por la salud y la participación social, comunitaria y ciudadana. Fundación Santa Fe de Bogotá (2013).

Como se había mencionado antes son diferentes las interpretaciones que se le han dado a la APS, en párrafos anteriores se nombró la primera definición que se le dio en 1978 por Alma Ata y posteriormente la que tomo la resolución colombiana 1438. Además La Atención Primaria en Salud también ha sido presentada como un modelo de atención integral e integrado que incluye elementos de participación comunitaria, coordinación intersectorial y confianza en diversos trabajadores de la salud y profesionales tradicionales. Manifiesta diferentes principios dentro de los cuales se encuentra la necesidad de dirigirse a determinantes más amplios de salud, accesibilidad universal y cobertura basada en la necesidad; participación individual comunitaria y auto-cuidado; acción intersectorial para la salud; y tecnología adecuada y costo-efectiva. Se ha definido como una estrategia para organizar los sistemas de atención a la salud y la sociedad para promover la salud Fundación Santa Fe de Bogotá (2013).

Después de revisar las diferentes interpretaciones que se le han dado a la APS, es clave conocer que es un modelo de atención y un modelo de prestación de servicios ya que esto podrá ayudar a diferenciar realmente que es la Atención Primaria en Salud, dado que

algunos la interpretan como modelo de atención y otros como modelo de prestación de servicios.

El Modelo de Atención en Salud se refiere a todos los instrumentos que hacen parte de la atención en salud incluyendo la interacción entre el prestador y el usuario, todas las políticas, procesos y componentes que deben funcionar adecuadamente para garantizar la atención de todas las personas, familias y de la comunidad, de tal forma que se puedan satisfacer todas sus necesidades de salud. (Ruales.J, 2004)

En esta definición es importante mencionar a lo que se quiere llegar, que es un Modelo De Atención Integral de salud que se entiende como: “el conjunto de lineamientos, fundamentados en principios, que orienta la forma en que se organiza, en concordancia con la población, para implementar acciones de vigilancia del medio ambiente, promocionar la salud, prevenir las enfermedades, vigilar y controlar el daño, y brindar una atención dirigida a la recuperación y rehabilitación de la salud de las personas, con pertinencia cultural y enfoques de género e interculturalidad a través del ejercicio de su papel Rector, la Gestión transparentes de los recursos y la participación social, en los diferentes niveles de atención y escalones de complejidad de su Red de Servicios.” (Ovalle, L., Palma, S., Echeverría, G., Rosales, P. (2010).

Respecto al modelo de prestación de servicios de salud es la forma en que se organizan las instituciones y sus recursos para realizar las intervenciones en salud las cuales deben ser eficaces, seguras y con calidad que se ofrecen al que lo necesita en el momento y lugar que lo requiera, en un determinado modelo de atención; para esto es necesario cumplir con las

obligaciones de prevención, promoción, recuperación y rehabilitación. Organización Panamericana de la Salud (2012).

Teniendo claros estos conceptos, se puede iniciar con los propósitos de este capítulo y hacer un análisis del contexto general y de los sistemas de salud de Chile y Colombia, para esto es necesario tener en cuenta aspectos socio-históricos, financieros, recursos humanos, infraestructura e indicadores entre otros.

A continuación se observa un cuadro comparativo entre Chile y Colombia con algunos de los aspectos que fueron mencionados en el párrafo anterior.

8.1. Cuadro comparativo de Indicadores entre Chile y Colombia.

PAÍS	CHILE	COLOMBIA
Población total	17.363.894 (julio 2014 est)	46.581.823 DANE 2012
Población cubierta por la seguridad social	16.322.060	44.917.299
Población no asegurada	868.196	1.664.524
Expectativa de vida	Hombres: 75,42 años mujeres: 81,59 años (2014 est)	Hombres: 72,08 años Mujeres: 78,61 años (2014 est)
Mortalidad infantil por 1.000 N.V	7.02 muertes / 1,000 nacidos vivos	15.02 muertes / 1,000 nacimientos vivos

Razón de mortalidad materna	25 muertes/100,000 nacidos vivos (2010)	92 muertes/100,000 nacidos vivos (2010)
Tasa de Natalidad	13.97 nacimientos / 1,000 población (2014 est)	16.73 nacimientos / 1,000 población (2014 est)
Tasa de Mortalidad general	5.93 muertes / 1,000 habitantes (2014 est)	5.36 muertes / 1,000 población (2014 est)
Médicos por 1000 personas	1,6 médicos / 1,000 habitantes (2011)	1,47 médicos / 1,000 habitantes (2010)
Enfermeras por 1000 personas	1.5 enfermeras/ 1000habitantes (2011)	6.16 enfermeras /10000 habitantes
Gasto per cápita en salud (USD)	1568 USD en 2011	530 USD 2012
Los costos de salud como porcentaje del PIB	6,9% 2008	7,9% 2010
Gasto nacional en salud como % del PBI	7,5% del PIB (2011)	6,1% del PIB (2011)
% De los costos de salud pagados por el gobierno		

Tabla 2. Cuadro comparativo de indicadores entre Chile y Colombia

Fuente: CIA; OMS: Estadísticas sanitarias mundiales 2012; Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos OCDE (2013), Ministerio de Salud y Protección Social (2013).

8.2. Comparación de los contextos en salud entre Chile y Colombia.

HITOS EN LA HISTORIA DEL SISTEMA DE SALUD	
Chile	Colombia
1891: Ley de Organización y Atribución de las Municipalidades a las que hace responsables de la higiene pública y el estado sanitario de la comuna.	1945 Creación de la Caja Nacional de Previsión Social
1918: Primer Código Sanitario.	1946 Creación del Instituto Colombiano de los Seguros Sociales (Cobertura a trabajadores sin sus familias)
1924: Creación del Seguro Obrero Obligatorio que cubre riesgo de enfermedad, invalidez, vejez y muerte.	1954 Creación de las Cajas de Compensación Familiar
1942: Creación de la Dirección General de Protección a la Infancia y Adolescencia (PROTINFA) y del Servicio Médico Nacional de Empleados (SERMENA).	1975 Creación del Sistema Nacional de Salud (sistema de asistencia pública)
1952: Creación del Sistema Nacional de Salud (SNS) mediante la fusión de diversas instituciones para crear un organismo	1990 Descentralización de la salud a nivel municipal (Poco éxito en la descentralización administrativa)
	1991 Incorporación a la Constitución Política del derecho de todos los colombianos a la atención a la salud como un servicio público bajo la dirección, coordinación y control del Estado (en conjunto se tenía una cobertura del 30 al 45%)

<p>único encargado de la protección de la salud de toda la población.</p>	<p>1993 Creación del Sistema General de Seguridad Social en Salud (Ley 100) (2 planes de beneficios a unificarse en el 2001)</p>
<p>1968: Consolidación de las Mutuales de Seguridad, organismos privados que pueden captar fondos, organizar y administrar un mecanismo de atención integral en salud y creación del Sistema de Libre Elección para empleados públicos y privados.</p>	<p>2002 Creación del Ministerio de Protección Social mediante la fusión del Ministerio de Salud y el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social</p> <p>2006 Establecimiento del Sistema Obligatorio de Garantía de Calidad</p>
<p>1979: Fusión del SNS y SERMENA y reorganización del Ministerio de Salud para crear el Fondo Nacional de Salud (FONASA), los Servicios de Salud (regionales), la Central de Abastecimiento y el Instituto de Salud Pública.</p>	<p>2007 Aprobación de la Ley 1122 que introduce modificaciones al SGSSS / Plan Nacional de Salud Pública 2007 – 2010 (se logran coberturas mayores al 90% de la población)</p>
<p>1980: Municipalización de los establecimientos de atención primaria.</p>	<p>2011. Promulgación de la ley 1438</p> <p>2012-2014. Unificación progresiva de los planes de beneficio subsidiado y contributivo.</p>
<p>1981: Creación de las Instituciones de</p>	<p>2014 Ley estatutaria de salud avalada por la corte constitucional. (Salud como derecho fundamental, respeto a la</p>

<p>Salud Previsional (ISAPRES).</p> <p>2003-2005: Reforma que da origen al Plan de Acceso Universal con Garantías Explícitas (AUGE).</p> <p>2004 Ley de Autoridad Sanitaria 19937 en donde se señala la presencia de Establecimientos de Menor complejidad que comprende Centros de Atención Primaria y Hospitales de Baja complejidad u Hospitales de la Familia y la Comunidad.</p> <p>2005, el Minsal, describe el Modelo con Enfoque Familiar en la Atención Primaria de Salud.</p> <p>2008 se propuso que la APS fuera reforzada con Médicos de Familia, basado en el modelo de Salud Familiar y Comunitaria,</p>	<p>autonomía médica)</p>
--	--------------------------

SISTEMA DE SALUD	
Chile	Colombia
<p>Conformado por dos sectores:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Público - Privado. <p>Sector público: conformado por el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS), del cual hace parte el Ministerio de Salud y sus organismos dependientes a nivel regional, la Central de Abastecimiento, el Instituto de Salud Pública, El Fondo Nacional de Salud (FONASA) y la Superintendencia de Salud; cubre aproximadamente el 70% de la población, incluye la clase baja, media y los jubilados, los profesionales y técnicos con mayores ingresos que deseen estar en este sector; se financia con los impuestos generales, aportaciones de los municipios y copagos de los afiliados al FONASA.</p>	<p>Desde la ley 100 de 1993 es un Sistema General de seguridad Social en Salud (SGSSS)</p> <p>Comprende dos regímenes</p> <ul style="list-style-type: none"> - Subsidiado. - Contributivo <p>Existe la posibilidad de pertenecer al sector privado, afiliarse a pagos complementarios haciendo un aporte adicional, o aseguramientos con planes de beneficios adicionales por medio Medicina Pre pagada.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Régimen contributivo: Afilia a todos los trabajadores asalariados y pensionados, también los trabajadores independientes con capacidad de pago. - Régimen subsidiado: Afilia a las personas sin capacidad de pago o

<p><i>(Giedion, Ú., Villar, M., & Ávila, A, 2010)</i></p> <p>-Sector privado: cobertura del 17.5% de la población, correspondientes a los grupos sociales de mayores ingresos. Está financiado por las cotizaciones, aranceles y copagos tanto obligatorios como voluntarios de los afiliados a las ISAPRES y de los pagos de los ingresos propios que los usuarios de los servicios privados realizan en el momento de recibir la atención. Los trabajadores dependiendo de la capacidad de pago y el valor de la prima que se aplica para su grupo de riesgo, pueden escoger entre el FONASA o alguna ISAPRE, esta última presta los servicios en sus propias instalaciones, privadas o públicas. Existen tres formas de prestar los servicios de salud, por medio de las ISAPRES, las compañías de seguros y</p>	<p>personas que no cuentan con un empleo formal.</p> <p>- Regímenes especiales: Son variaciones del régimen contributivo ya que a este pertenecen los trabajadores de la Policía Nacional, Fuerzas Militares, La Empresa Colombiana de Petróleos (ECOPETROL), El Magisterio y las Universidades Públicas.</p> <p>- Aseguradores particulares y pagos de bolsillo: Las personas con recursos económicos se pueden afiliar a planes complementarios (complementa algunos servicios de plan contributivo, Hotelería hospitalaria mejor, Médicos especiales, tiempos de espera más cortos), Medicina prepagada (Aseguradores privados con planes de beneficios y redes de prestación diferentes a los concertados con el plan contributivo y subsidiado). Sin embargo, existe una pequeña proporción de personas que no se encuentran afiliados al</p>
--	--

<p>los prestadores de servicios sanitarios. . <i>(Giedion, Ú., Villar, M., & Ávila, A, 2010)</i></p> <p>Seguros privados: una pequeña parte de la población con capacidad de pago ha comenzado a adquirir seguros privados de salud complementarios. <i>(Giedion, Ú., Villar, M., & Ávila, A, 2010)</i></p> <p>Cobertura en salud por agencias públicas: 10% de la población, en este grupo se encuentran los servicios de salud de las Fuerzas Armadas. <i>(Giedion, Ú., Villar, M., & Ávila, A, 2010)</i></p>	<p>SGSSS por diversos motivos entre ellos el difícil acceso a las instituciones de salud que también tiene gastos de bolsillo.</p>
--	--

BASE JURÍDICA O NORMATIVA	
Chile	Colombia
<p>- En 1979 se creó el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS), En el año 1995 se creó la ley 19.378 que dio origen al Estatuto de Atención Primaria de Salud Municipal; en el 2005 el 1 de Julio entró en vigencia la reforma a la salud con el Plan de Acceso Universal con Garantías Explícitas (AUGE) que tenía como objetivos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mejorar la salud de la población, prolongando la vida y los años de vida libres de enfermedad. 2. Reducir las desigualdades en salud 3. Mejorar la salud de los grupos menos favorecidos de la sociedad <p>(Bastías, G., & Valdivia, G. (2007).</p> <p>Desde entonces se garantiza a toda la población chilena el acceso a la atención de salud de una forma oportuna, con calidad y</p>	<p>- El Sistema de Seguridad Social Integral en Colombia, fue instituido por la Ley 100 de 1993 y reúne de manera coordinada un conjunto de entidades, normas y procedimientos a los cuales podrán tener acceso las personas y la comunidad con el fin de garantizar una calidad de vida que esté acorde con la dignidad humana.</p> <p>-Los principios de prestación de servicios del Sistema de Seguridad Social Integral en Colombia son: Eficiencia, Universalidad, Solidaridad, Integralidad, Unidad y Participación</p> <p>-Esta establece la legislación de cuatro puntos generales:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.El Sistema general de Pensiones, 2.El Sistema General de Seguridad Social en Salud.

<p>con protección financiera, es decir un Sistema Integral de Salud que beneficia a todos y contempla todas las enfermedades, incluidas las de alta complejidad y de mayor costo.</p> <p>El AUGE igualó el piso de garantías para el seguro público y los seguros privados, y mejoró el acceso para el subsistema público y la cobertura financiera para los beneficiarios de las Isapres. (Giedion. U, Bitrán.R, Tristao.I. 2014).</p> <p>Una de la cosas clave que introdujo el AUGE</p> <p>Fueron 4 garantías:</p> <p>1. Acceso: Tanto el FONASA como las ISAPRES tienen la obligación de asegurar que se le dé a los afiliados todas las prestaciones de salud que están en el GES o AUGE.</p> <p>2. Oportunidad: <i>“plazo máximo para el otorgamiento de las prestaciones de salud</i></p>	<p>3.El Sistema General de Riesgos Profesionales</p> <p>4. Los servicios sociales complementarios.</p> <p>El servicio en salud, será prestado por el Sistema de Seguridad Social Integral, con una ampliación progresiva de la cobertura a todos los sectores de la población, en los términos establecidos por la presente Ley.</p> <p>La legislación en salud en Colombia, ha sufrido varias modificaciones :</p> <p>Ley 11 22 de 2007 que busca mejorar la organización de los servicios y fortalecer los Servicios de salud pública y sus funciones de "inspección, vigilancia y control y la organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud" (ley 1122 de 2007</p> <p>La ley 1438 de 2011 que busca el "fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud, a través de un</p>
--	--

<p><i>garantizadas, en la forma y condiciones que determina el decreto respectivo (revisado anualmente)”.</i></p> <p>3. Calidad: <i>“otorgamiento de las prestaciones de salud garantizadas por un prestador debidamente acreditado por la Superintendencia de Salud”.</i></p> <p>4. Cobertura financiera: hace referencia al copago que debe hacer el usuario por la prestación el cual no debe exceder al 20% del valor del arancel de referencia del régimen GES; de este pago están exentos los indigentes y los afiliados al FONASA que tienen bajos ingresos.</p> <p>(Giedion. U, Bitrán.R, Tristao.I. 2014).</p> <p>Posteriormente se pretendió con la reforma establecer un modelo de salud familiar en la Atención Primaria y poder mejorar la resolutiveidad y la calidad en la atención de</p>	<p>modelo de prestación del servicio público en salud que en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el país”, e incluye modificaciones que consolidaron la unificación del plan de beneficios. (Sentencia C-791 de 2011.)</p> <p>Para esto propone acciones de salud pública, promoción de la salud, prevención de la enfermedad en el marco de la estrategia en Atención Primaria en Salud.</p> <p>Adicionalmente se ha establecido una ley estatutaria en salud que aprueba la corte constitucional en el 2014 que establece nuevos retos para un sistema de salud</p>
---	--

<p>los usuarios por lo que en el año 2008 se propuso reforzar la APS con Médicos Familiares con lo que lograron mejores indicadores en salud y reducción en los gastos en salud, que se ven reflejados en Organización Panamericana de la Salud, Información y Análisis de Salud: Situación de Salud en las Américas: Indicadores Básicos 2011.</p>	<p>sostenible al privilegiar la salud como un derecho fundamental y la autonomía médica. Esto hace que una nueva organización de servicios es imprescindible.</p>
---	---

<p align="center">PLANES DE BENEFICIOS</p>	
<p align="center">Chile</p>	<p align="center">Colombia</p>
<p>Chile en al año 2005 adopto un Plan de Beneficios (PBS) QUE FUE DENOMINADO Plan De Garantías explícitas de Salud (GES) o Plan de ACCESO Universal a Garantías Explícitas (AUGE)</p> <p>Este plan acoge a todo el Sistema de Seguridad Social en Salud, incluyendo a los asegurados del seguro público, FONASA,</p>	<p>Es obligatorio estar afiliado al SGSSS, en cualquiera de sus regímenes, a través de las entidades promotoras de salud (EPS) las cuales ofrecen un Plan Obligatorio de Salud (POS) el cual fue unificado en el transcurso del año 2012 siendo el mismo para el régimen contributivo como para el subsidiado.</p> <p>El POS comprende una serie de servicios y medicamentos esenciales a los que tendrá</p>

<p>además a los asegurados de las ISAPRES, en quienes la cobertura de salud no está limitada a lo que contiene el PBS AUGE, dado que si alguno de los usuarios presenta alguna patología que no esté incluida en el PBS, pueden obtener cobertura a través del plan complementario de salud del FONASA o la ISAPRE la cual se encuentren afiliados. (Giedion. U, Bitrán.R, Tristao.I. 2014).</p> <p>En estos casos cuando la patología no está incluida en el PBS, en el caso de que la persona este afiliada al FONASA deberá esperar un tiempo y realizar el copago respectivo para poder obtener la atención que requiere, mientras que los que están afiliados a una ISAPRE, si el plan complementario contempla el servicio requerido el usuario puede obtener la atención sin demora al realizar el copago. (Giedion. U, Bitrán.R, Tristao.I. 2014).</p>	<p>derecho el usuario, se actualiza periódicamente siendo la última de las actualizaciones es la resolución 5221 de 2013.</p> <p>Sobre la producción y entrega de medicamentos podemos decir que en Colombia coexisten dos submercados: uno Institucional para los afiliados al SGSSS y otro privado.</p> <p>En el institucional el medicamento es formulado por el médico tratante de la EPS según lo descrito en el decreto 2200 de 2005 y es entregado en las farmacias designadas por cada entidad.</p> <p>Para aquellos medicamentos, insumos o procedimientos no incluidos en el POS existe la posibilidad de solicitar la autorización a un Comité Técnico Científico (CTC) conformado según lo estipulado en la resolución 548 de 2010, el cual se encarga</p>
--	--

<p>A Julio de 2013 están incluidas en el PBS 80 patologías que representan el 60% de la carga de enfermedad del país, este plan de beneficios no solo contiene estas patologías, sino también otras prestaciones dentro de las que se encuentran los exámenes de medicina preventiva</p> <p>(Giedion. U, Bitrán.R, Tristao.I. 2014).</p> <p>Dentro de estas 80 patologías se encuentran: diversos tipos de cáncer como el cervico-uterino, de mama, gástrico, linfoma leucemias, cáncer testicular y los infantiles es decir en menores de 15 años; también cubre los enfermedades cardiovasculares como infarto y eventos cerebrovasculares; patologías que se resuelven quirúrgicamente como lo es la escoliosis, cardiopatías congénitas, disrafias, prótesis de caderas, cataratas, colecistectomía entre otras; además enfermedades de alto costo como lo</p>	<p>de definir su aprobación o no teniendo en cuenta la justificación de la necesidad del medicamento, insumo o procedimiento en la salud del paciente según su patología y riesgos inherentes.</p> <p>En cuanto al sector privado, el médico prescribe el medicamento ya sea bajo su nombre genérico o comercial y el paciente lo compra de forma particular.</p>
--	---

es el trasplante renal, VIH/SIDA, cirugía cardiaca.

(Giedion. U, Bitrán.R, Tristao.I. 2014).

Otras prestaciones que se garantizan con este plan de beneficios son las consultas médicas y dentales, los días de hospitalización, cirugías procedimientos diagnósticos y terapéuticos, laboratorios, imágenes diagnósticas, histopatología, terapias específicas medicamentos e insumos.

(Giedion. U, Bitrán.R, Tristao.I. 2014).

Es importante mencionar que la población tiene derecho a escoger si quiere acogerse el PBS al plan que le ofrece su aseguramiento ya sea el FONASA o una ISAPRE, según la prestación de servicios que requiere por lo que el médico que lo atiende está en la obligación al momento de diagnosticar o

controlar a un paciente que presente algunas de las enfermedades que están incluidas en el GES, debe comunicárselo al paciente y explicarle los beneficios que tiene de esto debe quedar constancia en un documento que fue realizado por a Superintendencia de Salud y éste debe ser firmado por el usuario.

(Giedion. U, Bitrán.R, Tristao.I. 2014).

Otros planes de beneficios son los que ofrecen las instituciones privadas ISAPRES, los cuales abarcan seguros catastróficos adicionales, gastos de farmacia, atención dental y coberturas en el extranjero. Existen 3 tipos de planes:

1. Los de cobertura general: son de libre elección y su cobertura es igual a las prestaciones que pertenecen al mismo grupo genérico dentro del FONASA.
2. Cobertura reducida de parto:

<p>prestaciones asociadas al parto y la cobertura es similar a la del FONASA en la modalidad de libre elección, pero inferior a la estipulada para el resto de las prestaciones del plan respectivo.</p> <p>3. Cobertura reducida de honorarios médicos: una cobertura similar al FONASA en la modalidad de libre elección pero es inferior a la convenida para el resto de las prestaciones del arancel asociado al plan respectivo.</p> <p>Giedion, Ú, Villar, M., & Ávila, A. (2010).</p> <p>Compañías de seguros: ofrecen 2 tipos de planes: uno complementario que lo que hace es ayudar a pagar los gastos de bolsillo que no están cubiertos por el FONASA o a la ISAPRE. El otro tipo de seguro es el catastrófico el cual cubre las enfermedades de alto costo y este seguro paga por</p>	
---	--

reembolso, tienen deducible y un tope máximo anual; este seguro sirve tanto para los afiliados al FONASA como para los afiliados a ISAPRES y para los que no están inscritos en el sistema de salud también.

(Giedion, Ú, Villar, M., & Ávila, A. (2010).

Prestadores privados de salud: son las instituciones y profesionales independientes que aparte de atender a todos los afiliados de las ISAPRES del FONASA y a los no asegurados se encarga además de prestar servicios sanitarios y ofrecen 2 tipos de cobertura de aseguramiento: uno es un seguro catastrófico en la misma institución, es decir si se atiende en la misma institución en la que tiene el seguro ésta se encarga de pagar una parte de lo que no le cubre al sistema que se encuentra afiliado; también ofrecen seguros de accidentes escolares.

(Giedion, Ú., Villar, M., & Ávila, A, 2010)

FINANZAS	
Chile	Colombia
<p>La financiación del Sistema Público se basa en los impuestos generales, aportes de los municipios, contribuciones obligatorias a la nómina y los copagos que realizan los afiliados al FONASA. (<i>Giedion, Ú., Villar, M., & Ávila, A, 2010</i>)</p> <p>Los afiliados a este sector según sus ingresos tienen un copago establecido, y se dividen en 4 categorías: A, B, C y D.</p> <p>A. Es la población pobre, ellos no pagan ningún tipo de cotización y tienen acceso gratuito solo al sistema público.</p> <p>B. Corresponde a la población que sus ingresos son inferiores a 1 salario mínimo, ellos pagan cotización y su atención pública es gratuita en el SNSS, es decir no deben realizar</p>	<p>El <i>régimen contributivo</i> se sostiene con base en una cotización de sus afiliados</p> <p>- El artículo 23 del Decreto 1703 de 2002 establece que el ingreso base de cotización (IBC) será el equivalente al 40% del valor del contrato facturado en forma mensual para empleados independientes o que laboren bajo prestación de servicios. En cuanto a los empleados contratados bajo un contrato formal de trabajo con todas las prestaciones de ley, el IBC corresponde al 12%, donde el empleado responde por el 4% del valor total el empleador por el 8% restante. Desde la ley 1122 de 2007 la contribución al régimen se incrementó 0,5% adicional quedando en 12,5%.</p> <p>- Las Entidades Promotoras de Salud (EPS), afilian a las personas del régimen contributivo, recaudan y entregan los fondos de las cotizaciones de los afiliados</p>

<p>ningún copago.</p> <p>C. En esta categoría está la población que tienen ingresos entre 1 y 1.45 salarios mínimos, y estos afiliados a parte de la cotización que realizan deben aportar un copago del 10% por recibir la atención pública.</p> <p>A esta categoría pertenece la población que tienen ingresos superiores a los 1.45 salarios mínimos y aparte de realizar su cotización al momento de recibir la atención pública deben hacer un copago del 20%. Gattini, C., & Alvarez Leiva, J. (2011)</p> <p>Pese a estas características, hay un monto máximo a pagar anualmente sin importar el número de eventos que tenga el usuario, ni sus ingresos; este monto es hasta 3.5 remuneraciones anuales.</p> <p>Los cuatro grupos reciben las mismas prestaciones sin importar los ingresos,</p>	<p>al Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA), el cual devuelve a las EPS un monto equivalente a la Unidad de Pago por Capitación (UPC).</p> <p>- Esta UPC para el 2014 es en promedio de \$593.978,4 para el régimen contributivo y en \$531.388,8 para el régimen subsidiado.</p> <p>- Las EPS pagan los servicios a las Instituciones Prestadoras de Salud (IPS) por evento (De acuerdo a lo realizado a cada afiliado) o por capitación (De acuerdo a un paquete de atención establecido entre las dos partes).</p> <p>El <i>régimen subsidiado</i> Se financia por los recursos de la cuenta del FOSYGA y aportes del gobierno (transferencias fiscales de la nación a los municipios).</p> <p>- Existen Entidades Promotoras de Salud subsidiadas (EPS-S) que se encargan de la</p>
--	--

<p>cotizaciones o riesgos.</p> <p>Para al año 2009 el 73% de la población pertenecía al FONASA y de éstos solo el 38.4% eran cotizantes y los restantes eran beneficiarios</p> <p>El <i>sector privado</i>, se financia por medio de las cotizaciones, aranceles y los copagos obligatorios y voluntarios que hacen los afiliados a las ISAPRES, y también por medio de los copagos de bolsillo que realizan los usuarios de los servicios privados al momento de recibir la atención.</p> <p>Para el año 2009 eran afiliados a las ISAPRES aproximadamente el 16.3% de la población, de los cuales el 50.3% eran cotizantes y el restante beneficiarios. Gattini, C., & Alvarez Leiva, J. (2011)</p> <p>En las ISAPRES el copago que deben hacer</p>	<p>afiliación y administración de salud de los usuarios del régimen subsidiado.</p> <p>Otras fuentes de financiación incluyen:</p> <p>Recursos de las rentas nacionales destinados al fomento de la salud y prevención de la enfermedad, recursos fiscales derivados de los programas nacionales del Ministerio de la Protección Social y rentas cedidas a los departamentos (impuestos a licores y juegos de azar).</p> <p>Seguro obligatorio para vehículos pagado por propietarios.</p> <p>Aporte a las aseguradoras de riesgo profesional de acuerdo al riesgo laboral. (Rodríguez et al 2011)</p> <p>El gobierno destina los recursos en salud los cuales son manejados por el Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA) adscrita al Ministerio de la Protección Social manejada por encargo fiduciario y quien es la encargada de realizar una distribución a</p>
---	--

<p>los afiliados es del 20% del valor de la prestación y el monto máximo a pagar anualmente es igual a los del FONASA y sin importar el número de eventos que haya tenido, y este es de 3.5 remuneraciones anuales. Gattini, C., & Alvarez Leiva, J. (2011)</p> <p>A continuación se va a enumerar los fuentes de financiación en general para el sector público y privado:</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>“Los impuestos, directos e indirectos, administrados por el gobierno.</i> - <i>Los tributos municipales o comunales, administrados por las municipalidades.</i> - <i>La cotización obligatoria que deben hacer los trabajadores a FONASA o ISAPRE (7% del salario)</i> - <i>El pago adicional que realizan algunas personas para su afiliación a algún plan de las ISAPRE (costo</i> 	<p>cada una de sus subcuentas para cubrir todos los frentes del sistema de seguridad social.</p> <p>Subcuenta ECAT: Esta subcuenta subsana el costo de las atenciones de las víctimas de accidentes de tránsito a través del SOAT y las víctimas de eventos catastróficos y terroristas.</p> <p>Subcuenta compensación: Recauda el valor de la compensación en el régimen contributivo, La subcuenta de compensación financia el régimen contributivo mediante el pago de UPC (Unidad de pago por capitación) cuyo valor es fijado por la Comisión de regulación de salud (CRES) creada con la reforma del 2007, de ésta forma el Fosyga con recursos de ésta cuenta gira a cada una de las EPS el valor de UPC proporcional a la cantidad de afiliados independientemente si éstos utilizan los servicios o no.</p> <p>Subcuenta solidaridad: Recauda los recursos aportados por todos los actores del sistema</p>
--	---

<p><i>adicional al 7% obligatorio), y el pago opcional de las personas que de manera independiente se afilian a una ISAPRE.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Donaciones y contribución de fondos a instituciones privadas de salud sin fines de lucro.</i> - <i>El copago por bienes y servicios de salud suministrado a través de bonos, según aranceles fijados, a ISAPRE y FONASA, y el pago de préstamos de salud otorgados por FONASA.</i> - <i>Gastos directos por pago de servicios asistenciales de la salud por las personas que no pertenecen a sistemas previsionales o cuya previsión no cubre dichos servicios.</i> - <i>Gasto directo en la compra de bienes, especialmente medicamentos.</i> - <i>Otros gastos, como el pago de bienes y servicios del área de la medicina informal o tradicional.</i> 	<p>con destino al régimen subsidiado (una parte es aportada por las personas afiliadas al régimen contributivo que tengan un ingreso mayor a 4 salarios mínimos). Se destinan a la población pobre y vulnerable mediante un subsidio a la demanda consistente en el pago de la prima o UPC a las EPS del Régimen subsidiado. Entre más recursos obtenga ésta cuenta se abren más cupos para ser ocupados por las personas del régimen subsidiado.</p> <p>Subcuenta promoción: Financia las actividades de educación, información y fomento de la salud y de prevención de la enfermedad, las cuales se encuentran en el Plan de Atención Básica – PAB hoy Planes de intervención colectiva FIG.</p> <p>El sector privado es utilizado por personas con mayor capacidad de pago.</p>
---	--

El aporte de las empresas al Régimen de Accidentes de Trabajo y Enfermedades Profesionales y algunas donaciones de entidades externas". Gattini, C., & Alvarez Leiva, J. (2011).

Según estas fuentes de financiamiento, hay datos del año 2007 que reportan que para ese entonces en el sector público los portes directos venían de un 26% de parte de los aportes del gobierno central, 1% de aporte Municipal; de forma indirecta los aportes venían de 35% de los trabajadores que aportaban el 7% de su salario, 4% de las empresas o mutuales para los riesgos laborales que tenían que hacer un aporte del 0.95%, y 1% de las transferencias corrientes. En el sector privado las fuentes son indirectas unas de gasto de bolsillo que comprende copago de prestaciones aporta el 8%, el copago de medicamentos el 7%, pagos particulares 10%; la otra fuente

<p>indirecta son las cotizaciones voluntarias que comprenden las adicionales de ISAPRE el 6%, y las primas de seguros el 3%. (Gattini, C., & Alvarez Leiva, J. (2011).</p>	
--	--

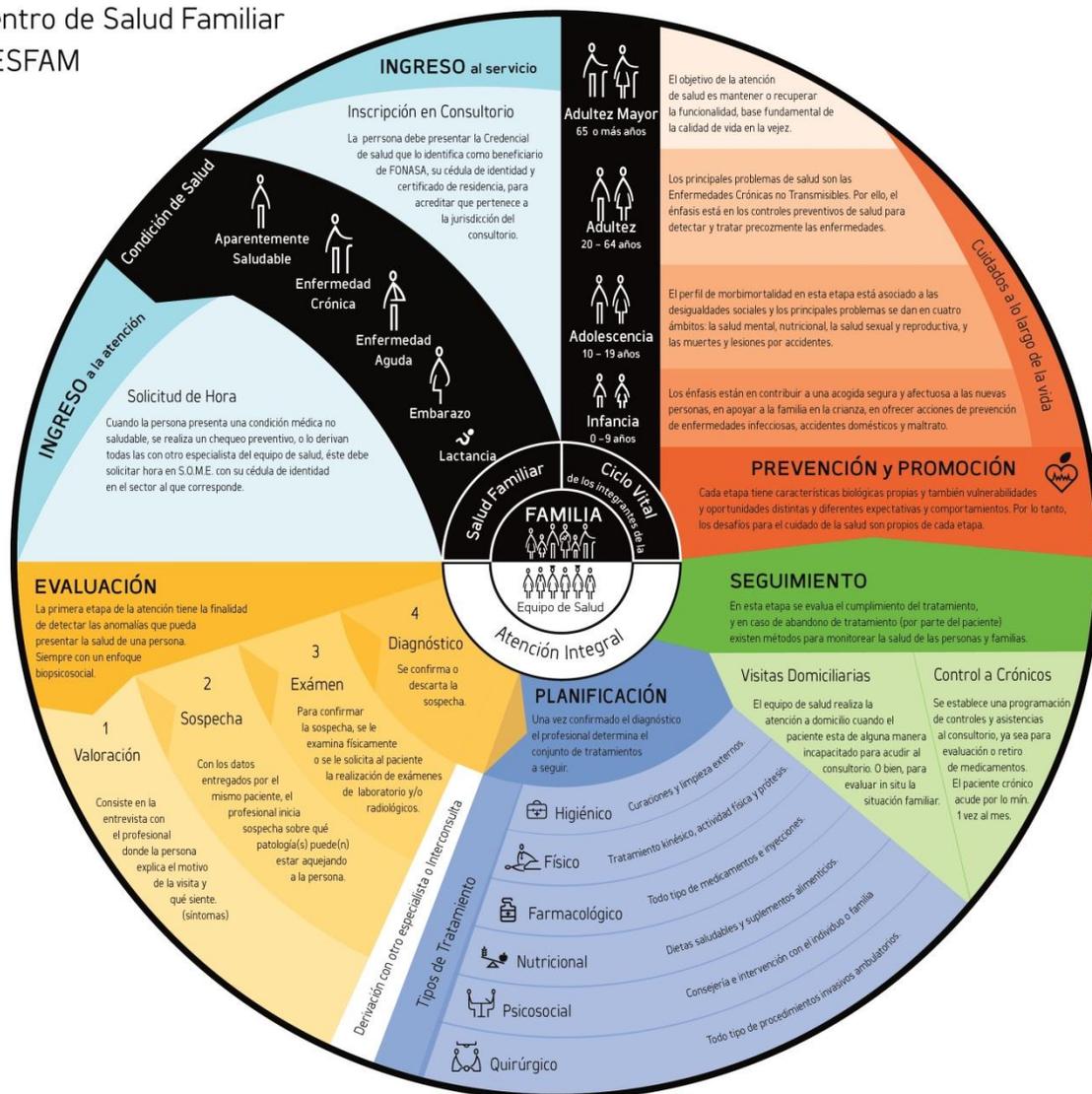
MODELO DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS	
Chile	Colombia
<p>En Chile el primer contacto del paciente con el sistema de salud es en la APS a través de los Centros de Salud (CES), Centros de Salud Familiar (CESFAM), Centros Comunitarios de Salud Familiar (CECOSF), Postas de Salud Rurales (PSR) y Servicios de Atención Primaria de Urgencia (SAPU), en cada uno de estos centros la atención difiere un poco, por ejemplo en los CES y CESFAM lo que se hace es proporcionar al paciente los cuidados básicos en salud por medio de promoción, prevención, curación, tratamiento, cuidados domiciliarios y rehabilitación de la salud, todo esto de forma ambulatoria, y lo que diferencia a</p>	<p>En Colombia no se ha definido un modelo de prestación de servicios.</p> <p>Cada EPS e IPS define la forma en que organiza la atención de la población, cumpliendo con los requisitos básicos registrados en la ley 100 de 1993 y la ley 1438 de 2011 y todas las demás que las modifiquen o complementen.</p> <p>Hay servicios de consulta externa pueden consultorios unitarios o reunidos en una unidad o institución que pueden prestar servicios de forma particular, pública o privada.</p> <p>En cuanto a los niveles de atención, están divididos en tres niveles de complejidad,</p>

<p>estos dos centros de atención es que en el CESFAM prestan sus servicios bajo el Modelo de Salud Integral con Enfoque Familiar y Comunitario y por ende enfatizan más en el a prevención de la enfermedad y en la promoción de la salud, centrando su trabajo no solo en el paciente sino también en la familia y la comunidad, dándole importancia a que participen activamente en todo su proceso. En este centro hay un equipo de salud de cabecera que atiende a toda la familia durante todo su ciclo vital. (Servicio de Salud Metropolitano Norte Ministerio de Salud 2014.)</p> <p>En los centros de CECOSF presta también atenciones básicas de salud y trabaja en conjunto con los CES y CESFAM, es decir estos 2 centros envían a los pacientes al CECOSF para prestaciones en salud más complejas. Aquí le prestación atención en salud a los pacientes equipos de trabajo conformados por enfermeras, matronas, técnicos paramédicos, asistentes sociales,</p>	<p>siendo el primer nivel la puerta de entrada y el primer contacto del usuario con el sistema de salud, en este se cuenta con los servicios básicos como son la consulta externa de medicina general, medicina familiar (como interconsultor o apoyo al médico general); también se cuenta con servicio de laboratorio, farmacia, área de urgencias de baja complejidad. En el segundo nivel de complejidad, encontramos las especialidades básicas como son medicina interna, pediatría, ginecobstetricia, cirugía general, anestesiología, medicina familiar, medicina general (de apoyo a especialidades), servicio de laboratorio clínico, radiología, farmacia, servicio de urgencias y de hospitalización, así como salas de cirugía. Finalmente, en el tercer nivel de atención se cuenta con las clínicas y hospitales más grandes y representativos del país y donde se encuentran todas las supra especialidades tanto clínicas como quirúrgicas, así como la mayor tecnología en cuanto a cirugía,</p>
---	--

<p>médicos, psicólogos, nutricionistas, kinesiólogos, terapeutas ocupacionales, odontólogos, orientadores familiares, tecnólogos médicos. (Servicio de Salud Metropolitano Norte Ministerio de Salud 2014.)</p> <p>Las PSR prestan su servicio en la zona rural, en donde hacen actividades de Promoción, prevención y trabajo comunitario. Aquí se atienden los problemas de salud que se pueden y los que no se pueden resolver los remiten a otros establecimientos de la red. Estos centros cuentan con un técnico paramédico, residente, disponible en forma permanente e inmediata.</p> <p>(Servicio de Salud Metropolitano Norte Ministerio de Salud 2014.)</p> <p>Estos centros de atención primaria también cuentan con Médicos Familiares, para la atención de los pacientes.</p> <p>Cuando los problemas en salud no se pueden resolver en la APS se envían al II y III nivel</p>	<p>intervencionismo e imágenes diagnósticas.</p> <p>También con unidades de cuidado intensivo médica, coronaria y de pacientes quemados.</p> <p>- Según el artículo 3 de la resolución 1441 de 2013, los prestadores del servicio de salud deben garantizar y cumplir una serie de condiciones para poder ingresar y permanecer en el sistema obligatorio de garantía de calidad de la atención en salud:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Capacidad técnico administrativa. 2. Suficiencia patrimonial y financiera. 3. Capacidad tecnológica y científica <p>Nivel falta aclarar que en el primer nivel:</p> <p>-La promoción y prevención en muchos casos esta desintegrada de la atención por problemas específicos (consulta resolutive)</p> <p>-La atención está fraccionada, por programas, con médicos y enfermeras asignados para programas de acuerdo la atención de problemas específicos (los médicos generales y familiares se Pseudo especializan).</p>
--	---

<p>de atención.</p>	<p>-Actualmente se ofrecen programas de enfermedades crónicas (Hipertensión arterial, Diabetes, EPOC, Anticoagulación), control prenatal, planificación familiar.</p> <p>-Las personas solicitan la atención y se les asigna según la disponibilidad de cupos o acuden a los servicios de urgencia.</p> <p>- Los indicadores están diseñados de acuerdo a esta organización de la atención. La información es controlada por EPS e IPS según las necesidades de la institución que no siempre coincide con las necesidades e intereses de la población y la nación, el personal de salud operativo solo accede a la información que la EPS o IPS que se contrata y que esta decide poner en evidencia.</p>
---------------------	--

La Experiencia del Usuario de un Centro de Salud Familiar CESFAM



© Andrea Cifuentes (an.cifuentes.r@gmail.com) ⓘ Ⓞ Ⓜ

Figura 5. Modelo de experiencia del servicio de atención primaria de salud

Fuente: Experiencia del usuario de atención primaria de salud (2014).

ROL DEL MÉDICO FAMILIAR	
Chile	Colombia
<ul style="list-style-type: none"> - En Chile el Médico Familiar está ejerciendo un rol importante en el Sistema de Salud, dado que se ha encargado de prestar un atención con calidad y humanizada, con una alta resolutiveidad y costo efectividad. - Se ha encargado de enfocar al paciente de una forma integral, es decir desde una perspectiva biopsicosocial, basada en una buena relación médico paciente, lo que ha hecho que los pacientes se sientan satisfechos con la atención. - En este sistema de salud el Médico familiar también ha desempeñado un papel importante en el trabajo en equipo, característica sobresaltada por los demás médicos, que han visto esta habilidad en estos profesionales de la salud. 	<ul style="list-style-type: none"> - En Colombia, la puerta de entrada al sistema de salud y el primer contacto de los pacientes con el mismo es por medio de los médicos generales. - El médico Familiar actúa como un profesional versátil que se encarga de apoyar e interrelacionar el equipo interdisciplinario para el tratamiento adecuado de los pacientes, busca una mejor resolutiveidad médica. Apoya acompaña y asesora a los médicos generales, siendo el primer interconsultor en la mayoría de los casos. - Sirve de interfase entre el médico general y otras especialidades específicas, atendiendo patologías de mediana complejidad o cubriendo el déficit de algunas especialidades. - Se desempeña actualmente también en los

<ul style="list-style-type: none"> - Además ha demostrado que se puede desempeñar en cualquier sector del sistema tanto en atención ambulatoria, como en urgencias y atención domiciliaria. - Por todas estas características en la actualidad el Médico Familiar en Chile es reconocido y ha demostrado ser parte importante del sistema dado a que ha mejora la resolutiveidad en la APS, ha humanizado la atención al paciente, y han disminuido los gastos en salud, prestando una atención con calidad y resolviendo los problemas de salud más prevalentes sin necesidad de mal gastar los recursos. - Desempeña un importante papel como tutor y docente en la formación de las nuevas generaciones y la formación de especialistas. 	<p>servicios de urgencias de mediano y bajo nivel de complejidad, como personal altamente resolutivo y encargado del enlace entre todos aquellos relacionados con la atención del paciente.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Apoyando y estructurando la organización y administración de servicios de salud. - Como docente ayudando a la formación de futuros especialistas y médicos generales de calidad. <p>Esto contrasta de cierta forma para el rol que tiene el médico familiar a nivel mundial con el que están de acuerdo las diferentes facultades formadoras en el país.</p> <p>El rol del médico familiar dentro del sistema de salud nace debido a la necesidad imperiosa de mejoramiento de la resolutiveidad y de la calidad en el cuidado primario que a su vez logra un control de</p>
--	---

<p>-Lo que se espera que el Médico Familiar haga en el Sistema de Salud de Chile, es un trabajo con campo de acción amplio, con múltiples tareas y funciones para poder responder a los problemas de salud más prevalentes, incluyendo acciones que pueden ser realizadas también por otros especialistas.</p>	<p>recursos y una mejora en las necesidades y expectativas de la población, hechos que se reflejan en la calidad del servicio y en la satisfacción del usuario.</p> <p>Las competencias que debe tener el médico familiar desde su formación son:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Cuidado primario 2. Cuidado continuo 3. Cuidado preventivo 4. Cuidado comprensivo 5. Cuidado holístico <p>En resumen a pesar de esta formación para el rol del Médico Familiar, la continuidad no es un requerimiento indispensable (por lo menos para algunas entidades) y el manejo integral se tiende a limitar a las patologías de interés de cada institución y no como el Gatekeeper del sistema donde es realmente su rol más eficiente en el mundo.</p>
--	--

9. CONCLUSIONES

En la revisión hermenéutica realizada en cuanto al desarrollo de la atención primaria en salud en Chile y el papel del médico familiar; se encontró una gran variedad de información; partiendo de la importancia generada por el sistema de salud de cada país, en este caso; El sistema de salud chileno es mixto, donde hay un sector público y uno privado siendo la población, quien tiene la libertad de escoger a cual sector afiliarse. En el caso del sector público, todos los afiliados tienen igual plan de beneficios independiente del aporte que realiza; o puede cotizar en alguna de las 14 ISAPRE en donde el plan de beneficios depende del aporte y perfil de riesgo de la persona. En el caso del sector privado existen tres formas de prestar los servicios de salud: a través de las ISAPRE, las compañías de seguros o los prestadores de servicios sanitarios y dependiendo del tipo de contrato, las personas pueden escoger su forma de atención.

Así en contextualización con el sistema de salud chileno se evidencia el desarrollo de la APS y el importante rol que ha venido tomando el médico familiar; como se ha descrito a lo largo del trabajo Chile ha puesto en marcha un proceso de reforma de su sistema de salud, buscando, dar una respuesta también, a otros aspectos claves de su realidad: los costos crecientes en salud, la insatisfacción con el sistema actual y las diferencias en materia de equidad, que se han generado al interior del sistema, adaptando necesario el fortalecimiento del sistema, así se implementa la atención primaria como modelo base aplicada a la perspectiva poblacional teniendo como relevante una tradición de trabajo que comparte sus orígenes con los del propio sistema de salud; y que ha sido ampliamente

exitosa en el abordaje de los problemas de salud característicos de un país joven y en vías de desarrollo.

Dentro del modelo de APS es la atención oportuna de 100% de la demanda donde se definen criterios de oportunidad y resolución de un gran porcentaje de las consultas, con especial énfasis en la enfermedades crónicas, prevenibles y de alta prevalencia según los indicadores epidemiológicos del país.

Para poder cumplir con estos objetivos, es importante asignar de una forma adecuada los recursos, realizar de manera efectiva acciones de promoción y prevención especialmente en factores de riesgo preponderantes en la población como obesidad, alcoholismo y drogadicción, definir y lograr un acuerdo salarial para los médicos familiares estándar y basado en lo determinado para las demás especialidades clínicas, además de asegurarse escenarios de práctica clínica y manejo en equipo donde se debe tener en cuenta el modelo biopsicosocial, para fortalecer el vínculo entre la atención primaria y la salud óptima para la población, siendo importante la formación en pregrado que tenga este enfoque para ampliar la capacidad de proyección hacia la atención primaria en salud y así la formación de mayores especialistas enfocados en este manejo.

Adicional se resalta el cambio de modelo del sistema de salud público en la atención primaria, pasó del biomédico al biopsicosocial con enfoque familiar. El cual no ha sido fácil, sin embargo se resalta las capacidades y habilidades del médico familiar dentro del sistema permitiendo un mayor enfoque hacia la integridad del manejo del paciente, siendo este el eje de la salud, y así mismo permite abordar cada miembro de la familia como un todo con el fin de mejorar la calidad y fortalecer la relación médico paciente.

Uno de los grandes aspectos importantes es como la medicina familiar nace de una necesidad tanto social como académica para fortalecer el manejo de las comunidades y pacientes a lo largo de las diferentes etapas del ciclo vital lo que resulta en la implementación a gran escala en escuelas y universidades el postgrado como una especialidad para la atención primaria; siendo así importante resaltar en Chile al año hay más de 50 cupos con posibilidad de ingreso a la especialidad; sin embargo se encuentra que no se ocupan ya sea por desconocimiento de la especialidad o la indiferencia ante estos espacios; se considera que la única forma de optimizar y mantener la cantidad adecuada de recurso humano es incentivando la educación y formación de nuevos médicos familiares, teniendo en cuenta las diferentes formas de obtener el posgrado.

Para finalizar la implementación de la Atención Primaria Integral de Salud requiere en forma creciente de trabajo más estable, multi, inter y transdisciplinar, de más actividades de gestión social y de más colaboración en equipo; como lo señala Barbara Starfield (2001): “El éxito de la atención primaria depende de que la sociedad acepte su importancia y de que los medios para su mejora formen parte esencial de la política de formación y prestación de servicios de atención primaria”. Vega, R.R., Acosta, R.N., Mosquera, M.P., Restrepo, V.R. (2009).

10. RECOMENDACIONES

En el ámbito de la medicina familiar, las investigaciones están enfocadas a describir el modelo actual en el que se desenvuelven, sin embargo se recomienda realizar investigaciones donde se evalúe el impacto que se genera al implementar un modelo basado en APS y de cómo el rol del médico familiar permite optimizar el manejo de la salud; partiendo del enfoque preventivo y evitando la enfermedad, apoyando al sistema de salud con la adecuada utilización de los recursos logrando una mejor distribución y uso racional, con el fin último de evidenciar con claridad la contribución de la especialidad al dinámico funcionamiento de la salud y proveer pautas que motiven a la formación y desempeño de una mayor cantidad de médicos familiares.

Además se considera relevante realizar estudios donde se tenga en cuenta la opinión de los diferentes especialistas en salud ante el papel del médico familiar y viceversa con el fin de mejorar y enriquecer los diferentes ámbitos en los que se mueven, siendo vital la necesidad de agremiación y mantener unidos los ideales de la medicina familiar con el fin de promulgar y mantener la estabilidad de la especialidad surgente.

Por último el sistema de salud colombiano debe apoyar al médico familiar para el desarrollo de hospitales o centros de alta complejidad donde se involucre la experiencia de atención primaria, siendo este el punto de atención inicial, dentro de un ámbito hospitalario en el que el se pueda desarrollar todas las competencias adquiridas dentro de su formación.

11. BIBLIOGRAFIA

- Agencia Central de Inteligencia. (2014). Agencia central de inteligencia (CIA) chile. Recuperado de <https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/ci.html>
- Alvarado, G., & Moya, J. C. (2008). *División político-administrativa y censal 2007*.
- Bass del Campo, C. (2012). Modelo de salud familiar en Chile y mayor resolutiveidad de la atención primaria de salud: ¿contradictorios o complementarios? *Medwave*, 12(11), 1-12.
- Bastías, G., & Valdivia, G. (2007). *Reforma de salud en Chile; el plan AUGE o régimen de garantías explícitas en salud (GES). Su origen y evolución*.
- Becerril-Monteklo, V., Reyes, J. d. D., & Annick, M. (2011). Sistema de salud de Chile. *Salud Pública Mex*, 53.
- Bello Peña, C. P., Ubaque Angarita, J., Villalba Zambrano, M. I. y Riaño-Casallas, M. I. (2014). Atención primaria en salud de los trabajadores en Latinoamérica. *Ciencia y Tecnología para la Salud Visual y Ocular*, 12 (1), 81-92.
- Bozzo. S. G (1999) Desarrollo de la medicina familiar en Chile. Sociedad Chilena de Medicina Familiar. Recuperado de <http://medicinafamiliar.cl/medicina-familiar-en-chile/desarrollo-de-la-medicina-familiar-en-chile/>
- Breinbauer, K. H., Fromm, R. G., Fleck, L. D., & Araya, C. L. (2009). Tendencia en el estudiante de medicina a ejercer como médico general o especialista. *Revista Médica De Chile*, 137(7), 865-872

- Cárdenas, C., & Pinninghoff, C. (2013). Modelo integral de salud con enfoque familiar y comunitario: Experiencias en la implementación desde un equipo de atención hospitalaria. *Revista Chilena De Salud Pública*, 17, 139-146.
- Colegio Médico de Chile (2013). El sistema de salud chileno: contexto histórico y normativo. Recuperado de <http://www.colegiomedico.cl/Portals/0/files/biblioteca/documentos/otros/Sistemasaludchileno.pdf>
- Depaux Vega, R. (2013). Es la medicina familiar una respuesta a alguno de los problemas actuales en salud y necesidades de las personas. *Medwave*, 13(3).
- Experiencia del usuario de atención primaria de salud (2014). Recuperado de http://wiki.ead.pucv.cl/index.php/Experiencia_del_Usuario_de_Atenci%C3%B3n_Primaria_de_Salud
- Fábrega, R. (2007). El médico familiar y su rol en la salud de las familias chilenas. *Medwave*. doi: 10.5867/medwave
- García-Huidobro, D. (2010). Enfoque familiar en la atención primaria: Una propuesta para mejorar la salud de todos *Rev.Méd.Chile*, 138(11), 1463-1464
- Gattini, C., & Alvarez Leiva, J. (2011). *Salud en Chile 2010 panorama de la situación de salud y del sistema de salud en Chile*
- Giedion, Ú, Villar, M., & Ávila, A. (2010). Los sistemas de salud en Latinoamérica y el papel del seguro privado. *Instituto de Ciencias del Seguro, Fundación Mapfre* 1-341. Recuperado de: <https://www.mapfre.com/ccm/content/documentos/fundacion/cs-seguro/libros/los-sistemas-de-salud-en-latinoamerica-y-el-papel-del-seguro-privado.pdf>

- Giedion. U, Bitrán.R, Tristao.I. (2014) Planes de beneficios en salud de América Latina .Una comparación regional. Banco Interamericano de Desarrollo División de Protección Social y Salud. Recuperado de http://publications.iadb.org/bitstream/handle/11319/6484/Planes_de_beneficios_en_salud_de_America_Latina.pdf
- Guillou, Michèle, Carabantes C, Jorge, & Bustos F, Verónica. (2011). Disponibilidad de médicos y especialistas en Chile. *Revista médica de Chile*, 139(5), 559-570.
- Herrera, A.V., Presno, L.M., Torres, E.J, Fernández, D. I, Martínez, D. D y Machado, L.M. (2014). Consideraciones generales sobre la evolución de la medicina familiar y la atención primaria de salud en cuba y otros países. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 30(3). Recuperado de http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol30_3_14/mgi10314.htm
- Larrañaga, O. (2010). Eficiencia y equidad en el sistema de salud chileno. Ensayos sobre el financiamiento de la seguridad social en salud: los casos de Estados Unidos, Canadá, Argentina, Chile y Colombia - Santiago: Fondo de Cultura Económica/CEPAL, 2000 v. 2, p. 415-462
- Ministerio de Salud y Protección Social (2013). Informe de actividades 2012-2013. Sector Administrativo de Salud y Protección Social.
- Montero, J., Rojas, M. P., Castel, J., Muñoz, M., Brunner, A., Sáez, Y., & Scharager, J. (2009). Competencias médicas requeridas para el buen desempeño en centros de salud familiares en Chile. *Revista Médica De Chile*, 137(12), 8.
- Narbona, K., & Durán, G. (2009). Caracterización del sistema de salud chileno: Enfoque laboral, sindical e institucional. *Fundación Sol*. Recuperado de

<http://www.fundacionsol.cl/wp-content/uploads/2010/09/Cuaderno-11-Salud-y-enfoque-laboral.pdf>

Observatorio regional de recursos humanos de salud. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. (2012). El programa especialidad de medicina familiar en la Universidad de Chile. Recuperado de <http://www.observatoriorh.org/?q=node/615>

Organización Mundial de la Salud 2008. Informe sobre la salud en el mundo 2008. La atención primaria de salud más necesaria que nunca. Recuperado de http://www.who.int/whr/2008/08_report_es.pdf

Organización Panamericana de la Salud, Información y Análisis de Salud: Situación de Salud en las Américas: Indicadores Básicos 2011. Washington, D.C., Estados Unidos de América, 2011.

Organización Panamericana de la Salud (2012). Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria dirigido a equipos de salud. Subsecretaría de Redes Asistenciales División de Atención Primaria. Recuperado de <http://web.minsal.cl/portal/url/item/e7b24eef3e5cb5d1e0400101650128e9.pdf>

Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos OCDE (2013). Base de datos de la OCDE sobre la salud 2013 Chile en comparación. Recuperado de <http://www.oecd.org/chile>

Ovalle, L., Palma, S., Echeverría, G., Rosales, P. (2010). Modelo de atención integral en salud. Ministerio de salud pública y asistencia social (MSPAS). Organización Panamericana de la Salud

- Pantoja C., T. (2003). ¿Por qué un departamento académico de medicina familiar?
Rev.Méd.Chile, 131(3), 338-342.
- Peña, C. P., Angarita, J., Zambrano, M. I. y Riaño-Casallas, M. I. (2014). Atención primaria en salud de los trabajadores en Latinoamérica. Ciencia y Tecnología para la Salud Visual y Ocular, 12 (1), 81-92.
- Peñaloza, B., Rojas del Canto, P., Rojas Villar, M. P., & Téllez, A. (2001). *Modelo de atención en salud familiar una propuesta para contribuir al cambio.* Recuperado del sitio de internet de Programa de Medicina Familiar y Comunitaria, Pontificia Universidad Católica de Chile
- Pontificia Universidad Católica de Chile. (2011). Concurso políticas públicas 2011 propuestas para chile. Recuperado de https://www.google.com.co/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&cad=rja&uact=8&ved=0CCAQFjAB&url=http%3A%2F%2Fwww.bcn.cl%2Fobtienearchivo%3Fid%3Ddocumentos%2F10221.1%2F27111%2F2%2FPropuestas%2520para%2520Chile%25202011.pdf&ei=ZLZIVcL9GcefggSSsYDgBQ&usg=AFQjCNGOHZ-kQ9yGfnvmQp_YMjLsQ4xHrQ&sig2=qayPfU7ls_Bya6Im-ipJOQ
- Román, O. (2002). Un análisis de la situación actual de las especialidades médicas en Chile.
Revista Médica De Chile, 130(7), 809-815.
- Roman, A. O. (2008). Incorporación de médicos especialistas a la atención primaria ¿una paradoja nacional? *Revista Médica de Chile, 136(8), 1073-1077.*
- Román, A. O. (2010). Evolución de la oferta de médicos. Chile 1993-2008. *Revista médica de Chile, 138(1), 22-28.*
- Román, O., Pineda, S., & Señoret Miriam. (2007). Perfil y número de médicos generales que requiere el país. *Revista Médica De Chile, 135, 1209-1215.*

- Ruales.J, (2004) La salud integral: Compromiso de todos. El modelo de atención integral de salud. Recuperado de www.minsa.gob.pe/dgsp/documentos/dgsp/Mais.doc).
- Servicio de Salud Metropolitano Norte Ministerio de Salud 2014. Atención primaria. Recuperado de http://www.ssmn.cl/atencion_primaria.ajax.php.
- Universidad Católica de Chile. (2010). *Programas de Postítulo en Medicina Familiar*, Recuperado de Pontificia Universidad Católica de Chile. Escuela de Medicina- Departamento Medicina Familiar.
- Vega, R.R., Acosta, R.N., Mosquera, M.P., Restrepo, V.R. (2009). Atención Primaria Integral de Salud. Estrategia para la transformación del Sistema de Salud y el logro de la equidad en salud. Alcaldía Mayor de Bogotá, Secretaría Distrital de Salud Pontificia. Recuperado de http://www.globalhealthequity.ca/webfm_send/137
- Vergara-Iturriaga, M., & Martínez-Gutiérrez, M. S. (2006). Financiamiento del sistema de salud chileno. *Salud Pública De México*, 48, 512-521.