

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

**LILIANA MARCELA RODELO MARTÍNEZ  
JESSICA TATIANA ROJAS PARDO**

**UNIVERSIDAD EL BOSQUE  
FACULTAD DE MEDICINA  
MEDICINA FAMILIAR  
BOGOTÁ  
2015**

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

**LILIANA MARCELA RODELO MARTÍNEZ  
JESSICA TATIANA ROJAS PARDO**

**Tutora:  
Dra. OLGA VICTORIA GÓMEZ**

**UNIVERSIDAD EL BOSQUE  
FACULTAD DE MEDICINA  
MEDICINA FAMILIAR  
BOGOTÁ  
2015**

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

**INFORME CHILE**

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

**TUTORES:**

**COINVESTIGADOR**

---

**DR. MAURICIO ALBERTO RODRÍGUEZ ESCOBAR**

**TUTOR METODOLÓGICO**

---

**COINVESTIGADORA**

---

**DRA. OLGA VICTORIA GÓMEZ**

**TUTOR TEMATICO**

---

**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**

Este trabajo de investigación, es producto de un gran esfuerzo y dedicación por parte de sus autoras, por esto agradecemos a Dios y a nuestras familias, por apoyarnos en cada etapa de este proceso. Además no hubiera sido posible sin la colaboración de nuestros tutores y muchas más personas que constituyeron un gran apoyo en todo momento y a lo largo de los años que llevó planear y realizar el proyecto, como es el cuerpo docente de la especialización, y a la licenciada Martha Moreno, coordinadora del grupo de redacción y análisis de textos (GRAT) de la universidad. A todos gracias por su tiempo y dedicación.

## Tabla de Contenido

Resumen.....	11
Introducción .....	13
1. Contexto general del sistema de salud de Chile.....	15
1.1 Características generales del país.....	15
1.2 Generalidades del sistema de salud.....	18
1.2.1 Estructura. ....	18
1.2.2 Financiación.....	22
1.2.3 Modelo de atención y de prestación de servicios.....	24
1.2.3.1 Primer nivel de atención. ....	24
1.2.3.2 El nivel secundario de atención. ....	28
1.2.3.3 Tercer nivel de atención.....	30
2. Formación del médico familiar, atención primaria y modelo de prestación de servicios.....	38
2.1 Formación en medicina familiar .....	38
2.1.1 Hitos de la medicina familiar.....	38
2.1.2 Características de los programas de formación. ....	43
2.1.2.1 Universidad Católica.....	43
2.1.2.2 Universidad de Chile.....	44
2.1.2.3 Universidad de Valparaíso.....	45
2.1.2.4 Universidad de Concepción.....	45

2.1.2.5 Universidad de la Frontera.....	46
2.1.2.6 Universidad Austral.....	46
2.2 Aporte de la medicina familiar a la atención primaria en salud .....	46
2.2.1 Ámbitos de desempeño.....	46
2.2.2 Rol del médico familiar en el desarrollo de la APS.....	48
3.Conclusiones.....	51
4. Bibliografía.....	54
Anexo N 1. Protocolo de Investigación .....	61

### Índice de Tablas

<b>Tabla. 1.</b> Indicadores demográficos y de Salud de Chile.....	17
<b>Tabla 2:</b> Patologías incluidas en al plan AUGE.....	32

### Índice de Figuras

<b>Figura 1.</b> Pirámide poblacional Chile. Estimado 2014.....	16
<b>Figura 2.</b> Modelo de organización del sistema de salud chileno.....	21

## **Abreviaturas**

**APS:** Atención Primaria en Salud

**AUGE:** Plan de Acceso Universal con garantías explícitas

**AVISA:** Años de Vida Saludables Perdidos

**CAE:** Consultorio Adosado de Especialidades

**CDT:** Centro Diagnóstico Terapéutico

**CECOSF:** Centro Comunitario de Salud Familiar

**CENABAST:** Central de Abastecimiento

**CEPAL:** Comisión Económica para América Latina y el Caribe

**CESFAM:** Centros de Salud Familiar

**CIA:** Agencia Central de Inteligencia

**CIMF:** Confederación Iberoamericana y Mundial de Medicina Familiar

**COSAM:** Centro Comunitario de Salud Mental Familiar

**CRS:** Centro de Referencia de Salud

**EMR:** Estaciones Médico Rurales

**FFAA:** Fuerzas Armadas

**FONASA:** Fondo Nacional de Salud

**GES:** Garantías Explícitas en salud

**INE:** Instituto Nacional de Estadística

**ISAPRE:** Instituciones de Salud Previsional

**ISP:** Instituto de Salud Pública

**MINSAL:** Ministerio de Salud

**OCDE:** *Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos*

**PR:** Postas Rurales

**PROTINFA:** Dirección General de Protección a la Infancia y Adolescencia

**SAPU:** Servicio de Atención Primaria de Urgencia

**SEREMI:** Secretarías Regionales Ministeriales de Salud

**SERMENA:** Servicio Médico Nacional de Empleados

**SISP:** Superintendencia de Salud

**SNS:** Sistema Nacional de Salud

**SNSS:** Sistema Nacional de Servicios de Salud

**SSR:** Servicios de Salud Regionales

**WONCA:** Organización Mundial de Médicos de Familia

## **Resumen**

Aportes de la Formación de Médicos Familiares al desarrollo de la Atención Primaria en Iberoamérica, es una revisión hermenéutica, que busca reconocer las fortalezas de los sistemas de salud de los países de esta región, con el objetivo de identificar experiencias aplicables al contexto colombiano sobre los aportes que ha realizado el recurso humano de medicina familiar al desarrollo de la atención primaria en salud.

La siguiente revisión es sobre Chile, el cual se encuentra 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. Es un país con un poder político centralizado que actúa en todo el territorio nacional a través de las autoridades locales. En el momento para el 2014, se encuentra en una etapa avanzada de transición demográfica, con un envejecimiento progresivo de su población.

El sistema de salud es mixto, lo que significa que hay un sector público y privado y es la población, la que puede escoger a cual sector afiliarse. Si es el 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 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.

El sistema de salud chileno se basa en la estrategia de Atención Primaria y para poder ponerlo en marcha fue necesario invertir en infraestructura, por lo que aumentó el número de centros de

atención, los definió claramente con los equipos de trabajo y estableció objetivos para cada uno de ellos. El modelo de atención y prestación de los servicios es por medio de programas basados en el ciclo vital individual y según las patologías que presente cada persona.

El país cuenta con 6 facultades que ofertan la especialidad en Medicina Familiar, las cuales se han asociado en un Consorcio Universitario de Salud y Medicina Familiar, buscando potenciar la formación de especialistas, con el objetivo de brindar una atención humana con calidad y eficiencia, con altos estándares, manteniendo una visión integral del proceso salud-enfermedad en el ámbito preventivo, curativo y de rehabilitación durante todo el ciclo vital, aspecto que favorece al paciente y es costo efectivo para el sistema. Estas características que tiene el médico familiar en su formación, son el principal aporte que hace esta especialidad al desarrollo de la APS por lo que se considera un recurso valioso para el desarrollo de esta estrategia.

## **Introducción**

Este escrito es parte de un trabajo que recoge informes de diferentes países de Iberoamérica. Está basado en un protocolo de investigación aprobado en la convocatoria interna para trabajos de investigación que hizo la Universidad El Bosque en el año 2012 (ver anexo 1). Se hizo un documento inicial que sirvió de requisito de grado para optar al título de especialista en medicina familiar de la Dra. Adriana Martínez. Estas tesis de grado al ser revisadas por el centro de investigación no cumplieron los requisitos para ser publicadas. En conjunto con la vicerrectoría de investigaciones se evidenciaron falencias en la redacción por lo que surgió la necesidad de un apoyo para esta y fue aprobado para ser dirigida por el Grupo de Redacción y Análisis de Textos (GRAT) de la División de Humanidades de la Universidad El Bosque.

Se realizó una nueva revisión hermenéutica con la que se actualizó la bibliografía y se designó a la licenciada en idiomas con maestría en literatura, Martha Moreno coordinadora del GRAT quien diseñó un taller de escritura en el que participamos docentes y residentes del posgrado involucrados en la investigación. Se elaboró un formato con la estructura que se debía seguir para que el documento fuera publicable, teniendo en cuenta las asesorías que nos brindaron en el taller de escritura para la redacción, unificación de criterios, verificación y organización de toda la información, proceso que implicó la realización de varias versiones hasta llegar a este producto final.

Cada uno de los países tiene un documento que sintetiza la información acerca del sistema de salud, modelos de atención y prestación de servicios, programas académicos, ámbitos de

desempeño, roles y aporte de los médicos familiares para la implementación de la Atención Primaria.

Con respecto a este informe referido a Chile llama la atención el impulso importante que se dio a la medicina familiar en los años 2004 y 2005 que implicó un trabajo conjunto entre gobierno y universidades. Las limitantes existentes en la remuneración para dedicarse a la atención primaria son parte de los retos que se tienen que superar para consolidar y generalizar el modelo.

## **1. Contexto general del sistema de salud de Chile**

### **1.1 Características generales del país**

Chile es un estado unitario democrático y presidencialista, con un poder político centralizado que actúa en todo el territorio nacional a través de las autoridades locales. Su jefe de estado desde el 11 de marzo de 2014 es Michelle Bachelet.

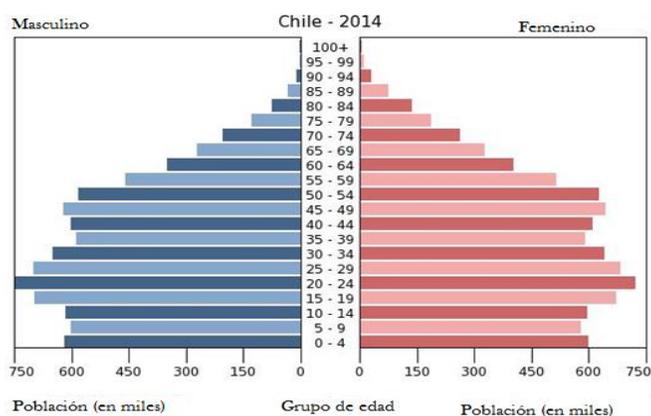
Chile se sitúa en la costa pacífica de Sudamérica, cuenta con una superficie total de 756.102 km<sup>2</sup>, limita al norte con Perú, al Este con Bolivia y Argentina, al Oeste con el Océano Pacífico y al sur con el Polo Sur. El territorio chileno se divide administrativamente en regiones, subdivididas en provincias y estas en comunas. De acuerdo a la legislación vigente, existen 15 regiones, 54 provincias y 346 comunas. Para el año 2002 Chile tenía una población de 15.116.435 habitantes, de la cual el 86% se ubicaba en la zona urbana (transición avanzada,  $\geq 80\%$  población urbana) (Dirk Jaspers\_Faijer, 2014), principalmente en la región de Santiago con 6.061.185 habitantes, la región del Bio bio con 1.861.562 habitantes y la región del Valparaíso con 1.539.852 habitantes. Según proyecciones para el año 2015 se estima para Chile una población de 18.006.407 habitantes. (Agencia Central de Inteligencia, 2014; Alvarado & Moya, 2008; CIA, 2014; Universia, 2014).

El idioma oficial es el español, hablado por el 99,5% de los chilenos, el 10.2% de la población habla Inglés y solo el 1% habla una lengua autóctona (Mapudungun, Aimara, Quechua y Rapanui entre otras). (Agencia Central de Inteligencia, 2014).

La religión principal es la católica romana (66,7% de la población), seguida por la religión evangélica o protestantes (16,4% de la población).(Agencia Central de Inteligencia, 2014).

Según se evidencia en la pirámide poblacional (ver figura 1) Chile es un país en contracción, con una pirámide regresiva que muestra una disminución en la base de la población, dado por el control de la natalidad y un aumento en la punta de la pirámide, por un control en la tasa de mortalidad y una mayor esperanza de vida, que para el 2013 según la OPS era de 80 años. En la tabla No. 1 se muestran indicadores demográficos y de salud de Chile.

Chile se encuentra actualmente en una etapa avanzada de transición demográfica, con un envejecimiento progresivo de su población. En el censo del 2002 la población de 60 o más años representaba el 10,8%, según proyecciones realizadas por el Instituto Nacional de Estadística de Chile (INE) para el 2015 la población de 60 o más años pasara a ser el 14,9%. El índice de adultos mayores (número de adultos mayores por cada 100 niños) pasara de 40,94 en el 2002 a 73,09 en el 2015.



**Figura No. 1.** Pirámide poblacional Chile. Estimado 2014.

**Fuente:** (Agencia Central de Inteligencia, 2014)

Indicador	
Población total (miles)	18.006.407 (2015 est) <sup>3</sup>
Población cubierta por la seguridad social (%)	94 <sup>2</sup>
Población no asegurada (%)	5.1 <sup>2</sup>
Expectativa de vida	79,05 años. (2015 est) <sup>3</sup>
Mortalidad infantil por 1.000 N.V.	7.02 <sup>1</sup>
Razón de mortalidad materna por 100.000 N.V.	25 (2010) <sup>1</sup>
Tasa de natalidad por 1.000 habitantes	13.97 (2014 est) <sup>1</sup>
Tasa de mortalidad general por 1.000 habitantes	5.93 (2014 est) <sup>1</sup>
Médicos por 1.000 personas	1,7 médicos (2012) <sup>4</sup>
Enfermeras por 1.000 personas	4.2 (2012) <sup>4</sup>
Gasto per cápita en salud cambio promedio (US\$)	1568 (2011) <sup>5</sup>
Gasto nacional en salud como % del PBI	7,5 (2011) <sup>1</sup>
% de los costos de salud pagados por el gobierno	47.2 <sup>6</sup>

**Tabla No. 1. Indicadores demográficos y de Salud de Chile.**

Fuentes: (1).(Agencia Central de Inteligencia, 2014)

(2). (Becerril-Monteklo, Reyes, & Annick, 2011)

(3). (Clark Nuñez, 2012)

(4). (The Organisation for Economic Co-operation and Development, (OECD), 2014)

(5). (Gobierno de Chile, Ministerio de Salud, 2013)

(6). (Organización Mundial de la Salud, 2013)

## **1.2 Generalidades del sistema de salud**

### **1.2.1 Estructura.**

Para estructurar el Sistema de Salud de Chile, se promulgaron diferentes leyes, decretos y códigos. Esta sección describe la evolución de dicha estructura con una breve reseña histórica de los hechos más relevantes hasta llegar al sistema actual.

En 1891 se promulga la Ley de Organización y Atribución de las Municipalidades, responsable de la higiene pública y el estado sanitario de la comuna. (Bass del Campo, 2012; Ministerio de Salud, 2014; Narbona & Durán, 2009). En 1918 se establece el primer Código Sanitario, encargado de regir los asuntos relacionados con el fomento, protección y recuperación de la salud de los chilenos. En 1924 con la Ley 4.054 se crea el Seguro Obrero Obligatorio, que cubre el riesgo de enfermedad, invalidez y vejez, y da origen a la Medicina Social en el país. (Bass del Campo, 2012; Contraloría General de la República, 2014; Ministerio de Salud, 2014).

En 1942 se crea la Dirección General de Protección a la Infancia y Adolescencia (PROTINFA) y el Servicio Médico Nacional de Empleados (SERMENA). En 1952 nace el Sistema Nacional de Salud (SNS) con la Ley 10.383. Esta fusiona diversas instituciones en un nuevo organismo único encargado de la protección de la salud de toda la población. (Bass del Campo, 2012; Ministerio de Salud, 2014). Hacia el año 1964 se implementa el Plan de Salud, atención médica y medicina social, que da origen al concepto de atención integral, eficiente y oportuna para toda la población, basada en la promoción y prevención. (Bass del Campo, 2012).

En 1968 se consolidan las Mutuales de Seguridad, organismos privados que pueden captar fondos, organizar y administrar un mecanismo de atención integral en salud. Creando el Sistema de Libre Elección para empleados públicos y privados. (Narbona & Durán, 2009).

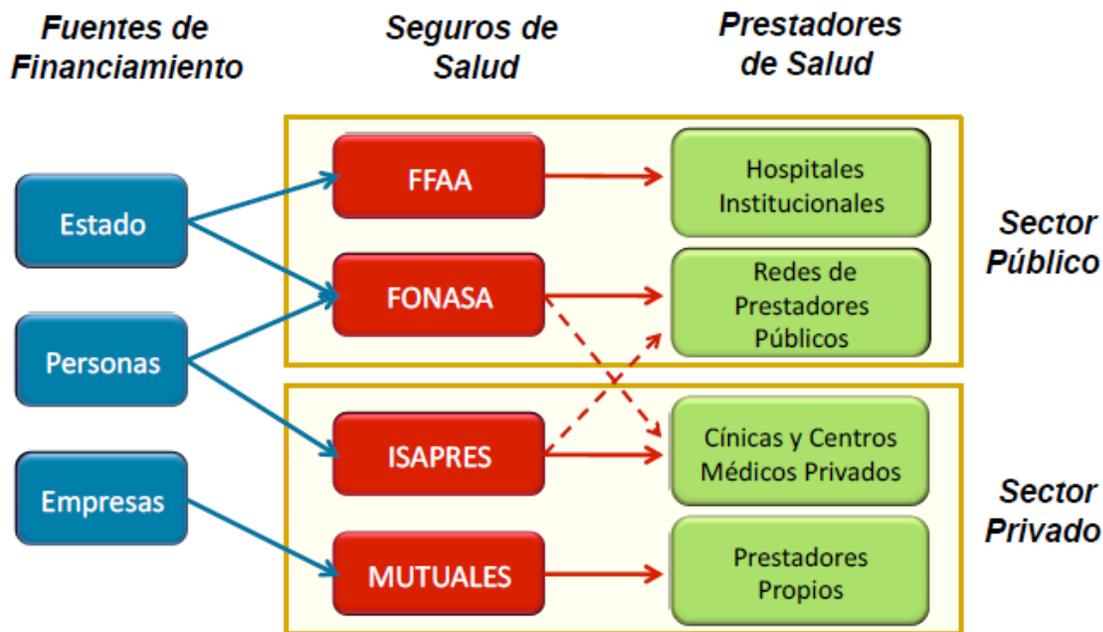
En 1979 se fusiona el SNS y SERMENA y se reorganiza el Ministerio de Salud para crear el Fondo Nacional de Salud (FONASA), los Servicios de Salud (regionales) y la Central de Abastecimiento y el Instituto de Salud Pública. (Ministerio de Salud, 2014). Es decir, se reestructura el sistema estatal de salud y nace el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) que rige hasta la fecha (año 2014).

En 1981 se fundan las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE) y se traspasa la administración de las instituciones del nivel primario de atención a las municipalidades, que son corporaciones autónomas de derecho público, con personalidad jurídica y patrimonio propio. La finalidad de las municipalidades, es satisfacer las necesidades de la comunidad local y asegurar su participación en el progreso económico, social y cultural de las respectivas comunas. (Congreso Nacional de Chile, 2006).

Chile tiene un sistema de salud mixto, (público y privado) y la población puede escoger a cuál afiliarse. Si es el público, el plan de beneficios es igual para todos independientemente del aporte que se haga; 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. (Véase la Figura 2). (Giedion, Villar, & Ávila, 2010; Narbona & Durán, 2009).

El sector público está integrado por los organismos que conforman el SNSS: el Ministerio de Salud y sus organismos dependientes, el Instituto de Salud Pública (ISP), la Central de Abastecimiento (CENABAST), el FONASA y la Superintendencia de Salud (SISP) (Becerril-Monteklo et al., 2011). A este sector se puede afiliar las personas pertenecientes a la clase baja y media, los jubilados, los profesionales y técnicos con mayores ingresos que deseen estar en este régimen. En 2009, este sector cubría aproximadamente el 73,5% de la población, la cual para ese entonces era de 17.094.270 habitantes, según la Superintendencia de Salud en 2009. (Becerril-Monteklo et al., 2011).

El SNSS presta los servicios públicos a través de su red de 29 Servicios de Salud Regionales (SSR), las Secretarías Regionales Ministeriales de Salud (SEREMI), que están en cada una de las regiones en las que se divide administrativamente el país, y el Sistema Municipal de Atención Primaria, este último está encargado de la promoción y prevención de los individuos y las comunidades. El FONASA también contrata la prestación de los servicios con proveedores privados que se encuentran por fuera de la red pública. (Becerril-Monteklo et al., 2011)



**Figura 2.** Modelo de organización del sistema de salud chileno

-FF.AA.: Fuerzas Armadas (Ejército, Marina, Aviación, Policía)

Fuente: (Romero Strooy, 2011).

En el sector público existen dos modalidades de atención. La modalidad institucional, cerrada, que presta sus servicios en hospitales o centros de atención primaria. También existe una modalidad de libre elección, conocida como abierta, donde los prestadores privados adscritos a esta modalidad ofrecen los servicios. Aunque los afiliados pueden elegir, por lo general, a la segunda opción solo pueden acceder los afiliados al FONASA que tienen mayores ingresos. (Becerril-Monteklo et al., 2011)

Por su parte, en el 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. Dependiendo del

tipo de contrato, las personas pueden escoger su forma de atención. Según la Superintendencia de Salud de Chile, en el año 2009 este sector cubría el 16,3% de la población, correspondiente a los grupos sociales de mayores ingresos. (Becerril-Monteklo et al., 2011; Giedion et al., 2010).

Para finalizar la descripción del sistema de salud de Chile, es necesario mencionar que 10% de la población está cubierta por otras agencias públicas, principalmente los Servicios de Salud de las Fuerzas Armadas, creados por la Ley 19.465 del 2 de agosto de 1996. Sus beneficiarios son el personal de planta de las Fuerzas Armadas, el personal de reserva de llamado a servicio activo y las familias que tengan a cargo. (Becerril-Monteklo et al., 2011; Congreso Nacional de Chile, 1996).

### **1.2.2 Financiación.**

Las fuentes de financiamiento del sistema de salud chileno son los impuestos, las cotizaciones obligatorias de los trabajadores y los gastos de bolsillo (copagos). El Fonasa, al ser público, recibe un gran aporte fiscal y las cotizaciones de los trabajadores. Las Isapres, al ser privadas, solo reciben las cotizaciones de los trabajadores. (Becerril-Monteklo et al., 2011; Vergara-Iturriaga & Martínez-Gutiérrez, 2006).

En el sistema público los trabajadores y los jubilados cotizan el 7% de sus ingresos. Los afiliados a este sector, pagan según el nivel de ingresos; cuando son atendidos en la modalidad institucional, los más pobres no tienen copago. Mientras que la modalidad de libre elección es para los usuarios de mayores ingresos y se presta con copago. (Becerril-Monteklo et al., 2011).

Los afiliados al sistema público contribuyen al financiamiento del sistema, mediante el pago directo de una proporción de los servicios de salud utilizados y para esto se clasifican en cuatro grupos según su nivel de ingresos. Al grupo A pertenecen las personas indigentes o carentes de recurso, beneficiarios de pensiones asistenciales y de subsidios familiares; al grupo B quienes tienen un ingreso mensual que no exceda el ingreso mínimo mensual vigente, mayores de 18 años y menores de 65 años de edad; al grupo C los afiliados cuyo ingreso mensual sea superior al ingreso mínimo mensual y no excede de 1.46 veces dicho monto, pero si el trabajador de este grupo tiene 3 o más beneficiarios serán considerados como grupo B; al grupo D los afiliados cuyo ingreso mensual sea superior al 1,46 veces al ingreso mínimo mensual, pero si tiene 3 o más beneficiarios serán considerados del grupo anterior. (Plan de Salud, 2014).

El sector privado se financia por medio de las cotizaciones, aranceles y los copagos obligatorios y voluntarios que hacen los afiliados a las ISAPRE, y por medio de los copagos de bolsillo que realizan los usuarios al momento de recibir la atención. Los afiliados a este sector que son trabajadores dependientes y pensionados tienen una cotización mínima obligatoria del 7% de sus ingresos o pensión, los trabajadores independientes cotizan también sobre el 7% del monto declarado en el sistema previsional de pensiones y si es un afiliado voluntario su cotización dependerá del precio del plan de salud que escoja. El copago que deben hacer los afiliados es del 20% del valor de la prestación y el monto máximo a pagar anualmente y sin importar el número de eventos que haya tenido es de 3.5 salarios anuales. (Gattini & Alvarez Leiva, 2011).

Según datos publicados por la Superintendencia de Salud en el año 2011, el gasto público fue del 47% frente al 53% del gasto privado. (Escobar Alegría, 2013). El gasto público se compone del

aporte fiscal, las cotizaciones del sistema público, los ingresos de operación y el copago del usuario. El gasto privado está compuesto por el ingreso operacional de las ISAPRE (cotizaciones y aportes de los empleados) y el ingreso de explotación de los seguros privados voluntarios. (Vergara-Iturriaga & Martínez-Gutiérrez, 2006).

Una fuente importante de financiación en el sistema de salud chileno es el gasto de bolsillo, que para Chile en el 2009 era del 34% del gasto total en salud. El copago asociado a los medicamentos representa alrededor del 48% del gasto de bolsillo total. (Castillo Laborde & Villalobos Dintrans, 2013).

La atención primaria (APS) se administra y financia a través de los municipios y se utiliza el pago por cápita según la población inscrita en el centro de atención. Para los afiliados al Fonasa la APS es gratuita. Del total del gasto en el 2012 en la modalidad de atención institucional hospitalaria (segundo y tercer nivel de atención) fue en promedio el 49% del gasto, para APS 15% y en modalidad libre elección 11%. (Benavides S, Castro L, & Jones J, 2013).

### **1.2.3 Modelo de atención y de prestación de servicios.**

El Sistema Nacional de Servicios de Salud presta sus servicios por medio de una red de establecimientos organizados en tres niveles de atención, dependiendo de su complejidad y cobertura. A continuación se explicará cada uno de ellos.

#### ***1.2.3.1 Primer nivel de atención.***

Es la puerta de entrada al sistema de salud, cuenta con establecimientos que prestan servicios de baja complejidad, por medio de unidades simples de apoyo diagnóstico y terapéutico, médicos

generales, odontólogos generales, enfermeras, matronas, nutricionistas, psicólogos, asistentes sociales y técnicos auxiliares, entre otros. Tiene una amplia cobertura dado que es aquí donde se deben resolver la mayor parte de las problemáticas en salud de la población. (Narbona & Durán, 2009). Presta sus servicios por medio de los siguientes centros de salud:

Centros de Salud Familiar (CESFAM): tiene a su cargo una población de aproximadamente 20.000 a 25.000 habitantes y, es el centro de referencia para los consultorios más pequeños. Estos centros se crearon después de la reforma en el 2004 cuando se implanto el modelo de salud familiar y comunitaria, para reemplazar los consultorios generales y así implantar el Modelo de Salud Integral con Enfoque Familiar y Comunitario. Con este modelo se atiende al individuo y a su familia durante todo el ciclo vital individual y familiar, realizando actividades de promoción y prevención, impulsando la participación comunitaria y el trabajo en equipo. (Narbona & Durán, 2009).

Centro Comunitario de Salud Familiar (CECOSF): atiende a una población de 3.500 a 5.000 habitantes, se basa en la atención comunitaria básica y resuelve de manera oportuna las necesidades de su población a cargo. Estos centros empezaron a funcionar en el 2006 a partir de la reforma de salud mencionada en el párrafo anterior. (Narbona & Durán, 2009).

Centro Comunitario de Salud Mental Familiar (COSAM): atiende aproximadamente 50.000 habitantes en consultorios especializados en salud mental. (Narbona & Durán, 2009). Servicio de Atención Primaria de Urgencia (SAPU): presta servicios de urgencias y emergencias de baja y

mediana complejidad, se creó después de la reforma de salud del 2004 y depende de un CESFAM. (Narbona & Durán, 2009).

Postas Rurales (PR): son unidades de atención ambulatoria en el sector rural y tienen a su cargo una población máxima de 20.000 habitantes, prestan servicios principalmente de promoción y atenciones básicas de recuperación. Los problemas de salud que no se pueden resolver aquí se envían a establecimientos de mayor complejidad. En estas postas se cuenta con un técnico paramédico residente y periódicamente van médico, enfermera y matrona. (Narbona & Durán, 2009).

Estaciones Médico Rurales (EMR): prestan atención ambulatoria básica y cuentan con un equipo de salud rural que va periódicamente por lo que no hay ningún profesional de forma permanente. El recinto donde funcionan lo cede la comunidad. (Narbona & Durán, 2009).

Hay datos del 2013 acerca de estos centros de atención, en donde para este año la red de atención primaria contaba con 362 consultorios generales urbanos, 205 consultorios generales rurales, 140 centros de salud familiar, 1.166 postas de salud rural, 194 centros comunitarios de salud familiar, 153 servicios de atención primaria de urgencias y 106 hospitales de baja complejidad. (Vega Romero & Acosta Ramirez, 2014). En resumen había 2.060 establecimientos de atención primaria.

En el primer nivel de atención se prestan servicios basados en programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, entre los que se encuentran:

1. Programa de niños: la población beneficiaria son los niños hasta los 9 años, quienes tienen derecho a recibir servicios de consulta de salud del niño sano, nutricional, de morbilidad, por déficit del desarrollo psicomotor, consulta social, control odontológico, de lactancia materna, de crónicos, visita domiciliaria, programas de vacunas, de alimentación complementaria, de detección temprana y atención de problemas de salud mental, promoción de hábitos saludables a las madres, padres y cuidadores de los niños. (Dirección de Salud de Santiago de Chile, 2014b).
2. Programa de adolescentes: cubre la población de 10-19 años a través de consultas de morbilidad general, examen de salud preventivo, control de salud integral, consejerías en sexualidad, tabaquismo, mal nutrición y salud mental, control y tratamiento de adolescentes con problemas crónicos de salud, consultas de salud mental, control nutricional y consultas con matronas. (Dirección de Salud de Santiago de Chile, 2014b).
3. Programa de atención a la mujer, en el que se prestan servicios como: consejería en salud sexual y reproductiva, asesoría preconcepcional, control del embarazo y del postparto, consultas de morbilidad obstétrica y ginecológica; citología vaginal; consulta nutricional y visita domiciliaria integral. (Dirección de Salud de Santiago de Chile, 2014a).
4. Programa de atención del adulto de los 20 a los 64 años: se realiza examen de salud preventivo en el cual se identifican y manejan los principales factores de riesgo para enfermedades cardiovasculares, se interviene de forma educativa para cambiar estilos de vida no saludables y se realiza tamizaje para cáncer de mama y de cuello uterino. Otros programas que hacen parte de la atención del adulto son los relacionados con enfermedades crónicas como hipertensión arterial, diabetes mellitus y dislipidemias, en el cual participa

un grupo multidisciplinario (enfermera, nutricionista y matrona), se realiza también consulta domiciliaria y grupal. (Dirección de salud de Santiago de Chile, 2014a).

5. Programa adulto mayor: son beneficiarios los mayores de 65 años por medio de servicios de evaluación de salud integral y funcionalidad, consulta con enfermera y nutrición, educación grupal, visita domiciliaria en los casos que sea necesario por situación de salud y social del paciente, consulta social, programa de vacunación de influenza y de alimentación complementaria. (Dirección de salud de Santiago de Chile, 2014a).
6. Programa de atención de salud mental en donde se presta atención individual, intervenciones grupales, psicoeducación, visita domiciliaria, coordinación intersectorial e intervenciones en la comunidad. (Dirección de salud de Santiago de Chile, 2014b).
7. Programa de Promoción de la salud en donde se realizan actividades de educación física y caminatas saludables realizadas por profesores del área en las plazas de las comunas y en los barrios, jornadas sobre escuelas saludables en las municipalidades, talleres antitabaco en los consultorios y en las comunas, jornadas de medicina alternativa y talleres de Taichí física, entre otros. (Dirección de salud de Santiago de Chile, 2014c). Estas actividades se realizan en algunas en provincias.

### ***1.2.3.2 El nivel secundario de atención.***

Tiene una complejidad y cobertura intermedia y se caracteriza por ser el centro de referencia para la atención primaria. Ofrece servicios ambulatorios y hospitalarios, cuenta con imagenología, laboratorio y estudio histopatológicos, médicos generales y especialistas, quienes realizan actividades de recuperación y rehabilitación en aquellos pacientes con problemas de salud más complejos. (Narbona & Durán, 2009). Estos servicios se prestan en las siguientes instituciones:

Hospitales: atienden a los pacientes remitidos de las unidades de atención primaria de forma ambulatoria o por urgencias. Cuentan con laboratorio clínico, banco de sangre, histología patológica, radiología y medicina nuclear. Pueden ser de cuatro tipos:

-Tipo 1: de alta complejidad, tienen hasta 500 camas y se ubican en la ciudad donde se encuentra la dirección del servicio de salud y es el hospital base de cada unidad del sistema. (Narbona & Durán, 2009).

-Tipo 2: prestan atención de mediana y alta complejidad, con una dotación de 250 a 300 camas y están ubicados en ciudades con una población de hasta 100.000 habitantes. (Narbona & Durán, 2009).

-Tipo 3: de mediana complejidad, tienen entre 100 y 200 camas y se encuentran en localidades con población entre 50.000 y 70.000 habitantes. (Narbona & Durán, 2009).

-Tipo 4: de baja complejidad, tienen menos de 100 camas y están ubicados en localidades urbano-rurales con población entre 10.000 y 30.000 habitantes. (Narbona & Durán, 2009).

Consultorio Adosado de Especialidades (CAE): está ubicado fuera de los hospitales, tienen dependencia administrativa y un alto grado de especialización. (Narbona & Durán, 2009).

Centro Diagnóstico Terapéutico (CDT): prestan atención ambulatoria para diagnosticar y tratar patologías complejas. Está adosado al hospital de mayor complejidad del servicio de salud y existe por lo menos uno por región en las principales ciudades. Proporciona servicios de imagenología, cirugía ambulatoria de baja complejidad, endoscopia e intervenciones endoarteriales. (Narbona & Durán, 2009).

Centro de Referencia de Salud (CRS): presta servicios ambulatorios de mediana complejidad, para una red de referencia de 4-6 consultorios urbanos de ciudades grandes entre 150.000 y 200.000 habitantes. Ofrece atención de especialidades como cardiología infantil, pediatría, otorrinolaringología, odontología, dermatología, oftalmología y traumatología. (Narbona & Durán, 2009).

### ***1.2.3.3 Tercer nivel de atención.***

Tiene una alta complejidad y su cobertura es reducida: solo llega aquí la población a la que no se le pudo resolver sus problemas en los niveles 1 y 2. Presta atención tanto ambulatoria como hospitalaria, en donde se realizan actividades de recuperación y rehabilitación de pacientes con problemas de salud concernientes a cierta especialidad y que requieran una alta complejidad técnica. Sin embargo, también realizan las actividades de segundo nivel de la población que tienen a cargo. Para esto cuentan con institutos, hospitales de especialidad y centros clínicos especializados que están determinados por el Ministerio de Salud. (Narbona & Durán, 2009).

Los niveles anteriores se basan en el Modelo de Atención Primaria en salud (APS) implantado por el Ministerio de Salud desde la década de los ochenta y desde entonces ha presentado diferentes modificaciones, siendo la última hacia el año 2004 cuando se propone el modelo de salud familiar y comunitario, con el fin de tener un enfoque integral de la población desde la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación. Este modelo mejora la resolutivez, ayuda a controlar los costos y aumenta la satisfacción de los usuarios. (Bass del Campo, 2012).

La APS se rige con el Estatuto de Atención Primaria, que fue creado por medio de la Ley 19.378 de 1995, en donde se especifican y clasifican en categorías a los profesionales que estén trabajando en atención primaria: categoría A la conforma los médicos cirujanos, farmacéuticos, químicos-farmacéuticos, bioquímicos y cirujanos dentistas; a la categoría B hacen parte los clasificados como otros profesionales; de la categoría C los técnicos de nivel superior. A la D pertenecen los técnicos de salud y a la E los administrativos de salud. La F está conformada por los auxiliares de servicios de salud. El sueldo de estos profesionales depende del grupo al que pertenezcan y el Estatuto de Atención primaria lo define así: categoría A \$ 264.134, categoría B \$ 200.678, categoría C \$ 105.890, categoría D \$ 101.725, categoría E \$ 94.571 y categoría F \$ 83.392. (Congreso Nacional de Chile, 1995).

La Contraloría General de la República el 8 de Enero de 2014, imparte instrucciones para la aplicación de las normas contenidas en la ley 20.717, que otorga el reajuste de remuneraciones a los trabajadores del sector público. Se debe reajustar el sueldo base mínimo nacional en un 5% con vigencia desde Diciembre de 2013, según como se indica a continuación: categoría A \$ 411.873, categoría B \$312.924, categoría C \$165.117, categoría D \$158.624, categoría E \$147.468, categoría F \$138.034. (Contraloría de Chile, 2014).

El Estatuto también hace explícito quiénes son los profesionales que pueden ser nombrados como directores de los establecimientos de atención primaria, entre los que se encuentran médicos cirujanos, farmacéuticos, químicos farmacéutico, bioquímicos, cirujanos dentistas, asistentes sociales, enfermeras, kinesiólogos, matronas, nutricionistas, tecnólogos médicos, terapeutas

ocupacionales, fonoaudiólogos y otros con formación en el área de salud pública, debidamente acreditada. (Congreso Nacional de Chile, 1995).

Posterior al Estatuto, en el 2004 se creó la Reforma que da origen al Plan de Acceso Universal con garantías explícitas (AUGE) o Garantías Explícitas en salud (GES), con el fin de priorizar garantías en la prevención, tratamiento y rehabilitación de enfermedades específicas que representaran mayor impacto en la salud de la población. Con esta ley se pretendía que hubiera acceso a las atenciones definidas para cada enfermedad, oportunidad y calidad en las prestaciones. Además buscaba tener protección financiera en donde sólo se cancelara el copago de la siguiente forma: afiliados al FONASA grupo A y B 0%, C 10%, D y afiliados a las ISAPRE 20%. (Bastías & Valdivia, 2007).

Para poder definir cuáles eran los problemas en salud que se iban a incluir en este plan, utilizaron un método de priorización y para esto se tuvo en cuenta la magnitud de los casos, los Años de Vida Saludables Perdidos (AVISA), mortalidad, equidad, preferencia de los usuarios, vulnerabilidad, carga financiera y suficiencia de la oferta. (Bastías & Valdivia, 2007).

A este plan pueden acceder todos los afiliados al FONASA y a las ISAPRE que presenten alguna de las 80 enfermedades incluidas, dentro de las se encuentran:

Enfermedad renal crónica estadio 4 y 5	Cardiopatías congénitas operables en <15 años	Cáncer cérvico – uterino	Alivio del dolor y cuidados paliativos para cáncer avanzado
--	---	--------------------------	---

Infarto agudo del miocardio	Diabetes mellitus tipo I y II	Cáncer de mama en $\geq 15$ años	Disrafias espinales
Tratamiento quirúrgico escoliosis en $< 25$ años	Tratamiento quirúrgico cataratas	Linfomas en $\geq 15$ años	Esquizofrenia
Fisura labiopalatina, cáncer en personas $< 15$ años.	Cáncer de testículo en personas $\geq 15$ años	VIH/SIDA	Infección respiratoria aguda de manejo ambulatorio en $< 5$ años
Endoprótesis total de cadera en $\geq 65$ años con artrosis de cadera y limitación funcional severa	Neumonía adquirida en la comunidad de manejo ambulatorio en $\geq 65$ años	Hipertensión arterial esencial en $\geq 15$ años	Epilepsia no refractaria en pacientes de 1 año y $< 15$ años
Salud oral integral para niños y niñas de 6 años	Prevención de parto prematuro	Trastornos de generación del impulso y conducción en $\geq 15$ años que requieren marcapaso,	Colecistectomía preventiva del cáncer de vesícula en personas de 35 a 49 años
Cáncer gástrico	Cáncer de próstata en población $\geq 15$ años	Vicios de refracción en paciente $\geq 65$ años	Estrabismo en personas $< 9$ años

Retinopatía diabética	Desprendimiento de retina regmatógeno no traumático	Hemofilia	Depresión en personas $\geq 15$ años
Tratamiento de hiperplasia protática benigna en pacientes sintomáticos	Ortesis o ayudas técnicas en personas $\geq 65$ años	Evento cerebrovascular isquémico en personas $\geq 15$ años	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica en manejo ambulatorio
Asma bronquial moderada y grave en $< 15$ años	Síndrome de dificultad respiratoria en el recién nacido	Tratamiento médico de artrosis de cadera y/o rodilla leve o moderada en personas $\geq 55$ años	Hemorragia subaracnoidea secundaria a ruptura de aneurismas cerebrales
Tumores primarios del sistema nervioso central en personas $\geq 15$ años	Tratamiento quirúrgico de hernia del núcleo pulposo lumbar	Leucemia en personas $\geq 15$ años	Urgencia odontológica ambulatoria
Salud oral integral del adulto 60 años	Politraumatizado grave	Trauma craneoencefálico moderado o grave	Trauma ocular grave
Fibrosis quística	Artritis reumatoide	Consumo perjudicial o dependencia de riesgo bajo a	Analgesia del parto

		moderado de alcohol y drogas en personas <20 años	
Gran quemado	Hipoacusia bilateral en personas $\geq 65$ años que requieren audífono	Retinopatía del prematureo	Displasia broncopulmonar del prematureo
Epilepsia no refractaria en personas $\geq 15$ años	Asma bronquial en personas $\geq 15$ años	Parkinson	Artritis idiopática juvenil
Prevención secundaria de enfermedad renal crónica terminal	Displasia luxante de cadera	Salud oral integral de la embarazada	Esclerosis múltiple remitente recurrente
Hepatitis B crónica	Hepatitis C	Cáncer colorectal en personas $\geq 15$ años	Osteosarcoma en personas $\geq 15$ años
Trastorno bipolar en personas $\geq 15$ años	Hipotiroidismo en personas $\geq 15$ años	tratamiento hipoacusia moderada <2 años	Lupus eritematoso sistémico
Tratamiento quirúrgico de lesiones crónicas de	Tratamiento quirúrgico de lesiones crónicas de las válvulas mitral y	Tratamiento de erradicación del helicobacter pylori.	

la válvula aórtica en personas $\geq 15$ años	tricúspide en personas $\geq 15$ años		
--	--	--	--

**Tabla N° 2:** *Patologías incluidas en el plan AUGE*

Fuente: (Superintendencia de Salud Gobierno de Chile, 2014).

Es importante que cada ciudadano consulte a su médico si su enfermedad hace parte del AUGE. Los beneficiarios del FONASA, se atienden en la red asistencial pública conformada principalmente por centros de atención primaria como los CESFAM y centros de atención secundaria y hospitales, que dependerá del problema de salud. Los afiliados a las ISAPRE a los que se le diagnostique una patología incluida en el AUGE se deben dirigir a una sucursal de su ISAPRE con la notificación del médico y completar el formulario, de esta forma se le designará un prestador dependiendo del problema de salud que tenga. (Superintendencia de salud de Chile, 2014).

A parte de las formas de prestación de servicios mencionadas anteriormente, se encuentran también las ISAPRE, en donde los beneficios dependen del plan que se elija. Estas tienen la obligación de cubrir los exámenes de medicina preventiva a solicitud el afiliado, seguro del pago del salario en caso de enfermedad, protección para mujeres embarazadas y niños menores de 6 años. En este tipo de atención los usuarios deben declarar todas las preexistencias, que hace referencia a las enfermedades, secuelas de accidentes, malformaciones, embarazos, etc, que el afiliado o sus beneficiarios hayan adquirido antes de firmar el contrato. También se deben estipular las prestaciones y los porcentajes de cobertura, que se agrupan en hospitalarias (día cama, honorario de médicos, etc), ambulatorias (consulta, exámenes, etc), otras (óptica, traslados, etc).

Dentro de este plan de atención también se encuentra una cobertura adicional para enfermedades catastróficas, que tiene unas características específicas para su acceso. (Contreras, Naranjo, Beltran, Cruces Palma, & Córdoba Carrasco, 2005).

## **2. Formación del médico familiar, atención primaria y modelo de prestación de servicios**

### **2.1 Formación en medicina familiar**

#### **2.1.1 Hitos de la medicina familiar.**

La medicina familiar en Chile nace desde la academia, es así como en 1979 el Dr. Tannenbaum en la ciudad de Valparaíso, con estudiantes voluntarios de carreras de la salud empezaron a atender pacientes de una forma integral, a través del enfoque biopsicosocial.

Dos años más tarde, en el año 1981, en la ciudad de Santiago, la Universidad de Chile se involucra en un proyecto, con el fin de convertir un consultorio llamado La Reina en un centro docente asistencial basado en la Salud Familiar. (Bozzo, 1999).

Una vez creado este centro se iniciaron las prácticas con estudiantes de pregrado, con una formación en problemas prevalentes en el ámbito ambulatorio. La Dra. Isabel Segovia, en 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 de éstos médicos 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, 1999).

Después de esta primera experiencia, se le dio nombre a la especialidad Medicina General y Familiar, ya 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 que no había 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 parte curativa y no la preventiva, que es en lo que se basa la Medicina Familiar. (Bozzo, 1999).

Entre 1982 y 1986 se graduaron 4 especialistas y fue la primera promoción de médicos familiares. Posteriormente 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 se firma un acta de constitución de la Sociedad y fue aprobada por el Ministerio de Justicia en el año 1993 con decreto N° 805. Esta sociedad se encarga de

1. Intercambio de Experiencias profesionales y laborales de desarrollo de la Medicina y Salud familiar, con puesta en común de buenas prácticas.
2. Encuentro de los médicos familiares y de los profesionales de la atención primaria en un contexto científico y de educación continua.
3. Difusión de investigaciones realizadas por diferentes equipos de salud en Atención Primaria y Salud Familiar.
4. Actualización en temas clínicos con enfoque familiar con especial énfasis en aquellos problemas de salud con garantías explícitas.
5. Innovación en prevención, promoción, trabajo comunitario y otros temas no clínicos de relevancia para el desarrollo de la estrategia de APS.

6. Conexión con el desarrollo internacional de Salud y Medicina Familiar mediante su participación en la Confederación Iberoamericana y Mundial de Medicina Familiar (CIMF-WONCA). (Bozzo, 1999).

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, para dar a conocer la especialidad, de esta forma la Universidad de la frontera inicia su programa de Medicina Familiar. En 1995 la Sociedad Chilena de Medicina Familiar organiza las jornadas de Medicina General del Adulto y Atención Primaria. Posteriormente en 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, 1999).

Otro acontecimiento importante para la Medicina Familiar en Chile se dio en 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 vio 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, 1999).

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 aplicarlo. (Depaux Vega, 2013).

En 2001 nació el Modelo Integral con Enfoque en Salud Familiar y Comunitaria, que dio un giro en la atención en salud puesto que su principal forma de prestar servicios se empezó a basar en el trabajo con el individuo, su familia y comunidad por medio del contacto permanente con un equipo de cabecera, no solo en el proceso de enfermedad sino en el de salud también. Con este modelo se entendió la importancia e influencia que tiene la familia en la salud y en las enfermedades de cada uno de sus miembros. (Depaux, Campodónico, Ringeling, & Segovia, 2008).

Para poder implementar este modelo se requirió de profesionales y técnicos que tuvieran las competencias necesarias concernientes al enfoque integral, sin embargo el recurso humano que se tenía en la APS no cumplía con estos requisitos, razón por la cual tuvieron que recibir capacitaciones. Fue en este momento donde entro a jugar un papel importante el Médico Familiar en Chile, dado que cumplía con las competencias que se requerían y desde allí ha tenido un papel fundamental en los CESFAM.

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, sin embargo para el 2013 habían 629 médicos familiares certificados, de los cuales “41,5 % se desempeña en Atención Primaria Municipal, 19% en los Servicios de Salud y 42% exclusivamente en el sector privado” (Vega Romero & Acosta Ramirez, 2014).

La razón de que haya pocos médicos familiares en el país y en la atención primaria se debe 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, dado que en el estatuto de atención primaria no se menciona al Médico Familiar, ni dentro de los profesionales que trabajan en APS ni en los que pueden llegar a ser directores de estos establecimientos. La segunda causa, que por el poco reconocimiento que tiene, 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, 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. Para poder cumplir con estos objetivos, es importante asignar de una forma adecuada los recursos, 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, 2013).

### **2.1.2 Características de los programas de formación.**

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

Estas 6 facultades se han asociado en un Consorcio Universitario de Salud y Medicina Familiar, dirigido a potenciar la formación de especialistas y la capacitación del capital humano de la atención primaria nacional. (Pontificia Universidad Católica de Chile, 2012).

#### ***2.1.2.1 Universidad Católica.***

Año de creación: 1993

Duración: 3 Años

Objetivo: Formar médicos especialistas en los problemas prevalentes vinculados a la atención médica ambulatoria, a través de actividades diversas, que los habiliten para desempeñarse eficazmente en la red de atención, del ámbito público o privado, con un enfoque de salud familiar. (Universidad Católica de Chile, 2010).

Perfil del egresado: Preparar a los especialistas no sólo para cumplir con el rol de un médico tradicional con mayor capacidad resolutive, sino además para desarrollar programas de intervención (promocionales, preventivos, terapéuticos o de rehabilitación) orientados a los problemas de salud frecuentes de la población; y para administrar los sistemas de atención. (Universidad Católica de Chile, 2010).

Estructura: Mención niño y mención adulto, cada una con área clínica, seminarios, cursos y campos clínicos. (Universidad Católica de Chile, 2010)

#### ***2.1.2.2 Universidad de Chile.***

Año de creación: 1995

Duración: 3 Años

Objetivo: Manejar en forma integral los problemas biológicos, psíquicos y sociales de los individuos, pareja y familias a su cargo en los centros de salud familiar. Realizar actividades de prevención de enfermedades y de fomento de la salud familiar Comunitaria. (Universidad de Chile, 2014).

Perfil del egresado: El médico especialista en Medicina General Familiar egresado de la Universidad de Chile, es un profesional reconocido por su atención centrada en las personas, con excelencia clínica en el manejo de problemas prevalentes y derivación oportuna, a lo largo del ciclo vital, y con competencias para desempeñarse en diferentes ámbitos sanitarios, principalmente en Centros de Salud. Destaca en su quehacer por su enfoque integral, biopsicosocial, familiar y comunitario. (Medicina General Familiar Universidad de Chile, 2014).

Estructura: Asignaturas teórico-prácticas. Salud pública, medicina interna, pediatría, obstetricia y ginecología, medicina de urgencia, psiquiatría y salud mental, medicina general familiar. (Universidad de Chile, 2014).

### ***2.1.2.3 Universidad de Valparaíso.***

Duración: 3 Años

Objetivo: Formar un Médico Especialista que tenga sólidos conocimientos teóricos y prácticos que lo capaciten para: Diagnosticar problemas de salud biológicos, psicológicos y sociales de las personas, familias y comunidad a su cargo tanto en el Centro de Salud como en otras instancias de encuentro (domicilio, escuelas, trabajo, etc.). (Universidad de Valparaíso, 2014).

### ***2.1.2.4 Universidad de Concepción.***

Año de creación: 1996

Objetivo: Formar un profesional médico, especialista en Medicina Familiar, portador de una base teórico - práctica, valórica y actitudinal, que le permita desempeñarse con compromiso y excelencia técnica en los ámbitos de acción de la Atención Primaria, la Medicina Ambulatoria y la Salud Familiar.

Estructura: Asignaturas básicas que incluyen prácticas clínicas, seminarios y cursos. (Universidad de Concepción, 2014).

### ***2.1.2.5 Universidad de la Frontera.***

Duración: 3 Años

Objetivo: Enfocado al quehacer clínico, psicosocial y de gestión en Atención Primaria de la Salud. (Universidad de la Frontera, 2014).

Estructura: Consta de 6 módulos semestrales que el becado puede aprobar, en forma consecutiva o diferida con un examen final. Su principal campo de acción está en los Centros de Salud Familiar o Salud Mental. (Universidad de la Frontera, 2014).

### ***2.1.2.6 Universidad Austral.***

Duración: 3 Años

Objetivo: Formar médicos de familia capaces de entregar cuidados continuos a la familia y a la comunidad, manteniendo una visión integral del proceso salud-enfermedad en el ámbito preventivo, curativo y de rehabilitación durante todo el ciclo vital. (Universidad Austral de Chile Medicina Familiar y Comunitaria, 2014).

## **2.2 Aporte de la medicina familiar a la atención primaria en salud**

### **2.2.1 Ámbitos de desempeño.**

El médico familiar en Chile se desempeña en diferentes ámbitos, dado que son profesionales preparados para atender las necesidades de las, personas, familias y comunidades de una forma integral. Este profesional ha encontrado campo de acción en la parte ambulatoria (CESFAM y atención domiciliaria) o institucional, en la clínica o de gestión, en el sector público y privado. Sin importan en cuál de estos ambientes se desempeñe el médico familiar, en todos ha tenido una

respuesta positiva con los usuarios, empleadores y equipo de trabajo. En la parte ambulatoria hace parte de los CESFAM. (Depaux Vega, 2013; Montero et al., 2009; Román, Pineda, & Señoret Miriam, 2007).

Otro importante ámbito en el cual actúa el médico familiar en Chile es en los trabajos de investigación experimental y no experimental, aportando nuevas respuestas a problemas antiguos y prevalente. La Sociedad de Medicina Familiar ha sido el principal medio para que estos especialistas puedan desempeñarse en este campo. (Fábrega, 2007).

Sin duda alguna el principal campo de acción es la APS, en donde el cambio de paradigma, requiere de una postura política en donde es necesario tener un especialista en la atención primaria, sin embargo aún hay muchas controversias y algunos grupos piensan que es más importante aumentar la resolutiveidad en la morbilidad que en la prevención. Es por esta razón que el ministerio de salud optó por el médico familiar para hallar una solución a este problema, en donde lo que se busca es tener médicos para la atención primaria y no en la atención primaria, en donde la diferencia radica en que en la segunda solo importa sus existencia, mientras que en la primera se tiene en cuenta el tipo de médico que se requiere y la necesidad de asegurar su continuidad, para que pueda realmente resolver los problemas de salud de la población. (Fábrega, 2007).

Pese a que el ministerio de salud ha pensado en el médico familiar como el principal actor de la APS, en la legislación no hay datos esto, y es poca la literatura en la que se habla de esto, como en una propuesta cuando inicialmente se empezaron a crear los CESFAM en donde se habla que es

fundamental que este el médico familiar en estos centros, en cantidad y proporción adecuada. (Peñaloza, Rojas del Canto, Rojas Villar, & Téllez, 2001).

Se habla también de la participación en el ámbito comunitario, en donde el equipo de trabajo debe contar con médicos familiares, ya que permite que sea el primer contacto de la población con los servicios de salud y garantiza que haya continuidad e integralidad en la atención. Por otro lado conoce cuál es la mejor opción asistencial y trabaja de la mano con la comunidad por lo que sabe que las manifestaciones de los problemas de la salud están influenciadas por el contexto social y lo identifica. En estos equipos puede ser el responsable de la coordinación, y los demás médicos antes de que hagan una referencia a otro especialista, el paciente deberá ser evaluado por el Médico Familiar que haga parte del equipo de trabajo de esa área. (Rodríguez & Barrios, 2007).

### **2.2.2 Rol del médico familiar en el desarrollo de la APS.**

El médico familiar en Chile es el eje central del equipo multidisciplinario de la atención primaria. Los fundamentos que guían la formación del médico de familia se vinculan con la política pública que se está desarrollando en la actualidad (2014).

La atención primaria, dentro de la estrategia de desarrollo social, es el espacio donde se construye el derecho a la atención de salud y el derecho a la salud. El médico familiar, al elegir esta especialidad, opta por vincularse con lo más prioritario de la política pública chilena, que es desarrollar una atención ambulatoria con un profundo contenido social. (Depaux Vega, 2013).

Desde esta perspectiva, el médico de familia es una pieza fundamental dentro del equipo de salud, es la cara visible de una política de estado basada en un alto concepto de la familia y la comunidad. Como respuesta a la acción sanitaria individual y comprometida, se conforman redes basadas en un modelo ambulatorio, con un médico con altos estándares de formación, resolutivo, capaz de interactuar con el equipo de salud y de buscar distintas opciones de cuidado, cómo lo es el médico familiar. (Cárdenas & Pinninghoff, 2013; Román et al., 2007).

El médico familiar, en forma coherente con el modelo de atención, aprovecha las oportunidades para establecer relaciones adecuadas con las familias y lograr un contacto cercano, continuo y cordial con todos sus integrantes. De aquí que la insatisfacción que demostraba el público por un sistema que no respondía a sus necesidades fue la causa, para que el estado desarrollara una reforma del sistema de salud, que respondiera al cambio que se venía produciendo en la atención primaria desde principios de la década de los 90, con el médico familiar como uno de los actores principales. (Cárdenas & Pinninghoff, 2013).

La prevención de riesgos, concepto presente en la formación del médico de familia, permitió optimizar la relación entre costo y beneficio desde una perspectiva global. El médico, como intermediario del equipo de salud, está en la capacidad de generar estrategias de fortalecimiento de la calidad y resolución oportuna de problemas de salud. (Depaux Vega, 2013).

Los médicos de familia son escasos en Chile por múltiples razones, entre ellas, la falta de interés por parte de los médicos y la falta de políticas públicas que reconozcan a este profesional como una opción adecuada para el desarrollo de la atención primaria. Por eso el Ministerio de salud

(MINSAL), ha optado por el médico de familia como médico para la atención primaria, no en la atención primaria; en esta última no importan las características del médico, sino sólo su existencia, mientras que la primera opción contiene en sí misma la definición del tipo de médico que se requiere y de la necesidad de asegurar su continuidad en la atención primaria, para resolver realmente los problemas de salud de las personas y el MINSAL durante el 2014 aumento la oferta de médicos familiares en los servicios de salud de las comunas priorizadas según la meta presidencial de médicos especialistas en Medicina Familiar para la Atención Primaria. (Bass del Campo, 2012).

En Chile el Médico Familiar está ejerciendo un rol importante en el Sistema de Salud, al encargarse de prestar un atención con calidad y humanizada, con una alta resolutiveidad y costo efectividad. Enfocando al paciente de una forma integral, desde una perspectiva biopsicosocial, basada en una buena relación médico paciente, lo que ha hecho que los pacientes se sientan satisfechos con la atención. (Tomás Pantoja, 2003). En este sistema de salud el Médico familiar ha desempeñado un papel importante en el trabajo en equipo, demostrado que se puede desempeñar en cualquier sector del sistema tanto en atención ambulatoria, como en urgencias y atención domiciliaria. (Román et al., 2007).

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 responder a los problemas de salud más prevalentes, incluyendo acciones que pueden ser realizadas también por otros especialistas y continuar con un buen trabajo en equipo en beneficio de los pacientes en colaboración con el sistema de salud de Chile.

### **3. Conclusiones**

Chile es un país democrático y presidencialista, con un poder político centralizado que actúa en todo el territorio nacional a través de las autoridades locales. En el momento para el 2014, se encuentra en una etapa avanzada de transición demográfica, con un envejecimiento progresivo de su población.

El sistema de salud es mixto, lo que significa que hay un sector público y privado y es la población, la que puede escoger a cual sector afiliarse. Si es el 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 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.

El sistema de salud chileno se basa en la estrategia de Atención Primaria y para poder ponerlo en marcha fue necesario invertir en infraestructura, por lo que aumentó el número de centros de atención, los definió claramente con los equipos de trabajo y estableció objetivos para cada uno de ellos. Sin embargo, es de resaltar que en la bibliografía encontrada no se menciona al médico familiar como integrante esencial en estos equipos de trabajo. Pese a esta situación, en algunos centros de salud familiar cuentan con médicos familiares y han tenido respuestas favorables.

Chile ha tenido muchos logros en la salud pública y la mayoría de ellos se deben al modelo de atención primaria que adoptó sobre la base de equipos de salud multidisciplinario, cercanos a la

comunidad y ubicados en todo el territorio nacional. Esto permitió aplicar en forma sistemática y universal los programas y protocolos de intervención diseñados por la autoridad central y que lograron impactar en los problemas de salud de la población.

El modelo de atención de salud en Chile se basa en la APS y presta la atención por medio de programas basados en el ciclo vital individual y según las patologías que presente cada persona. Esto hace que la atención se fraccione y se pierda la integralidad con la que se debe abordar a las personas.

El modelo de atención primaria no ha sido del todo exitoso dado que la inversión en recurso humano no ha sido la adecuada. La remuneración económica en los centros de atención primaria es baja, como resultado de esta situación se ve un bajo porcentaje de médicos generales y familiares que estén trabajando en APS. Lo que lleva a que exista aún en el país un desconocimiento de la especialidad, no sólo por parte de los integrantes del sistema, sino de la especialidad en general.

Chile cuenta con 6 facultades que ofertan la especialidad en Medicina Familiar, las cuales se han asociado en un Consorcio Universitario de Salud y Medicina Familiar, con el fin de potenciar la formación de especialistas al ver el impacto del médico familiar en el sistema de salud, al brindar una atención humana con calidad y eficiencia, con altos estándares manteniendo una visión integral del proceso salud-enfermedad en el ámbito preventivo, curativo y de rehabilitación durante todo el ciclo vital, aspecto que favorece al paciente y es costo efectivo para el sistema.

Uno de los aspectos que favoreció el auge y fortaleció los programas de medicina familiar en Chile, fue ver necesidad de un especialista más resolutivo y con una medicina centrada en el paciente, con los principios de atención primaria, además de tener centros de prácticas de medicina familiar y comunitaria y así el especialista en medicina familiar tenga un rol bien establecido y participe en la articulación del sistema cómo el médico líder dentro de la atención primaria.

#### 4. Bibliografía

- Agencia Central de Inteligencia. (2014). Agencia central de inteligencia (CIA) chile. Retrieved from <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 resolutivez de la atención primaria de salud: ¿contradictorios o complementarios?
- 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
- Benavides S, P., Castro L, R., & Jones J, I. (2013). Sistema público de salud, situación actual y proyecciones fiscales 2013-2050
- Bozzo, G. (1999). Desarrollo de la medicina familiar en Chile. Retrieved from <http://medicinafamiliar.cl/medicina-familiar-en-chile/desarrollo-de-la-medicina-familiar-en-chile/>
- 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.

Castillo Laborde, C., & Villalobos Dintrans, P. (2013). Caracterización del gasto de bolsillo en salud en Chile: Una mirada a dos sistemas de protección. *Revista Médica De Chile*, 141, 1456-1463.

Clark Nuñez, X. (2012). Proyecciones población Chile 2013-2020 instituto nacional de estadísticas

Congreso Nacional de Chile. (1995). Ley n° 19.378 estatuto de atención primaria en salud municipal

Congreso Nacional de Chile. (1996). Ley n° 19.465 sistema de salud de las fuerzas armadas

Congreso Nacional de Chile. (2006). Ley n° 18.695 organica constitucional de municipalidades

Contraloría de Chile. (2014). Ampliación ley no 20.717. Retrieved from

[http://www.contraloria.cl/NewPortal2/portal2/ShowProperty/BEA%20Repository/Merged/2013/Archivos/362\\_Oficio](http://www.contraloria.cl/NewPortal2/portal2/ShowProperty/BEA%20Repository/Merged/2013/Archivos/362_Oficio)

Contraloría General de la República. (2014). Código sanitario. Retrieved from

[http://www.sernac.cl/wp-content/uploads/leyes/dfl/DFL725\\_Codigo\\_Sanitario.pdf](http://www.sernac.cl/wp-content/uploads/leyes/dfl/DFL725_Codigo_Sanitario.pdf)

Contreras, G., Naranjo, P., Beltran, R., Cruces Palma, J., & Córdoba Carrasco, C. (2005). Las instituciones de salud previsional

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):e5644

Depaux, R., Campodónico, L., Ringeling, I., & Segovia, I. (2008). En el camino a centro de salud familiar

Dirección de salud de Santiago de Chile. (2014a). Atención primaria adulto y adultos mayores. Retrieved from <http://www.saludstgo.cl/index.php/salud/nuestros-servicios/atencion-primaria-adulto-y-adultos-mayores>

Dirección de Salud de Santiago de Chile. (2014a). Atención primaria de la mujer. Retrieved from <http://www.saludstgo.cl/index.php/salud/nuestros-servicios/atencion-primaria-de-la-mujer>

Dirección de salud de Santiago de Chile. (2014b). Atención primaria en salud mental. Retrieved from <http://www.saludstgo.cl/index.php/salud/nuestros-servicios/atencion-primaria-de-salud-mental>

Dirección de Salud de Santiago de Chile. (2014b). Atención primaria niños y adolescentes. Retrieved from <http://www.saludstgo.cl/index.php/salud/nuestros-servicios/atencion-primaria-ninos>

Dirección de salud de Santiago de Chile. (2014c). Programa de promoción de salud. Retrieved from <http://www.saludstgo.cl/index.php/salud/nuestros-servicios/programa-de-promocion-de-salud>

Dirk Jaspers\_Fajjer. (2014). Comisión económica para américa latina y el caribe (CEPAL), observatorio demográfico, 2013

Escobar Alegría, L. (2013). Evaluación de tecnologías sanitarias (ETESA), ¿Una necesidad para chile?

Fábrega. (2007). El médico familiar y su rol en la salud de las familias chilenas. Retrieved from <http://www.mednet.cl/link.cgi/http://www.mednet.cl/link.cgi/Medwave/PuestaDia/Congresos/945>

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

Gobierno de Chile, Ministerio de Salud. (2013). Panorama de salud 2013 informe OECD sobre Chile y comparación con países miembros. Retrieved from [http://web.minsal.cl/sites/default/files/INFORME%20OCDE\\_2013\\_21%2011\\_final.pdf](http://web.minsal.cl/sites/default/files/INFORME%20OCDE_2013_21%2011_final.pdf)

Medicina General Familiar Universidad de Chile. (2014). Programa de formación de especialistas en medicina general familiar. Retrieved from <http://www.atencionprimaria.med.uchile.cl/postgrado.html>

Ministerio de Salud. (2014). Hitos de la salud chilena. Retrieved from [http://web.minsal.cl/hitos\\_salud\\_chilena](http://web.minsal.cl/hitos_salud_chilena)

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

Organización Mundial de la Salud. (2013). Estadísticas sanitarias mundiales 2013

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

Plan de Salud. (2014). Asegurados. Retrieved from

[http://www.fonasa.cl/portal\\_fonasa/site/artic/20140621/pags/20140621220053.html](http://www.fonasa.cl/portal_fonasa/site/artic/20140621/pags/20140621220053.html)

Pontificia Universidad Católica de Chile. (2012). Concurso políticas públicas 2012 propuestas para Chile. Retrieved from

[http://politicaspUBLICAS.uc.cl/cpp/static/uploads/adjuntos\\_publicaciones/adjuntos\\_publicacion.archivo\\_adjunto.b52dd2f51675a299.50524f505545535441532050415241204348494c452d4469676974616c2e706466.pdf](http://politicaspUBLICAS.uc.cl/cpp/static/uploads/adjuntos_publicaciones/adjuntos_publicacion.archivo_adjunto.b52dd2f51675a299.50524f505545535441532050415241204348494c452d4469676974616c2e706466.pdf)

Rodríguez, V., & Barrios, A. (2007). El equipo en salud en el ámbito comunitario

Román, O. (2002). Un análisis de la situación actual de las especialidades médicas en Chile.

Revista Médica De Chile, 130 doi:10.4067/S0034-98872002000700015

Román, O., Pineda, S., & Señoret Miriam. (2007). Perfil y número de médicos generales que requiere el país. Revista Médica De Chile, 135, 1209-1215.

Romero Strooy, L. (2011). Modelos y mecanismos de financiamiento en sistemas de salud

Superintendencia de salud de Chile. (2014). Garantías explícitas en salud AUGE-GES. Retrieved from <http://www.supersalud.gob.cl/difusion/572/w3-propertyvalue-3130.html>

Superintendencia de Salud Gobierno de Chile. (2014). Patologías garantizadas AUGE. Retrieved from <http://www.supersalud.gob.cl/difusion/572/w3-propertyname-501.html>

The Organisation for Economic Co-operation and Development, (OECD). (2014). Estadísticas de la OCDE sobre la salud 2014. chile en comparación.

Tomás Pantoja, C. (2003). ¿Por qué un departamento académico de medicina familiar? Revista Médica De Chile, 131, 338-42.

Universia. (2014). Aspectos generales de chile. Retrieved from <http://internacional.universia.net/latinoamerica/datos-paises/chile/aspectos-generales.htm>

Universidad Austral de Chile Medicina Familiar y Comunitaria. (2014). Programa de especialización en medicina familiar y comunitaria. Retrieved from <http://www.medicina.uach.cl/postgrado/especialidades/familiar.php>

Universidad Católica de Chile. (2010). Pontificia universidad católica de chile escuela de medicina departamento medicina familiar

Universidad de Chile. (2014). Medicina general familiar. Retrieved from <http://www.uchile.cl/postgrados/9984/medicina-general-familiar>

Universidad de Concepción. (2014). Especialidad médica en medicina familiar. Retrieved from <http://www.udec.cl/postgrado/?q=node/476&codigo=5585&acreditado=>

Universidad de la Frontera. (2014). Especialidad en medicina familiar general. Retrieved from [http://postgrado.ufro.cl/index.php?option=com\\_content&view=article&id=106%3Aespecialidad-en-medicina-familiar-general&catid=37&Itemid=70](http://postgrado.ufro.cl/index.php?option=com_content&view=article&id=106%3Aespecialidad-en-medicina-familiar-general&catid=37&Itemid=70)

Universidad de Valparaíso. (2014). Especialidad en medicina general familiar. Retrieved from <http://www.uv.cl/postgrado/?id=164>

Vega Romero, R., & Acosta Ramirez, N. (2014). Mapeo y análisis de los modelos de atención primaria en salud en los países de américa del sur

Vergara-Iturriaga, M., & Martínez-Gutiérrez, M. S. (2006). Financiamiento del sistema de salud chileno. *Salud Pública De México*, 48, 512-521.

## **Anexo N 1. Protocolo de Investigación**