



APS-U

Consejo Asesor para
la universalización
de la APS

PROPUESTA MESA TEMÁTICA FORMACIÓN APS UNIVERSAL



APS-U

Consejo Asesor para
la universalización
de la APS

“El recurso humano ha sido factor clave para la continuidad de la atención, el cuidado de las personas y comunidades, es esencial en la Atención primaria de salud, por ello debe ser valorado y contar con una formación permanente”



APS-U

Consejo Asesor para
la universalización
de la APS

Miembros de mesa

María Isabel De Ferrari
Enfermera
Ues UAHC

Carolina Rain
Psicóloga
CDP- PUC

Carolina González
Médico de Familia
SOCHIMEF

Hernán Sepúlveda
Cientista político
OPS

José Gutiérrez
ANCOSALUD

Karina Villarroel
Médico de familia
Corporación de desarrollo social de Viña del Mar

Oscar Lilian Fernández
Médico Familiar y Pediatra
Universidad de La Frontera

Ingrid Kremser
Médico de Familia
Colegio Médico

Jorge López
Médico de Familia
SOCHIMEF

Ana Toro Cepeda
Médica cirujana
AFUSAP SSMC

Secretaría Técnica.

Andrea Rastello
Enfermera-matrona
Federación de Colegios Profesionales de Chile.

Diego Silva Jiménez
Administrador Público
SOCHISAL - UCEN

Presentación de documento

En el contexto de la Reforma de salud de Chile, la Universalización de la Atención Primaria de Salud (APS), es uno de los pilares fundamentales de la reforma. La Atención Primaria de Salud, se refiere a la atención esencial y básica que se brinda a los individuos, familias y comunidades en su nivel más cercano a través de servicios de salud integrales, accesibles y de calidad. Para lograr con éxito este objetivo, la formación de un equipo de salud sólido y bien capacitado es de suma importancia.

Los objetivos que se han propuesto abordar la mesa son los siguientes:

- ✓ Formación e inserción de médicas (os) de familia como especialista en APS y otros especialistas en la estrategia de APS.
- ✓ Formación de profesionales y técnicos en APS.
- ✓ Formación para directivos de APS.
- ✓ Evaluación o redefinición de perfiles de cargo

La formación propuesta en este documento debe ser congruente con la aplicación de un Modelo Atención Integral con enfoque de Salud Familiar y comunitario donde se expresen todos los principios como longitudinalidad y continuidad en la atención, con poblaciones a cargo y con seguimiento y continuidad en toda la red sanitaria. Si hay continuidad y longitudinalidad de la atención en todos los niveles de atención se mejoran todos los indicadores en salud (1)(2)(3). Este modelo se sustenta en profesionales formados específicamente en ello y en la Atención Primaria, que articula la red y la atención de otros especialistas. (2)

Actualmente los profesionales especializados no necesariamente pueden aportar todo lo que son capaces de hacer, porque los colocan en funciones limitadas y acotadas.

Diagnóstico

El 2020 -2021 Universidades por el territorio, levantan información con más de 1.300 participantes diferentes: organizaciones sociales, docentes, estudiantes de carreras de la salud. Se habla del “*currículum enfermo*” porque la formación está más centrada en el daño y la patología, con un enfoque biomédico.

Se identifican las siguientes debilidades y carencias en la formación de profesionales de salud:

1. Predomina el enfoque biomédico, sin tener enfoque de población a cargo.
2. Predominio de una visión individual del daño, sin contextualizar a la persona en su realidad social, familiar, económica, cultural y laboral.
3. Los equipos de salud presentan debilidades en el manejo de herramientas para el trabajo con Comunidades, intersectorial y de equipo. (metodologías participativas, Educación Popular, diálogo, inclusión)
4. Ausencia del enfoque de salud como un Derecho Humano en la formación y en la práctica.
5. No se analiza el potencial de protección y sanación de las redes comunitarias.

Consenso en las siguientes barreras para un trabajo territorial integrador:

1. Escasa experiencia, conocimiento y competencias para desarrollar trabajo de equipo, con predominio de programaciones centradas en actividades definidas por programa, lo que dificulta realizar un trabajo integral centrado en diferentes necesidades de cada persona y pertinentes a las características de las comunidades.
2. Escasa integración de enfoques multicausales Determinantes Sociales de Salud (DSS) en el análisis y comprensión de las situaciones de salud, que faciliten diseñar respuestas pertinentes y oportunas a las situaciones de salud.

3. Predominio de acciones centradas en reparar el daño y ausencia de actividades orientadas a la protección, promoción y prevención.
4. Existencia de un currículum oculto en la experiencia de formación con predominio cultural del rol de reparación en salud.
5. Débil enfoque en el trabajo con la población a cargo, garantizando la continuidad, integralidad y longitudinalidad de la atención, sin atenciones fragmentadas en programas.
6. Actualmente existe formación de especialistas en el Modelo y en APS, pero el sistema fragmentado dificulta la expresión de todas las capacidades formadas.
7. El modelo de trabajo por programas refuerza la atención fragmentada. Esto es percibido tanto por los usuarios como por parte de los equipos de salud, quienes ven duplicaciones de las prestaciones.
8. Cuando se han hecho evaluaciones del Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS) la dimensión peor evaluada es la de Enfoque Familiar (4,2). Se sigue mirando la Salud Familiar sólo como un aspecto más de la gestión. Esto expresa que aún no permea el modelo a la implementación de un centro de salud (5)

El año 2022 se elabora una iniciativa popular de norma para ser presentada a los constituyentes, en ella se recoge el trabajo realizado durante estos años por el grupo de universidades por el territorio, dando cuenta de lo observado en los seminarios, conversatorios y encuentros realizados los que abundan en considerar que “en Chile, la Educación en Ciencias de la Salud (ECS) necesita redefinirse y realizar un cambio hacia la comunidad, formación generalista y enfoque APS. Se deben repensar las bases de la ECS y la planificación curricular en las Escuelas que forman a los/as profesionales de Salud. Varias de nuestras universidades han realizado cambios curriculares, sin embargo, ello ha sido insuficiente. El modelaje de los y las docentes propicia la reproducción del modelo profesional ‘*hospitalocéntrico*’, curativo y biologicista, incentivando estos rasgos en las preferencias del estudiantado. Se evidencia una marcada ausencia de docentes que se desempeñen en la APS, lo que dificulta una educación basada en la comunidad, con orientación generalista, con contenidos de ciencias sociales y humanas, salud pública, salud familiar-comunitaria, en definitiva, con enfoque de APS. Se continúa mirando la medicina y las otras carreras de las ciencias de la salud, desde la

enfermedad y no desde la salud. En la práctica seguimos formando, salvo raras excepciones, personas para trabajar en la recuperación de la enfermedad más que en los cuidados de la salud y para sistemas hospitalarios dispersos más que para sistemas integrados. Probablemente no será posible sacar las ciencias de la salud de las garras de la enfermedad y llevarla al campo de la construcción de salud si no ahondamos decididamente en el conocimiento y práctica de nuestro estudiantado en la Atención Primaria como entorno formativo preferente”.(6)

En el conversatorio de enero del 2023 las Ues plantean los siguientes puntos a incorporar en el diseño de la formación en salud:

- Experiencias de inserción territorial, de estudiantes y de la comunidad universitaria, con enfoque ético, epistemológico y metodológico.
- Integre el enfoque del paradigma de la complejidad que da cuenta de análisis y procesos integradores de diferentes disciplinas, propiciando el encuentro de saberes y la expresión de las diversidades, sociales, culturales, de género y la ética de la alteridad.
- Aporte al rol profesional la visión de un actor que forma parte una sociedad diversa que comprende el potencial del encuentro de saberes y el valor del cuidado de los seres vivos y de todo el ecosistema
- Incorpore los enfoques de la determinación social de la salud, aplicación de metodologías de trabajo participativas y la relación de diálogo permanente con las organizaciones sociales.
- Se enseña la Declaración Universal de los Derechos Humanos comprometida por el Estado y que considera la salud como un Derecho Humano fundamental que es una condición para el ejercicio de Derechos Humanos.

A partir de los intercambios y el juicio crítico de las y los integrantes de la mesa de formación se considera pertinente proponer que la formación de pregrado recoja los diagnósticos presentados y realice modificaciones sustantivas, para que los equipos de salud respondan a los requerimientos de protección de salud y buen vivir de la sociedad en su conjunto, incorporando además aspectos del cuidado de las personas, del entorno social, natural con enfoque integral, ecológico y planetario.

PROPUESTAS PARA LA FORMACIÓN INTEGRAL DE LAS CARRERAS DE LA SALUD EN PREGRADO.

- I. Que la formación de profesionales de la salud sea un aporte para responder a las necesidades de salud y a la carga de enfermedad de la población y a los Modelos de gestión centrados en la APS y universalización en Salud.**

1.1 Las autoridades de Salud, como entes rectores, tienen que establecer un perfil ocupacional consistente con las necesidades sociosanitarias del país y el modelo de salud, de modo que orienten los procesos de formación en salud como un bien común. Las instituciones de Educación Superior tienen la autonomía para crear perfiles de egreso de sus profesionales que se espera que sean concordantes con el perfil ocupacional indicado por las autoridades. Esto no siempre ocurre, por lo que se sugiere realizar mesas de trabajo colaborativas.

1.2 El perfil de egreso de profesionales sanitarios debe contemplar, además de las áreas de formación asistencial, enfoques de inserción social y comunitaria con metodologías de las ciencias sociales, de modo que tengan experiencia de vinculación comunitaria, desarrollen capacidades para desempeñarse en trabajos participativos, colaborativos y de co-construcción con las comunidades.

Para esto se necesitan conocer y aplicar herramientas metodológicas y conceptuales para reconocer y valorar las diversidades, de modo que se realicen acciones sanitarias y de gestión con criterios de equidad, de riesgo, priorizando acciones acordes al perfil demográfico y epidemiológico de las personas, familias y comunidades de nuestro país.

1.3 Es necesario promover, por parte del MINSAL, los contenidos imprescindibles en la experiencia de formación, que debe contener el perfil de egreso de profesionales, acorde a los requerimientos del país, para lograr resolutivez en salud, con enfoque de red, logrando implementar el Modelo de Atención Integral en Salud Familiar y Comunitaria en Atención Primaria en Salud.

Se estima que estos deben considerar diferentes disciplinas, que permitan desempeñar el rol sanitario a partir de espacios de formación que se realizan

basado en experiencias de vínculo de los estudiantes con comunidades, organizaciones, instituciones y territorios que desarrollen aprendizaje situado y reflexión en los siguientes aspectos:

- Inserción territorial, diálogo con actores sociales y coordinación intersectorial
- Trabajo en equipos interdisciplinarios en salud.
- Aplicar el enfoque causal que incorpore los Determinantes sociales de salud (DSS) y que integre las complejidades socioculturales, incluyendo la determinación social
- Diseño de programas e intervenciones sociosanitarias participativas
- Reconocer la diversidad de cosmovisiones de pueblos y culturas con enfoque de inclusión.
- Enfoques de Derechos Humanos, éticos y derechos en salud.
- Incorporar el enfoque de género en el análisis y en la gestión.
- Desarrollo de modelos para lograr acceso universal y oportuno a cuidados de salud.
- Priorización con criterios de equidad en acceso a prestaciones de Salud.
- Insertar estudios de impacto en Salud en todas las políticas.
- Implementar modelos de cuidados y protección en salud con enfoque familiar.
- Promover el trabajo comunitario centrado en enfoques de salutogénesis, valorando las experiencias de colaboración y cuidados propios de las comunidades.
- Desarrollar los enfoques de One Health “*Una sola salud*” (Humana, animal y ambiental)
- Modelos de participación efectiva de las personas, reconocer las capacidades de protección de las redes locales y comunitarias, su aporte en la gestión y en los procesos de cuidado, atención y rehabilitación. (1-7)

II. **Se sugiere que los ámbitos de formación, antes planteados, constituyan una línea de formación inserta en el currículum de las carreras de la salud, que integre enfoques epistemológicos de ética, metodologías de trabajo comunitario y contenidos de Salud Pública, epidemiología, Salud Familiar, Gestión social, metodologías de trabajo comunitario e Investigación Acción. Llamada Salud Colectiva Familiar y Comunitaria**

2.1 Se propone que esta línea de formación en el currículum, aporte al trabajo en equipo con enfoque integrador y que incorpore experiencias prácticas desde el primer año (tempranas), que involucre a estudiantes con los territorios que en este diálogo conozcan la relación que establece la comunidad con los centros de APS, para desarrollar experiencias orientadas al reconocimiento de saberes. Se espera que los estudiantes tengan durante esta etapa de formación experiencias de participación y de co-construcción integrándose a las comunidades, para dar respuestas a necesidades que aportan al buen vivir y a la salud de las personas, de las comunidades y del entorno ambiental.

2.2 Esta línea curricular debe estar diseñada, además, para que sea intercarreras, promoviendo el conocimiento de los roles del equipo de salud, y entregue herramientas para trabajar en equipo e integrar a otras disciplinas en los diálogos con los territorios y comunidades. Se espera que los estudiantes identifiquen diferentes enfoques en el trabajo interdisciplinario y valoren la acción intersectorial de modo que se aborden de manera integral las causas de situaciones identificadas.

2.3 La formación en esta línea curricular deberá considerar el rol de otras políticas públicas de modo que las acciones de regulación sanitaria, promoción, prevención y rehabilitación, se comprendan en un continuo relacionado con la Protección social de la salud y con el trabajo intersectorial.(2,4)

Entre ellas se considera necesario que identifiquen aquellas políticas que impactan en la salud de las personas, de las comunidades y los territorios, tales como la educación, la Política social de cuidado, los modelos como el Chile crece contigo y la integración y continuidad de los cuidados de las personas en el curso de vida.

III. Entregar contenidos de gestión y planificación, que aporten a la comprensión de las funciones propias de los sistemas de salud y la gestión de redes integrales, con alcance a toda la población de un territorio, es decir universales. Que tengan la oportunidad de identificar y valorar el rol de regulación y planificación sanitaria, de modo que el personal de salud tenga herramientas conceptuales para analizar, desempeñarse y responder a las situaciones de salud de las comunidades, algunos contenidos en esta área son los siguientes:

- La APS al centro de la gestión sanitaria, con liderazgo en la continuidad de los cuidados
- Estudios de Carga de enfermedad de las comunidades.
- Gestión en Situaciones de emergencias y desastres.
- Riesgos y daños ambientales para la salud (alimentos, calidad aire, suelos, agua).
- Riesgos y controles farmacológicos.
- Gestión y administración de servicios de salud.

Hay temas prioritarios que deben estar insertos en el plan de formación general de las carreras de la salud, orientados a generar capacidades para responder a los desafíos actuales de la sociedad y en el mundo de la globalización.

1. Salud mental con enfoque comunitario
2. Personas mayores, cuidados e integración social
3. Inclusión, diversidades, género y Migrantes
4. metodologías de Inserción comunitaria y metodologías de praxis social centradas en la co-construcción para el buen vivir e interculturalidad
5. Participación social incidente en salud y desarrollo del control social en la gestión
6. Enfoque ecológico y ambiental.
7. Salud digital

Tal como lo expresó el doctor Antonio Orellana, “No debemos olvidar que las nuevas demandas de salud de la población van a estar vinculadas a fenómenos demográficos, sociales, culturales y epidemiológicos como ocurrió durante la pandemia con la crisis socio-sanitaria que aún nos afecta y que puso de manifiesto la necesidad de iniciar un verdadero camino de transformación en la formación de pregrado de los y las futuros profesionales de la salud”.

PROPUESTA DE FORMACIÓN POSTGRADO

1. La formación de posgrado es requerida para todos los profesionales que se desempeñan en el primer nivel de atención. El primer nivel de atención presenta una complejidad relevante asociada al mandato de fortalecer la AP que encomendó la declaración de Astaná (8), y la evidencia acumulada en la de que una APS fortalecida brinda mejores resultados sanitarios (9).

Formación continua formación de especialización, con el objetivo de contar con equipos entrenados con relación a los principios del modelo de atención.

2. Respecto a cuáles son las competencias requeridas en el primer nivel para nuestro país, contamos con investigación local que nos orienta a ello, como la publicación de (10), donde se proponen áreas de formación específicas, y necesarias en porcentajes variables para lograr para una masa crítica de conocimientos con la especificidad propia de la atención del primer nivel:

- Programación en red
- Apoyo a la toma de decisiones compartidas en salud
- Resolutividad de problemas de salud de competencia de la APS
- Ciclo vital, crisis normativas y no normativas.
- Estrategias de trabajo con familia: consejería, consejería breve, visita domiciliaria integral.
- Educación de adultos.
- Enfoque de riesgo familiar, factores de riesgo y protectores
- Entrevista motivacional
- Modelo de cuidados crónicos.

A su vez, se sugieren líneas de formación para los equipos de salud en base a una matriz de competencias según estamento (equipos directivos/gestores, profesionales clínicos/profesionales, equipos técnicos, y administrativos).

Figura N°1 Matriz de competencias según estamento de los centros de atención primaria de salud. (10)

Nivel avanzado	Equipo	Programación en red	Gestión en salud: RRHH, financiera y mejora de procesos	Liderazgo					
	Directivo/gestor								
	Profesional clínico								
	Auxiliar/técnico enfermería/dental								
	Administrativo								
Nivel medio	Equipo	Consejería familiar	Consejería breve en salud	Visita integral en domicilio	Apoyo a la toma de decisiones compartidas en salud				
	Directivo/gestor								
	Profesional clínico								
	Auxiliar/técnico enfermería/dental								
	Administrativo								
Nivel básico	Equipo	Modelo de atención en salud	Modelo de cuidado crónico	Promoción del buen trato al usuario	Enfoque familiar	Entrevista motivacional	Educación de adultos	Resolutividad (problemas de salud de competencia de la APS)	Trabajo en equipo
	Directivo/gestor								
	Profesional clínico								
	Auxiliar/técnico enfermería/dental								
	Administrativo								

Figura de elaboración propia.

Nota: las zonas sombreadas corresponden a las competencias que los distintos integrantes del equipo de salud deben lograr en cada uno de los niveles.

3. Con relación a la formación de especialidad, a nivel internacional existe un amplio nivel de acuerdo respecto a que el médico especialista en APS es el médico de familia, con resultados de impacto estudiados (11). En Chile contamos experiencia local publicada orientando a que una atención primaria que incorpora los principios del modelo de atención junto a presencia amplia de médicos de familia se asocia a resultados positivos en efectividad clínica, satisfacción usuaria y costo-efectividad (12).

4. El estudio de brecha de especialistas de medicina familiar publicado por la Universidad Católica en 2011 reportaba una cifra global de menos de 500 especialistas en medicina familiar en ese entonces y proyectaba que aumentando la fuerza formadora de médicos de familia desde los 25 egresados en esa época a cerca de 100, y con una política de retención del recurso en el sistema público, se lograría revertir la brecha en al menos 10 a 15 años (13).

5. Situación actual: actualmente se proyecta que egresan cerca de 100 médicos de familia al año desde 13 centros formadores, siendo aún un número muy inferior al de otras especialidades.

El número de médicos de familia en Chile alcanza a aproximadamente 1300 de acuerdo con reportes de la Superintendencia de Salud, siendo sólo una parte de éstos los que se desempeñan en la atención primaria. Si utilizamos como aproximación el registro del decreto exento MINSAL de asignación mensual de estímulo por competencias profesionales en Atención Primaria de Salud, actualmente son cerca de 600 especialistas en medicina de familia en ejercicio en APS, si bien este registro no considera a médicos en centros dependientes de Servicios de Salud, Centros de Salud delegados, y aquellos en cargos directivos en Direcciones de Salud Municipal.

6. Frente a lo anterior se propone:

- Análisis de la distribución del MF en contexto de las RISS:
 - mayoría de estos especialistas debieran encontrarse en APS
 - atención a los procesos de destinación MINSAL/SS post formación y análisis del número de médicos de familia actualmente destinados a funciones administrativas fuera del primer nivel.
 - considerar la demanda actual por MF en ámbitos tales como gestión de la red, cuidado paliativo, dirección de centros de salud, salud mental en nivel secundario, entre otros.
- Política de retención del MF en APS
 - Reconocimiento a la especialidad (ya existente)
 - Formación continua, asociado a procesos de certificación/recertificación, especialmente para los especialistas certificados por Servicios de Salud.
 - Condiciones de desempeño estructurales y funcionales que permitan su desempeño integral.

8. Médicos especialistas - otras especialidades. En forma relevante, existe un número importante (si bien no cuantificado, o al menos no conocido por los



miembros de esta submesa) de médicos especialistas en etapa de destinación en atención primaria, de especialidades variadas.

Es conocido que otras especialidades proveen un enfoque menos integral que la medicina generalista/familiar, y se ha observado una tendencia a resolver menos nuevos problemas, tratar un conjunto de problemas más limitados y proveer una atención con un enfoque menos preventivo, siendo su foco formativo más apropiado para conjuntos de pacientes con condiciones de salud de mayor complejidad. La presencia de especialidades no generalistas en atención primaria es un hecho observado en distintas realidades, con el riesgo de una inversión de la mirada integral propia del primer nivel (14).

Una revisión sistemática demostró que asociar especialistas a los médicos APS provee mejoras en términos de acceso, uso de servicios y resultados sanitarios. Sin embargo, estos resultados se evidencian cuando son parte de intervenciones multifactoriales de trabajo colaborativo que incluyan acciones tales como: consultas conjuntas, reuniones clínicas, o seminarios educativos (15).

Considerando lo anterior, su rol debiera ser considerado a modalidades con efectividad demostrada por la evidencia, y en paralelo considerar su incorporación a procesos de formación para la adquisición de competencias propias de la atención primaria ya mencionados. Por otro lado, idealmente los procesos futuros de formación y destinación debieran considerar plazas acordes a la formación del profesional, para la satisfacción de las partes involucradas y logro de los mejores resultados sanitarios.

9. En otras profesiones, las experiencias de especialización son más limitadas, pero no ausentes. Desde ese aspecto, existe una oferta amplia de formación en diplomados en Salud Familiar, y más acotada en magister en APS/Salud familiar.

Por otro lado, se encuentran las formaciones de especialización específicas para las distintas profesiones de la salud. En nuestro país se encuentra la figura ya reconocida de especialidades en Química y Farmacia (Farmacia Clínica), altamente relevantes en el contexto de implementación de la Estrategia de Cuidados Integrales Centrados en la Persona (ECICEP), donde el rol del Químico Farmacéutico es fundamental.

Como iniciativa futura en el fortalecimiento de los equipos resaltamos el rol de las "nurse practitioners", cuyo aporte ha sido demostrado brindando resultados comparables a médicos en la resolución de morbilidad aguda y controles de patología crónica (16), en Chile para su apropiado desarrollo requerirían modificaciones al código sanitario.

10. **Salud Digital** “el desarrollo de la salud digital dirigido y hecho a la medida de un problema específico de salud, ocupado en una ventana terapéutica razonable y no utilizado como un fin, sino como un medio complementario a la medicina moderna, será esencial para enfrentar los desafíos sanitarios de un mundo en donde las enfermedades crónicas no infecciosas ahora se verán también afectadas por los vaivenes de las “infecciosas”, las cuales, erróneamente, ya creíamos casi derrotadas.” (17)

Consideraciones respecto a la incorporación de especialidades médicas en la atención primaria

Es importante mencionar que el especialista de la Atención primaria es el Médico de Familia y desde la mirada de atención primaria, no sería necesario contar con otros especialistas en este nivel de atención para mejorar la resolutivez. Sin embargo y dado que es una estrategia desde MINSAL, donde a través del concurso nacional de especialidades médicas (CONE), se forman a especialistas en distintas especialidades de las cuales Medicina Familiar, Pediatría, Gineco-obstetricia, Psiquiatría Infanto-juvenil, Psiquiatría del Adulto y Salud Pública, deben realizar su periodo asistencial obligatorio (PAO) en la atención primaria, posterior a que las y los médicos han sido formados bajo el financiamiento de este ministerio. Es por este motivo que consideramos pertinente realizar un plan de inserción de especialistas, para que la inserción de estos especialistas en la APS sea de manera coordinada con el modelo de atención integral (MAIS).

Los especialistas deben tener un rol que pueda coordinarse con las funciones y atributos del modelo de atención primaria y realmente puedan ser un aporte y se integren al equipo de salud.

Respecto a especialistas en medicina familiar, pediatría, medicina interna y ginecoobstetricia

La evidencia de impacto sanitario producto de la introducción de especialidades médicas en la APS en Chile es escasa.

Existe evidencia internacional de que la incorporación de especialistas básicos en APS puede realizar un aporte significativo, especialmente en el caso de médicos/as familiares, pediatras e internistas. Dicha situación se puede extrapolar a médicos gineco-obstetras, considerando que la principal provisión de cuidados en salud sexual y reproductiva es entregada por profesionales matrones/as, quienes pudiesen apoyarse con estos especialistas en procesos diagnósticos y terapéuticos de mayor complejidad.

Macinko proveyó de amplia evidencia del impacto de la APS fuerte en indicadores sanitarios a nivel internacional. Para ello, consideraron dentro de la fuerza laboral de médicos de APS a médicos generales, familiares, internistas y pediatras: “Estos tres tipos de médicos constituyen la fuerza de trabajo de la atención primaria y han mostrado una provisión de los más altos estándares en sus prácticas”. (9)

Respecto a especialistas en psiquiatría del adulto e infantojuvenil

La incorporación de psiquiatras de adulto/a y de niños, niñas y adolescentes se justifica por la elevada presencia de trastornos mentales en población general, el tiempo de retraso en el diagnóstico y las dificultades de acceso a planes terapéuticos. Por lo tanto, estos/as especialistas podrían contribuir en el abordaje de casos de mayor complejidad y en apoyo de actividades de capacitación para transversalizar las competencias en salud mental a todo el equipo de la atención primaria.

Respecto a especialistas en salud pública

Se considera atinente la inserción de especialistas en salud pública, siempre que puedan aportar en funciones de planificación sanitaria, vigilancia epidemiológica y gestión de la red. Sin perjuicio de lo anterior, se considera que estos/as especialistas también podrían tener un rol destacado en los servicios de salud apoyando las actividades de los gestores de la red asistencial en los niveles locales.

La inserción de especialistas en la atención primaria de salud puede mejorar significativamente la calidad de la atención brindada a los pacientes. Aquí hay algunos aspectos importantes que se deben considerar para una inserción efectiva:

1. **Evaluación de necesidades:** Es necesario realizar una evaluación de las necesidades de atención médica de la población en un área determinada. Esto implica identificar las principales condiciones de salud, las enfermedades más comunes y las brechas existentes en la atención primaria.
2. **Planificación estratégica:** Se debe desarrollar un plan estratégico para la inserción de especialistas en la atención primaria. Esto implica definir qué especialidades son necesarias y en qué proporción, teniendo en cuenta las necesidades identificadas en la evaluación. Debe exigirse un plan de inserción en red consensuado entre el profesional, el municipio y el SS. Dicho plan debe contener las habilitantes para que el especialista pueda insertarse adecuadamente en la APS. Como habilitantes básicos se considera: acceso a tecnologías sanitarias, comunidades de práctica y capacitación al resto del equipo de APS. Las especialidades que pueden realizar una inserción efectiva en la APS, vía comisión de estudios, son: medicina familiar, medicina interna, obstetricia y ginecología, pediatría, psiquiatría del adulto, psiquiatría infantil y de la adolescencia y salud pública.
3. **Formación y capacitación:** Es fundamental brindar formación y capacitación adecuadas a los especialistas que serán insertados en la atención primaria. Esto puede incluir programas de capacitación específicos para adaptar sus habilidades y conocimientos a las necesidades de la atención primaria, así como la promoción de enfoques de trabajo en equipo y atención centrada en el paciente.
4. **Integración en equipos de atención primaria:** Los especialistas deben integrarse en equipos de atención primaria, trabajando en colaboración con médicos

generales, enfermeras y otros profesionales de la salud. La colaboración y comunicación efectiva son clave para proporcionar una atención integral y coordinada.

5. **Protocolos y pautas de práctica:** Se deben establecer protocolos y pautas de práctica basados en evidencia para guiar la atención brindada por los especialistas en la atención primaria. Esto garantiza la estandarización de la atención y la entrega de servicios de alta calidad.

6. **Acceso equitativo:** Es importante asegurar que la inserción de especialistas en la atención primaria no genere desigualdades en el acceso a la atención médica. Se deben tomar medidas para garantizar que todas las personas, independientemente de su ubicación o condición socioeconómica, puedan beneficiarse de los servicios especializados.

7. **Evaluación continua:** Se deben establecer mecanismos de evaluación continua para monitorear la efectividad de la inserción de especialistas en la atención primaria. Esto implica recopilar datos, medir los resultados de salud, identificar áreas de mejora y ajustar las estrategias en consecuencia. El SS debe supervisar el cumplimiento del plan y facilitar la integración con el nivel secundario del/la profesional especialista de la atención primaria.

La atención primaria desempeña un papel fundamental en la salud de la población y es considerada como la base de un sistema de atención médica sólido

Razones

1. **Acceso y continuidad de la atención:** La atención primaria garantiza un acceso equitativo a servicios de salud de calidad para todas las personas, sin importar su condición socioeconómica o ubicación geográfica. Además, se enfoca en brindar una atención continua y a largo plazo, estableciendo una relación de confianza entre los pacientes y los proveedores de atención primaria.

2. **Prevención y promoción de la salud:** La atención primaria se centra en la prevención de enfermedades y en promover hábitos saludables. Los profesionales de atención primaria realizan exámenes de salud periódicos, brindan consejos sobre estilos de vida saludables, administran vacunas y realizan detección temprana de enfermedades. Al enfocarse en la prevención, se evitan enfermedades graves y se reducen los costos asociados con tratamientos a largo plazo.

3. **Coordinación y gestión de la atención:** La atención primaria coordina los servicios de salud y ayuda a los pacientes a navegar por el sistema de atención médica de manera efectiva. Los médicos de atención primaria trabajan en estrecha colaboración con otros especialistas y profesionales de la salud para garantizar una atención integral y coherente. Esto incluye derivaciones adecuadas, seguimiento de resultados y apoyo en la gestión de enfermedades crónicas.

4. **Atención centrada en el paciente:** La atención primaria se enfoca en el paciente como un individuo completo, teniendo en cuenta sus necesidades físicas, emocionales y sociales. Los profesionales de atención primaria establecen una relación cercana con los pacientes, comprenden sus circunstancias individuales y brindan una atención personalizada y centrada en sus necesidades específicas.

5. **Reducción de costos y eficiencia:** La atención primaria ayuda a controlar los costos de atención médica al proporcionar servicios de salud efectivos y de bajo costo. Al identificar y abordar problemas de salud en las primeras etapas, se evita la progresión a enfermedades más graves y se reducen los gastos relacionados con hospitalizaciones y tratamientos costosos.

6. Apoyo a comunidades y sistemas de salud: La atención primaria también juega un papel crucial en la promoción de la salud a nivel comunitario y en el fortalecimiento de los sistemas de salud. Al trabajar en estrecha colaboración con comunidades locales, se abordan las necesidades de salud específicas y se implementan programas de prevención y promoción de la salud adaptados a cada contexto.

En resumen, la atención primaria es esencial para mejorar la salud de la población. Al proporcionar acceso equitativo, prevención, coordinación de la atención, atención centrada en el paciente, eficiencia y apoyo a las comunidades, la atención primaria contribuye a la salud general y al bienestar de las personas, así como a la sostenibilidad de los sistemas de salud.

Modelos exitosos de integración de especialistas en la atención primaria en varios países y regiones.

1.- En los **Países Bajos**, se ha implementado un modelo de atención primaria conocido como "Atención Primaria Plus" (Primary Care Plus). En este modelo, los médicos de familia trabajan en estrecha colaboración con especialistas en centros de atención primaria. Los especialistas brindan consultas y servicios especializados directamente en la atención primaria, lo que mejora el acceso de los pacientes a la atención especializada y evita remisiones innecesarias a hospitales. Esto ha demostrado mejorar la calidad de la atención y reducir los costos de atención médica.

Lecciones aprendidas: La coordinación efectiva entre médicos de familia y especialistas, así como el establecimiento de protocolos y pautas claras, son fundamentales para la integración exitosa de los especialistas en la atención primaria. Además, la comunicación abierta y el trabajo en equipo son cruciales para asegurar una atención integral y centrada en el paciente.

2. En **Canadá**, se han implementado modelos de práctica colaborativa en atención primaria, donde médicos de familia y otros profesionales de la salud, como enfermeras especializadas, farmacéuticos y terapeutas, trabajan juntos en equipos interprofesionales. Estos equipos brindan atención integral y comparten la responsabilidad de la atención al paciente. Esta colaboración ha demostrado

mejorar los resultados de salud, la satisfacción del paciente y la eficiencia del sistema de atención de salud.

Lecciones aprendidas: La colaboración y el respeto entre los diferentes profesionales de la salud son fundamentales para el éxito de la integración en atención primaria. Es importante reconocer y aprovechar las fortalezas de cada profesional, fomentar la comunicación abierta y establecer roles y responsabilidades claras dentro del equipo.

3. En el **Reino Unido**, el modelo de atención primaria conocido como "Práctica Extendida" (Extended Practice) ha permitido la incorporación de especialistas en la atención primaria. Esto implica la colocación de médicos especialistas, como dermatólogos, ginecólogos o psiquiatras, en clínicas de atención primaria para ofrecer consultas especializadas a los pacientes. Este enfoque ha demostrado mejorar el acceso a la atención especializada y reducir los tiempos de espera para la atención.

Lecciones aprendidas: La disponibilidad de recursos y el diseño adecuado de la infraestructura son aspectos críticos para la implementación exitosa de este modelo. La comunicación y la coordinación entre los especialistas y los médicos de familia también son esenciales para garantizar una atención integral y coherente para los pacientes.

Estos modelos exitosos ofrecen lecciones importantes, como la importancia de la colaboración interprofesional, la coordinación efectiva y la disponibilidad de recursos adecuados. Sin embargo, es importante adaptar estos modelos a las necesidades y características específicas de cada sistema de atención de salud.

PLAN DE INSERCIÓN DE ESPECIALISTAS EN APS

La inserción de especialistas en la APS debe ser de manera coordinada con el modelo de atención integral (MAIS). Los especialistas deben tener un rol que pueda coordinarse con las funciones y atributos del modelo de atención primaria.

La estrategia de inserción de especialistas en la atención primaria de salud contiene aspectos administrativos, técnicos y financieros.

1.-Aspectos administrativos

Modificación de especialidades relevantes o de interés nacional para el desarrollo de la APS, lo que determina que el retorno de estos especialistas se realice en su establecimiento de origen en la atención primaria.

Estas especialidades son: medicina familiar, medicina interna, obstetricia y ginecología, pediatría, psiquiatría del adulto, psiquiatría infantil y de la adolescencia y salud pública.

Modificación de las bases del concurso nacional de especialidades médicas (CONE), que establece una inserción planificada de los especialistas en APS, donde se determinará la cobertura de especialidad dentro de la red municipal y del Servicio de Salud, conforme a las necesidades sanitarias del territorio. Esta modificación (Art. 22 letra d) establece la “Inserción planificada de especialistas en la Atención Primaria” y refiere que “los profesionales que se encuentren cursando una especialización mediante Misión de Estudios, serán contactados 6 meses antes del término del programa de formación, por el Servicio de Salud quien coordinará junto al Municipio y el profesional la cobertura de especialidad dentro de la red municipal y del Servicio de Salud, conforme a la necesidad sanitaria”.

2.- Aspectos técnicos

Elaboración de un documento técnico que oriente la inserción de especialistas prioritarios en APS y que contenga los requerimientos para el adecuado desempeño de estos especialistas en el plan de inserción planificada, con acceso a tecnologías sanitarias suficientes, participación del especialista en su comunidad de práctica especializada y la destinación de tiempos reservados para capacitar y reforzar los contenidos de su especialidad con el resto del equipo de salud de APS.

3.- Aspectos financieros

Involucra la incorporación de un incentivo financiero para la inserción de especialistas en APS mediante el pago de la asignación mensual de estímulo por competencias profesionales contenido en el artículo 8 de la ley 20.816(18). Para cumplir con esto, se debe ingresar la solicitud de financiamiento mediante expansión presupuestaria cada año, para cubrir la brecha de especialidades que no pertenecen a Medicina Familiar, dado que ellos ya reciben este estímulo.

Especialidades relevantes o de interés nacional para el desarrollo de la APS y la necesidad de emanar documentos técnicos que orienten la inserción de estos especialistas

1. Antecedentes relevantes

- Resolución 758 Exenta del 15 de noviembre de 2022 de la Subsecretaría de Redes Asistenciales que califica especialidades como relevantes o de interés nacional para efectos del artículo 11 de la Ley N° 19.664. Dicha resolución determinó que estas especialidades son medicina familiar, medicina interna, obstetricia y ginecología, pediatría, psiquiatría del adulto, psiquiatría infantil y de la adolescencia y salud pública.(19)

2. Situación de los profesionales en comisión de estudio y becarios

- Existe un incremento de los profesionales que acceden a comisiones de estudio a lo largo del tiempo. Si en 2016 accedían 67 personas, en 2022 lo hicieron 149 de ellas. Asimismo, en el periodo 2016-2022 se totalizan 832 cupos para becarios y 751 cupos para comisión de estudios (gráfico 1).

- Con respecto a las especialidades tomadas en comisión de estudios entre los años 2020-2022, las más relevantes fueron pediatría, medicina interna y medicina familiar con 96, 88 y 65 cupos tomados, respectivamente (gráfico 2).

Gráfico 1. Evolución del tipo de beca tomado para especialidades médicas entre 2016 y 2022. Fuente: Departamento de Formación, Capacitación y Ed. Continua – Ministerio de Salud, Chile.

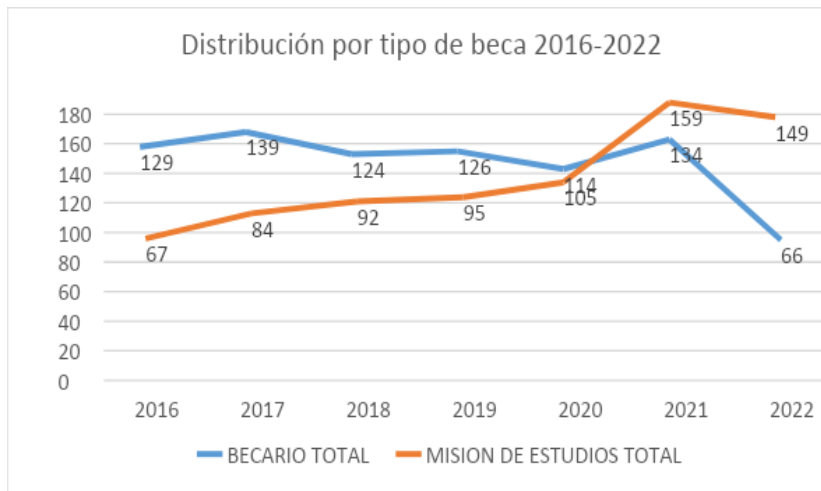
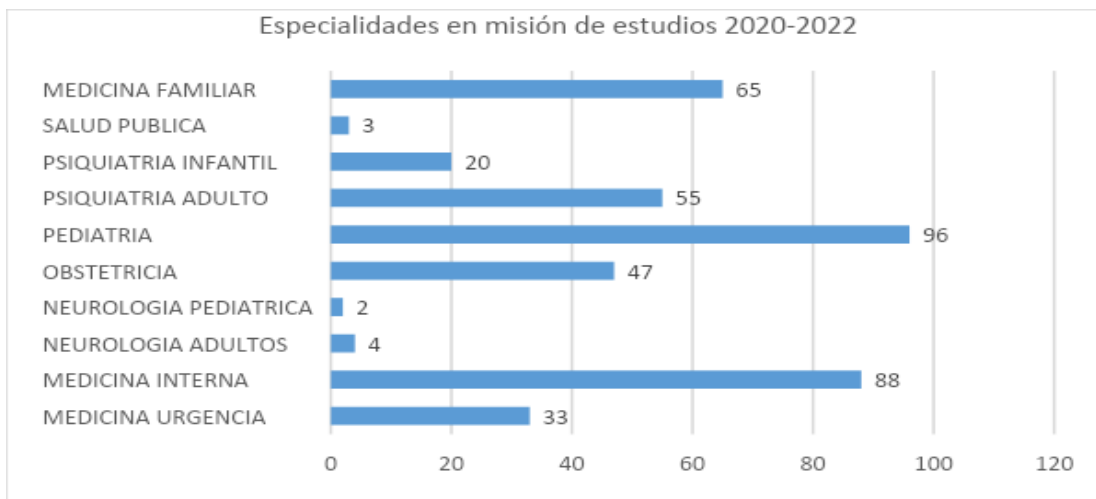


Gráfico 2. Especialidades tomadas en misión de estudios, años 2020 a 2022. Fuente: Departamento de Formación, Capacitación y Ed. Continua – Ministerio de Salud, Chile.



Necesidad de una inserción planificada para los especialistas en APS

El modelo de atención integral en salud establece para la atención primaria las directrices para el manejo de población a cargo con problemas de salud no diferenciados y facilitando su acceso. Por lo tanto, la inserción de especialistas en este nodo de la red, cualquiera sea su naturaleza, debe ser de manera coordinada con este modelo.

Para cumplir con los requerimientos del modelo de atención y sacar el máximo provecho de estos especialistas se sugiere una planificación coordinada por el servicio de salud, en conjunto con el municipio y el especialista. En esta estructura tripartita se deberá definir un “Plan de inserción en red (PIR)” que considere la necesidad sanitaria y la cobertura de especialidad requerida en el territorio. El rol del SS debe ser el de supervisor y acompañante técnico de este plan de inserción, así como un facilitador de la integración de la red con el nivel secundario.

Los PIR deberán proponer funciones y roles diferenciados para estos especialistas en relación con el resto de los médicos generales de la atención primaria. Como mínimo se debe considerar el acceso apropiado y diferenciado a tecnologías sanitarias, comunidades de práctica y actividades de capacitación.

El acceso a tecnologías sanitarias debe referir como mínimo a exámenes diagnósticos y tratamientos diferenciados, ya sea en el nivel primario o secundario. La participación en comunidades de práctica debe impulsar al nuevo especialista a desarrollar diálogos y prácticas integradas con los otros participantes de su especialidad en la red asistencial local. Por ejemplo, se puede considerar el acceso a reuniones clínicas y actividades de actualización en el nivel secundario. Con respecto al acápite de capacitación, se considera necesario que los nuevos especialistas puedan reforzar contenidos de su especialidad con el resto del equipo de APS.

Se debe considerar que los municipios incorporen estos aspectos dentro de la planificación y programación de actividades para los especialistas que se encuentran realizando el periodo asistencial obligatorio en comisión de estudios.

Respecto a enfermera/o de práctica avanzada (EPA)

OPS destaca que nuevos perfiles profesionales como el de enfermeras/os de práctica avanzada (EPA) pueden asumir más funciones, con autonomía, en los servicios de atención primaria de zonas vulnerables en las ciudades y en zonas remotas, así como contribuir a promover la salud, prevenir enfermedades y reducir muertes.

En países como Australia, Canadá, Estados Unidos, Inglaterra, Irlanda y Finlandia, enfermeras licenciadas con una formación universitaria ya asumen más funciones para satisfacer las necesidades de salud de las personas. Siendo en EEUU 355000 EPA licenciadas de la cual 88% se encuentran certificadas en atención primaria de salud y 70,3% prestan servicios en APS. En Canadá EPA licenciadas 7400, estando 37% trabajando entornos comunitarios.(20)

La figura de la EPA o nurse practitioner (enfermera autorizada para hacer diagnósticos, solicitar exámenes y realizar prescripciones médicas) surgió en Canadá y Estados Unidos a mediados de la década de 1960. Se trata de enfermeras licenciadas con una práctica profesional autónoma.

“La ampliación del rol de las enfermeras licenciadas no pretende sustituir o reemplazar a ningún profesional sino complementarlo, y ampliar habilidades para aumentar la eficiencia, mejorar los resultados en salud y reducir costos de atención”
(20)

Incorporar enfermería de práctica avanzada en la atención primaria de salud puede ser muy beneficioso para mejorar la calidad de la atención y ampliar la gama de servicios disponibles para los pacientes. Aquí hay algunas recomendaciones sobre cómo hacerlo de manera efectiva:

- **Definición de Roles y Responsabilidades Claras:** Es esencial establecer roles y responsabilidades claras para los enfermeros de práctica avanzada en el contexto de la atención primaria. Esto asegurará que tanto los médicos como los enfermeros comprendan sus funciones y cómo trabajan en equipo para brindar una atención integral.
- **Colaboración Interprofesional:** Fomenta una cultura de colaboración en la que médicos/as y enfermeras/os trabajen juntos para abordar las

necesidades de los pacientes. Establecer reuniones regulares de equipo y discutir casos clínicos puede mejorar la comunicación y la toma de decisiones conjuntas.

- **Educación y Formación Continua:** Brinda oportunidades de educación y formación continua para enfermeras/os de práctica avanzada. Esto les permitirá mantenerse actualizados en las últimas evidencias y mejores prácticas clínicas, lo que beneficiará a los pacientes.
- **Áreas de Especialización:** Identifica áreas de especialización en las que los enfermeros de práctica avanzada pueden aportar un valor único, como manejo de enfermedades crónicas, salud mental, atención a personas mayores, salud de la mujer y más.
- **Supervisión y Consulta:** Aunque enfermeras/os de práctica avanzada tienen autonomía en su práctica, debe haber un sistema de consulta en casos más complejos o cuando se requiera una perspectiva médica adicional.
- **Protocolos y Guías Clínicas:** Desarrolla protocolos y guías clínicas basadas en evidencia que ayuden a guiar la práctica de enfermería de práctica avanzada. Esto asegurará la coherencia en la atención y reducirá la variabilidad clínica.
- **Registro y Seguimiento:** Implementa un sistema de registro y seguimiento de pacientes que permita un monitoreo continuo de la atención brindada. Esto puede ayudar a evaluar la efectividad de la intervención de enfermería y hacer ajustes según sea necesario.
- **Educación:** Enfermeras/os de práctica avanzada pueden desempeñar un papel importante en la educación de las personas. Pueden brindar información sobre el manejo de enfermedades, promoción de la salud y prevención de enfermedades.
- **Promoción de la Salud y Prevención:** Enfatiza la importancia de la promoción de la salud y la prevención de enfermedades en la práctica de enfermería de práctica avanzada. Esto puede ayudar a reducir la carga de enfermedades crónicas y mejorar la calidad de vida de las personas.

- Evaluación de Resultados: Realice un seguimiento de los resultados de la atención brindada por enfermeras/os de práctica avanzada. Esto permitirá evaluar el impacto de su intervención en la salud de las personas y realizar mejoras continuas.

Respecto a especialidad de Químico farmacéutico/a en APS

Químico farmacéutico en atención primaria de salud es un profesional de la salud que trabaja en el ámbito de la atención médica primaria, brindando servicios farmacéuticos esenciales a las personas en el nivel inicial de atención médica. En la revista British Journal of Clinical Pharmacology se publicó estudio que resalta la importancia que genera la presencia de un químico farmacéutico en la atención primaria de salud, para prevenir y disminuir los índices asociados a patologías crónicas y comunes dentro de la población chilena mayor.(21)

Su rol abarca una variedad de responsabilidades relacionadas con la gestión de medicamentos y la optimización del uso de los mismos para mejorar la salud de los pacientes. Algunas de sus funciones reconocidas por los usuarios y equipo de salud

1. Supervisión de dispensación de medicamentos: Proporcionar y validar prescripciones para los pacientes y brindar información sobre su correcto uso, dosificación y posibles efectos secundarios.
2. Asesoramiento farmacéutico y Gestión farmacéutica en abastecimiento de medicamentos y dispositivos de uso médico.
3. Contribuir con atención farmacéutica y del trabajo con su equipo desde un enfoque de salud familiar en la APS.

Dentro del ámbito de la Atención Primaria de Salud (APS), los farmacéuticos pueden especializarse en diversas áreas que les permiten desempeñar roles específicos y contribuir de manera significativa a la calidad de la atención. Algunas de las especialidades que se podría considerar en el contexto de la APS:

Farmacia Clínica en Atención Primaria: Químicos farmacéuticos/as en APS trabajan directamente con pacientes y profesionales de la salud en la gestión de medicamentos para enfermedades comunes y crónicas.

Farmacovigilancia: Los farmacéuticos especializados en farmacovigilancia monitorean y reportan eventos adversos relacionados con medicamentos. En APS, esto puede ser fundamental para identificar problemas de seguridad en la población y tomar medidas adecuadas.

Respecto a especialidades en Psicología en APS

Los psicólogos que trabajan en atención primaria de salud desempeñan un papel en la promoción de la salud mental y el bienestar emocional en personas. Para llevar a cabo sus funciones de manera efectiva en este entorno, es importante que tengan conocimientos y habilidades en diversas áreas. Algunas especialidades que podrían ser importantes para psicólogos en atención primaria de salud incluyen:

Psicología Clínica: La base de la formación en psicología clínica proporciona a los profesionales las habilidades necesarias para diagnosticar y tratar una amplia gama de trastornos mentales y emocionales.

Psicología de la Salud: Esta especialidad se centra en cómo los factores psicológicos influyen en la salud física y viceversa. Psicólogos/as de la salud trabajan en la promoción de hábitos de vida saludables, la gestión del estrés y la adaptación a enfermedades crónicas.

Psicología comunitaria: es una rama de la psicología que se enfoca en comprender y abordar los problemas y desafíos de las comunidades y grupos sociales. Esta especialidad busca promover el bienestar y la salud mental a nivel colectivo.(22)

Formación para Directivos de Atención Primaria de Salud (APS) en el Marco del Modelo Atención Integral con enfoque de salud integral y salud Familiar para la Universalización de APS

El objetivo es desarrollar un programa integral de formación para directivos de Atención Primaria de Salud (APS), con el fin de fortalecer las habilidades de liderazgo, gestión y toma de decisiones de los directivos, para así mejorar la calidad y eficiencia de los servicios de APS impulsar la implementación efectiva del Modelo de Atención Integral con enfoque de Salud Familiar y comunitario, y contribuir a la universalización de la atención primaria de salud en el país.

Componentes que debieran considerarse en los programas de formación continua para directivos debieran ser los siguientes:

- **Liderazgo y Gestión Estratégica en el Contexto del Modelo Atención Integral con enfoque de Salud Familiar y comunitario:**
 - ✓ Desarrollo de habilidades de liderazgo transformacional.
 - ✓ Planificación estratégica en el contexto de la APS.
 - ✓ Toma de decisiones basadas en datos y evidencias.
 - ✓ Gestión del cambio y motivación de equipos.
 - ✓ Comunicación efectiva y trabajo en equipo.
- **Gestión de Recursos:**
 - ✓ Gestión eficiente de recursos humanos y materiales.
 - ✓ Planificación y optimización de presupuestos en APS.
 - ✓ Evaluación de desempeño y desarrollo del personal.
 - ✓ Diseño de sistemas de incentivos y reconocimiento.
- **Calidad y Seguridad en APS:**
 - ✓ Implementación y seguimiento de estándares de calidad.
 - ✓ Identificación y mitigación de riesgos en la atención.
 - ✓ Gestión de incidencias y mejora continua.
 - ✓ Promoción de una cultura de seguridad del paciente.



APS-U

Consejo Asesor para
la universalización
de la APS

- **Participación Comunitaria y Enfoque Interdisciplinario:**
 - ✓ Fomento de la participación ciudadana en la toma de decisiones.
 - ✓ Desarrollo de estrategias de promoción de salud a nivel comunitario.
 - ✓ Colaboración entre diferentes disciplinas para una atención integral.
 - ✓ Empoderamiento de la comunidad en la gestión de su propia salud.

- **Innovación y Tecnología en Salud:**
 - ✓ Incorporación de tecnologías para mejorar la atención y la gestión.
 - ✓ Desarrollo de soluciones digitales y telemedicina.
 - ✓ Uso de datos para la toma de decisiones informadas.
 - ✓ Adaptación a las tendencias y avances en el campo de la salud.

Conclusiones

La universalización de APS impone grandes desafíos para las políticas públicas y recursos humanos.

El rol del estado es determinante en la definición de las estrategias de desarrollo en cada una de estas áreas, las necesidades profesionales, capacitaciones, planes de estudios, incentivos entre otras estrategias.

Las universidades y centros de formación técnica pueden y deben participar de la formación de pregrado de las carreras de salud y en la formación continua de los trabajadores de APS.

El reconocimiento de especialidades implica no solo es en lo social sino también debiera ser en lo salarial.

El rol de las ciencias sociales en el área de Salud es un hecho y se debe potenciar el binomio sociosanitario para el mejor abordaje de la prevención y la promoción de la salud desde la APS.

Tanto la formación de pre y postgrado deben estar inserta en un trabajo con el territorio de manera constante, para poder aplicar el MAIS de una manera plena y que tenga sentido y efecto en la vida cotidiana de la comunidad.

Para ello se requiere un fuerte liderazgo desde la dirección de APS con competencias que promuevan el trabajo en equipo, con un sentido diagnóstico y enfocado en las DSS.

Todo esto será posible, si las distintas instituciones que componen el sistema educativo de la educación superior aplican la línea curricular Salud Colectiva Familiar y Comunitaria, propuesta por esta mesa, donde entrega las competencias y herramientas necesarias para afrontar esta reforma de APS Universal.

Referencias

1. Limón, Esther et al. "Longitudinalidad y continuidad en atención domiciliaria" Longitudinality and continuity in home care. *Atencion primaria* [Internet]. vol. 55,5 (2023): 102632. doi:10.1016/j.aprim.2023.102632
2. Garcia-Huidobro D., Barros X., Quiroz A., Barria M., Soto G., Vargas L., Modelo de Atención integral en salud familiar y comunitaria en la atención primaria chilena. *Rev. Panam. Salud Pública* 2018, 42:e16Q <https://doi.org/10.26633/RPSP.2028.16Q>
3. Angulo, N., Sanhueza, X., & Donat, J. Control Integral en el Centro de Salud Familiar Metodista de Temuco. *Rev Chil Med Fam. Internet*. 2021 [Consultado 8 de agosto de 2023]. Recuperado a partir de: <https://www.revistachilenademedicinafamiliar.cl/index.php/sochimef/article/download/396/355>
4. Organización Panamericana Salud y Subsecretaría de Redes Asistenciales, División de Atención Primaria. Orientaciones para la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria. [Internet]. 2012 [Consultado 10 de agosto de 2023]. Recuperado a partir de: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/e7b24eef3e5cb5d1e0400101650128e9.pdf>
5. Ministerio de Salud. *Serie Cuadernos Modelo de Atención No. 1*. Santiago de Chile: Ministerio de Salud. Modelo de Atención Integral de Salud. [Internet]. 2005 [Consultado 10 de julio de 2023]. Recuperado a partir de <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/03/1.pdf>
6. Universidades por el Territorio Hacia la formación de profesionales de salud que Chile necesita. Dilemas y Desafíos en las Enseñanzas-Aprendizajes de las Ciencias de la Salud. [Internet] 2021 Disponible en: <https://www.udecmed.cl/wp-content/uploads/2021/06/HACIA-LA-FORMACION-DE-PROFESIONALES-DE-SALUD-QUE-CHILE-NECESITA-Universidades-por-el-territorio.pdf>
7. Subsecretaria de Redes Asistenciales División de Atención Primaria. Participación Ciudadana en Atención Primaria un aporte al desarrollo del Modelo de Atención Integral de Salud familiar y comunitario y la satisfacción

- usuaria [Internet] 2016 Disponible en:
<https://www.minsal.cl/sites/default/files/files/PARTICIPACION%20UDADANA%20APS.pdf>
8. Cortés-Tello, F., Silva-Jiménez, D, Arancibia-Morales, D., Muñoz-Marín, L. El Territorio como Determinante Social de la Salud: Algunas Estrategias para su Abordaje. [Internet]. 2021 [Consultado 30 de agosto de 2023]. Recuperado a partir de:
<https://revista.unsis.edu.mx/index.php/saludyadmon/article/view/215/170>
 9. Macincko J, Starfield B, Shi L. The Contribution of Primary Care Systems to Health Outcomes within Organization for Economic Cooperation and Development (OECD) Countries, 1970–1998. Health Services Research 38:3 (June 2003);38(3):831-65.
 10. Dois, Angelina et al. Formación y competencias para los equipos de atención primaria desde la mirada de expertos chilenos. Revista Panamericana de Salud Pública [online]. 2018, v. 42 [Accedido 01 Agosto 2023] , e147. Disponible en: <<https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.147>>. Epub 08 Oct 2018. ISSN 1680-5348. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.147>.
 11. Starfield B. Primary care: an increasingly important contributor to effectiveness, equity, and efficiency of health services. SESPAS report 2012. Gac Sanit. 2012 Mar;26 Suppl 1:20-6. doi: 10.1016/j.gaceta.2011.10.009. Epub 2012 Jan 21. PMID: 22265645.
 12. Brunner, A., Montero, J., Pantoja, T., Püschel, K., Peñaloza, B., Poblete, F., Paulina Rojas, M., & Téllez, Álvaro. Hacia un nuevo modelo de atención primaria en salud. Evaluación del proyecto de salud familiar Ancora UC. Estudios Públicos. [Internet]. 2013 [Consultado 25 de julio de 2023]. Recuperado a partir de:
<https://www.estudiospublicos.cl/index.php/cep/article/view/276>
 13. Rojas MP, Scharager J, Erazo A, Puschel K, Mora I, Hidalgo G. Propuestas para Chile. Capítulo VIII: Estimación de brechas de especialistas en medicina familiar para la atención primaria chilena. [Internet]. 2011 [Consultado 27 de julio de 2023]. Recuperado a partir de:
<https://politicaspUBLICAS.uc.cl/publicacion/propuestas-para-chile-2011->



[capitulo-viii-estimacion-de-brechas-de-especialistas-en-medicina-familiar-para-la-atencion-primaria-chilena/](#)

14. Hashim MJ. Provision of primary care by specialist physicians: a systematic review. *Fam Med Community Health*. 2020 Feb 25;8(1):e000247. doi: 10.1136/fmch-2019-000247. PMID: 32148734; PMCID: PMC7046372.
15. Gruen RL, Weeramanthri TS, Knight SS, Bailie RS. Specialist outreach clinics in primary care and rural hospital settings.. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2003, Issue 4. Art. No.: CD003798. DOI: 10.1002/14651858.CD003798.pub2.
16. Chuan-Fen L, Hebert P, Douglas D, Neely E, Sulc C, Reddy A, Sales A, Wong E. Outcomes of primary care delivery by nurse practitioners: Utilization, cost and quality of care. *Health Serv Res* 2020; 55:178-189 doi:10.1111/1475-6773.13246.b
17. Godoy Juan A., Ríos L. Carola, Venegas A. Pía, López R. Carolina, Álvarez José Luis, Labbé Tomás P. et al . Oportunidad en la salud digital: una respuesta al control de las demencias. *Rev. méd. Chile* [Internet]. 2020 Jul [citado 2023 Ago 05] ; 148(7): 1018-1024. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872020000701018&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872020000701018>.
18. Ministerio de Salud. Ley 20816 perfecciona normativa sobre profesionales y trabajadores del sector público de salud. [Internet]. 2015. Disponible en: <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?idNorma=1074762>
19. Resolución 758 Exenta 15-Nov-2022, Ministerio de Salud; Subsecretaría de Redes Asistenciales, Califica especialidades como relevantes o de interés nacional para efectos del artículo 11 de la Ley N° 19.664. [Internet]. 2022. <https://www.bcn.cl/leychile/navegar?i=1184231&f=2022-11-15>
20. Organización Panamericana de la Salud. Ampliación del rol de las enfermeras y enfermeros en la atención primaria de salud. Washington, D.C.: OPS; [Internet]. 2018.



https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34959/9789275320037_spa.pdf?sequence=5&isAllowed=y

21. Martínez-Mardones, F, Benrimoj, SI, Ahumada-Canale, A, Plaza-Plaza, JC, Garcia-Cardenas, V. BC Clinical impact of medication reviews with follow-up in cardiovascular older patients in primary care: A cluster-randomized controlled trial. *Br J Clin Pharmacol.* 2023; 89(7): 2131-2143. doi:[10.1111/bcp.15682](https://doi.org/10.1111/bcp.15682)
22. Jason, LA, Glenwick, DS y Ramian, KN (Eds.). *Introducción a la psicología comunitaria: convertirse en un agente de cambio.* 2019 Prensa de la Universidad de Oxford.