

La Medicina Familiar en la Reforma de Salud chilena

La Reforma de Salud en Chile, tema prioritario en la agenda del gobierno, surge como una respuesta a una necesidad sentida desde hace muchos años. En este proceso en marcha, la Sociedad Chilena de Medicina Familiar visualiza una oportunidad para fortalecer la Atención Primaria, situándola como pieza clave para mejorar el nivel de salud de los chilenos/as. Considerando lo anterior, creemos que el desarrollo de un modelo de atención basado en la Salud Familiar es el ideal que nos permitirá alcanzar dicho objetivo.

Para abordar este tema, a continuación presentaremos las Bases Conceptuales y el Tipo de Reforma que el Comité Interministerial para la Reforma de Salud(1) ha considerado, una descripción breve, junto con un análisis desde la Sociedad, de los objetivos nacionales de salud 2000-2010(2), y los elementos centrales de la propuesta que la Sociedad Chilena de Medicina Familiar Sochimef(3) ha elaborado y presentado a las autoridades sanitarias del país al respecto.

BASES CONCEPTUALES PARA LA REFORMA(1)

¿Por qué la reforma?

1. Concebimos a la salud como un producto del desarrollo de una sociedad y mientras más alto sea este último, mayor tiene que ser el nivel de salud de la población de un país.

"La salud es la mejor expresión del bienestar y de la integración social de las personas y mientras menores sean las diferencias del nivel de salud entre los distintos grupos sociales de una nación, mayor es la cohesión social de la misma y muestra de manera efectiva cuán solidaria es una sociedad"

2. El desafío de la salud en el siglo 21 es complejo y abarca un conjunto de disciplinas y actividades, no sólo la medicina, que permitan poner al servicio de las personas todos los avances que hacen posible prevenir y tratar las enfermedades o hacerlas menos incapacitantes y dolorosas. Hay mucho conocimiento no utilizado y que podría aliviar tanto dolor y sufrimiento. Debemos ser capaces de enfrentar ese desafío con la misma fuerza, decisión e inteligencia con que enfrentamos los problemas de salud del siglo 20 y que hoy nos permiten estar entre las naciones más avanzadas del mundo en estado de salud de nuestra población. Esta es una ventaja que no podemos desperdiciar y, en consecuencia, tenemos que actuar con decisión para hacer un nuevo diseño de nuestro sistema de salud para estar a la altura de la tarea que como país y como personas nos corresponde realizar.

3. El sistema actual fue diseñado para enfrentar las enfermedades que eran frecuentes y graves durante la segunda mitad del siglo 20 y en especial las enfermedades infecciosas y los problemas de salud de madre y niño. Estos problemas los hemos, en gran medida, superado y porque los hemos superado tenemos una población que es más sana y vive muchos más años que en décadas anteriores.

4. Sin embargo, nuestra sociedad no está siendo ni equitativa ni solidaria en salud, como en otros campos, porque mientras alcanzamos resultados aparentemente favorables no estamos en una situación aceptable para nosotros, porque las cifras promedios esconden desigualdades inaceptables, que hacen, por ejemplo que, haya chilenos que viven 10 años menos que otros, en razón de su condición social y económica.

5. Un sistema de salud que permite que se produzcan disparidades tan importantes es un sistema que no está respondiendo a las necesidades de nuestra población.

6. Por lo tanto, debemos ir a un profundo cambio de nuestro sistema de salud que recoja los desafíos de la modernidad y dé satisfacción a las expectativas de la gente.

¿Qué Reforma?

1. Queremos una reforma que ponga en **primer lugar mantener sana a la población, no sólo tratando enfermos**, sino poniendo al servicio de ese objetivo una acción del Estado que coordine los esfuerzos del sector público y privado para hacer de **Chile un país saludable**. Una reforma que garantice el pleno ejercicio del derecho a la salud de todos los chilenos y no discrimine por su capacidad de pago, una reforma que haga posible un tratamiento oportuno y eficaz de todos y cada uno de los chilenos, una reforma que suprima la inequidad.

2. Queremos un **modelo de salud anticipatorio**, que señale cuales son los riesgos para su salud que enfrenta nuestra población y como establecemos **objetivos nacionales de salud** que permitan generar un esfuerzo nacional, no sólo de los servicios de salud, sino de otros sectores, para evitar que esos riesgos se conviertan en enfermedad. Chile pudo en el pasado derrotar la mortalidad infantil, hoy tene-

mos que enfrentar otro tipo de enfermedades que también podemos derrotar.

3. El sistema de atención de la salud debe ser cambiado de manera que sea eficaz y eficiente para las enfermedades que hoy día son más frecuentes, las enfermedades crónicas y degenerativas que golpean a las personas de la tercera edad, que son una proporción cada vez mayor de nuestra población y que merecen que la sociedad les devuelva en respeto y cuidados lo que con tanto sacrificio le entregaron a ella.

Un sistema que sea capaz de:

- Prevenir y curar las enfermedades mentales, que golpean sin discriminar a viejos y jóvenes y entre las cuales encontramos el flagelo de la adicción a alcohol y drogas, tan difícil de recuperar.
- Un sistema que incorpore en forma sistemática la pesquisa de las enfermedades más graves como el cáncer de modo de poder tratarlo antes que sea irreversible.
- Un sistema que dé garantías a todos los chilenos que en la enfermedad tendrán el cuidado solidario de una sociedad que no abandona en el dolor a sus hermanos.
- Un sistema que tenga una especial preocupación por las más desfavorecidos que nacen, viven y trabajan en condiciones que facilitan la enfermedad y el desgaste prematuro de sus organismos, haciendo de la equidad un elemento base de la convivencia nacional para integrar a todas las personas al bienestar que nuestra sociedad puede generar para todos.
- Garantizaremos a todos los chilenos, tengan un seguro de salud público o privado, igual acceso a prestaciones de salud de cobertura y calidad comparables. Para ello desarrollaremos formas de financiamiento solidario donde los ricos contribuyan a financiar a los pobres, los sanos a los enfermos y los jóvenes a los ancianos.

OBJETIVOS NACIONALES DE SALUD 2000-2010(2)

La Comisión de Reforma de la Salud, con el fin «de concretar las peticiones de colaboración planteadas por la Ministra de Salud, Dra. Michelle Bachelet», solicitó a las Sociedades Científicas del país propuestas específicas en relación con el establecimiento de Objetivos Nacionales de Salud 2000-2010, a la luz de una orientación marco. Luego de la recopilación y análisis de estas propuestas, se pretende generar un documento global que «será presentado al Comité Interministerial y posteriormente incluido para su discusión y mejoría dentro del proceso de Participación que se llevará a cabo a nivel de todo el país durante los meses de Diciembre de 2000 a Marzo de 2001». «El resultado de este proceso será la generación de un acuerdo nacional y compromiso de cumplimiento con relación a una lista de objetivos nacionales para el periodo, con una visión de promover po-

blaciones sanas en ambientes saludables. Estos objetivos serán utilizados como una herramienta estratégica para planificar, monitorear y evaluar los avances en salud del país en los próximos 10 años».

Se proponen tres órdenes de metas que han de considerarse en la propuesta que cada Sociedad elabore:

A. De situación de Salud

- Mortalidad (Ej. Infantil, perinatal, expectativa de vida, cardiovasculares, por cáncer y otras)
- Condiciones de Salud (enfermedades agudas o crónicas, lesiones, desórdenes, embarazo)
- Funcionamiento Humano (discapacidad)
- Bienestar (autopercepción del estado de salud)
- Indicadores compuestos (Esperanza de vida ajustada por discapacidad y otros)

B. Determinantes no médicos

- Comportamiento (dieta, tabaquismo, alcoholismo, actividad física, lactancia natural, violencia)
- Condiciones de vida y empleo (escolaridad, desempleo, pobreza, jornada laboral, riesgos del trabajo)
- Ambiente (condiciones del agua, aire, suelo, alimentos, vivienda, y ambiente laboral)

C. Sistema de Salud

- Respuesta a las expectativas de la población (respeto a las personas, orientación al usuario...)
- Financiamiento justo (aportes acordes con la capacidad de pago y no de acuerdo a la capacidad de enfermar, protección contra costos inasumibles, sistema de pago progresivo, etc.)
- Acceso (probabilidad de obtener atención médica cuando se requiere, por nivel de atención)
- Calidad (normas, acreditación de establecimientos y de recursos humanos, indicadores de calidad técnica)

La SoChiMeF valora el contenido del Documento Marco sobre Objetivos Nacionales de Salud 2000-2010, pues entrega información útil respecto al contexto de salud nacional, se aproxima a la realidad de salud desde un concepto bio-psico-social que incorpora a los determinantes médicos y no médicos, y recoge las prioridades con que actualmente funciona el Sistema de Salud Chileno. Por otra parte, se señala como elemento fundamental al definir los objetivos sanitarios de la reforma, la necesidad de mejorar el nivel de salud con equidad.

La SoChiMeF considera que deben ser incorporados algunos puntos en esta etapa de definición de objetivos, tales como:

- 1.- *La Salud Familiar* es una disciplina que procura el adecuado equilibrio de las acciones de salud curativo-rehabilitadoras con las pre-

ventivas-promocionales, desde una perspectiva familiar, centrada en la comunidad, procurando la participación activa de la misma en su autocuidado. **Profundizar el desarrollo de la Salud Familiar como eje de la Atención Primaria de Salud** (la que, a su vez, debe ser el centro y motor principal del Sistema de Salud chileno) es, sin duda, un objetivo crucial, por cuanto ello facilitará alcanzar el conjunto de los objetivos específicos que sean propuestos. En este sentido, el enfoque de salud familiar es vital para el desarrollo de estilos de vida saludables y para la detección precoz de enfermedades. Esos dos elementos son cada vez más importantes para enfrentar el perfil epidemiológico chileno actual.

2.- En ese sentido, surge como objetivo fundamental el **lograr un eficaz acompañamiento durante el ciclo vital individual y familiar**. Sin duda, *se trata de un objetivo transversal* que cruza todas las especialidades y cuyo éxito contribuirá al objetivo final de mejorar con equidad el nivel de salud de los chilenos y, no sólo a abordar una u otra patología específica.

3.- Es fundamental **que la perspectiva de salud familiar se incorpore en los diversos protocolos** de problemas específicos, tanto en la prevención- promoción, la recuperación y la rehabilitación. Por ejemplo, si se trata de accidentes, cáncer, salud buco-dental, etc., el abordaje debe incluir esta perspectiva y las actividades deben, por lo tanto, incluirla también, de forma tal que se logre un verdadero enfoque integral, donde la Atención Primaria juega un rol central.

3.1.- **Detectar las crisis individuales y familiares del ciclo vital en forma oportuna, desarrollando estrategias prontas y eficaces** que contribuyan a su buen enfrentamiento, evitando así que los riesgos asociados a las mismas se concreten en problemas de salud y que, a partir de las crisis, los sujetos y familias salgan fortalecidos.

3.2.- **Reconocer a las familias en riesgo e implementar acciones específicas para ellas**. Por ejemplo, las familias monoparentales, las unipersonales, aquellas con un componente enfermo, las que presentan problemas socioeconómicos importantes (vivienda, etc.), entre otras, requieren una detección y apoyo adecuados. Estas tareas pueden ser canalizadas por el equipo de salud familiar y un adecuado trabajo en red e intersectorial.

3.3.- **Reconocer y potenciar los factores protectores individuales y familiares**. Considerar a los mismos es muy relevante para alcanzar éxito en la prevención y promoción de la salud, así como a la hora de enfrentar problemas particulares de salud. El generar estrategias que procuren el desarrollo de **habilidades para la vida en forma precoz y sustentable** será un factor clave para mejorar el nivel de salud de nuestra población.

4.- **Objetivos más específicos**, que se vinculan a los anteriores, son, entre otros:

- Prevención, Detección oportuna y manejo adecuado de la **Violencia Intrafamiliar**.
- Apoyo integral al **paciente postrado** y a su familia.
- Prevención, detección oportuna y manejo de los problemas de **salud**

mental que se presentan en A.P.

Desde luego, que el manejo de las patologías frecuentes y las tareas de prevención habituales deben fortalecerse y mejorar cada día. Por otra parte, la detección oportuna de las patologías menos frecuentes y la atención de urgencia cuando se requiera debe asegurarse.

Los puntos anteriormente descritos, permitirán contribuir a alcanzar las 16 prioridades nacionales actuales (relacionada con los *objetivos del nivel de salud*) y otras que, más adelante puedan surgir. A su vez, se aproxima directamente al tema de los *determinantes de la salud*, trabajando con la propia comunidad y potenciando el desarrollo de estrategias intersectoriales desde el nivel local. Por supuesto, que aquellos objetivos relacionados con la *respuesta del Sistema de Salud* (disminuir tiempos de espera, continuidad en la atención, buen trato, respeto a los derechos de los pacientes, explicitar garantías de calidad, etc.) son fundamentales y complementarios a los descritos.

PROPUESTA PARA UN MODELO DE ATENCIÓN DE SALUD EN CHILE INCORPORANDO LA MEDICINA FAMILIAR (3)

Como estrategia para lograr los objetivos antes señalados, la Sochimef cree que es fundamental potenciar un modelo de salud, cuyo eje sea la **Atención Primaria basada en la Salud Familiar**. Para ello, es preteritorio contar con **Centros de Salud Familiar** adecuadamente implementados que replacen progresivamente a los actuales Consultorios. En ellos los recursos humanos son de primera importancia. La implementación del modelo de Salud Familiar requiere de una adecuada **capacitación**. En este contexto, la presencia de **médicos especialistas en Medicina Familiar** y de otros **profesionales especialistas en Salud Familiar** es altamente relevante. El trabajo en **equipos interdisciplinarios**, la incorporación activa de la **comunidad**, el incremento progresivo de la **resolutividad** en el nivel local, el desarrollo de sistemas de **gestión** cada vez más eficientes con sistemas informáticos bien diseñados y actualizados, el **trabajo en red e intersectorial** y, por supuesto, la adecuada **coordinación entre los tres niveles de atención**, son elementos de primera importancia para asegurar el éxito de esta propuesta. Los recursos materiales para facilitar todo lo anterior deben ser previstos.

Algunos componentes necesarios para poner en práctica el Modelo de Atención en Salud basado en el Enfoque Familiar:

Voluntad política:

La voluntad política es necesaria e importante, ya que una transformación a este nivel implica una definición política de la dirección del sistema y la disposición para afrontar los cambios profundos que conlleva tal decisión. Estos cambios significan la transformación del sistema hospitalocéntrico en un sistema centrífugo que privilegie los servicios descentralizados, los centros de salud, la Atención Primaria, y la

Medicina Familiar/Salud Familiar. El cambio significa una reingeniería del sistema de salud y del recurso humano cuantitativa y cualitativamente.

Marco regulatorio:

El marco regulatorio actual debe perfeccionarse y ampliarse, incorporando aquellas funciones que la experiencia ha demostrado son necesarias. Se debe acentuar el proceso de descentralización, pero asegurando al mismo tiempo los procesos y funciones que permitan la generación de un sistema integrado. Entre las definiciones que es necesario abordar, se encuentran los marcos que regulan el reconocimiento de las diferentes especialidades, sus formas de contratación, las políticas de incentivo para asegurar la permanencia, la distribución equitativa de los equipos en el conjunto del territorio.

Sistema de salud:

La propuesta que se entrega obtiene su más amplio desarrollo en un sistema de salud diseñado como una "red funcional". A partir de los establecimientos de Atención Primaria, se dibuja un conjunto de establecimientos que operan dentro del sistema de salud, definiendo tareas, responsabilidades, funciones de coordinación. En definitiva, se trata de diseñar redes que tengan como imagen objetivo el ser autosuficientes en el cuidado de la salud de las personas. Como parte de estas redes, debieran ser incorporados establecimientos como los COSAM, CRS, CDT, laboratorios, casas de reposo, organizaciones de la sociedad civil (agrupación de pacientes, grupos de autoayuda, etc.).

Equipos de Salud Familiar:

El equipo es más que la suma de sus integrantes; hay tareas como la planificación, evaluación, diagnóstico de salud, etc, que requieren la interrelación de sus miembros, que por separado ninguno podría realizar. A esta característica se agrega la formación de todo el equipo en Salud Familiar. Además, se puede sumar a este equipo la red comunitaria como integrante imprescindible al momento de diseñar e implementar estrategias para la población.

Junto con una interacción horizontal, basada en el respeto a la persona y la función de cada uno, este equipo debe tener *conocimiento común, aunque elemental en algunos casos, de Salud Pública, Atención Primaria y Salud Familiar*. En este sentido la actualización permanente del personal es fundamental. Por ello, las actividades y funciones que el Equipo de Salud Familiar debe realizar tienen que incluir: a) Atención de salud (integradas o no en programas); Promoción, prevención, recuperación y acción curativa (consulta); b) Administración; c) Formativas; y d) Investigación. Lo anterior contiene actividades que son indispensables para el soporte del modelo.

Centros de Salud de AP:

El Centro de Salud Familiar debe contar con:

a. Recursos físicos:

De acuerdo a la literatura internacional sobre el tema, la recomendación actual es contar con Centros de Salud para no más de 20 a 25 mil habitantes, siendo lo óptimo una cifra de 12.000 a 15.000 personas, lo que significa que en Chile debieran existir a lo menos 600 Centros de Salud de Atención Primaria, versus los 480 consultorios que existen en la actualidad. El tema no pasa por si deben o no construirse los 120 consultorios que faltan teóricamente (probablemente en algún momento será necesario hacerlo), sino que pasa por cambiar el concepto imperante, de mega consultorios, por el de Centros de Salud más pequeños, con poblaciones asignadas menores, donde los equipos de salud trabajen sectorizados.

b. Recursos humanos:

Dotación. El médico familiar, desde nuestra perspectiva, actúa como un catalizador para el resto del equipo de salud que ve en él los principios de la Salud Familiar aplicados al trabajo cotidiano. El médico familiar puede estar acompañado de pediatras generales, internistas generales o médicos generalistas sin formación específica, formando equipos de salud sectorizados y coordinados para solucionar los problemas de salud de la población a su cargo.

Hemos calculado que el número de médico especialista en medicina familiar, pediatra o internista general, con 44 horas semanales de trabajo contratadas, es de un médico por cada 3500 personas a cargo*. Para los médicos familiares en formación una población proporcional de acuerdo a las horas destinadas a labores asistenciales. (*Esta cifra puede variar de acuerdo a criterios locales, a la composición del equipo, a la organización del trabajo o cualquier otra situación que sea considerada relevante)

La dotación debe completarse además con otros profesionales, cuya participación resulta indispensable, como es el caso de las enfermera(s), matrona(e)s, kinesiólogo(a)s, odontólogo(a), psicólogo(a)s, asistente social, nutricionista, auxiliar de enfermería. El número de horas de estos profesionales será variable. El modelo propuesto fomenta la polivalencia de los miembros del equipo de salud mediante una flexibilización en la definición de los roles profesionales y un énfasis en el sentido que los resultados comprometidos son responsabilidad de todo el equipo y no de un estamento en particular.

Aplicación del modelo:

Teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto, el Modelo de Atención basado en el Enfoque Familiar consiste básicamente en lo siguiente:

1. Un equipo de salud asume la responsabilidad del cuidado de salud de un número definido de personas, las que se identifican mediante el proceso de inscripción, tanto en el sector público como en el privado. Debe existir libertad de elección para que las personas puedan decidir el equipo de salud que se hará responsable por su cuidado; se promueve la inscripción del grupo familiar y cada persona sólo puede estar inscrita con un equipo de salud. La inscripción de

las personas con un equipo formado por un médico especialista más otros profesionales pretende asegurar continuidad en la atención e integralidad en el abordaje de los problemas de salud.

En la actualidad están funcionando algunos sistemas. En el sector público, el proceso de inscripción se ha estabilizado en los establecimientos de administración municipal, llegando a una cifra cercana a los 6 millones y medio de personas. En el sector privado, desde hace un par de años, algunas ISAPREs han lanzado al mercado planes cerrados con prestadores preferentes y médicos de cabecera a cargo (planes tipo HMO de EE.UU), lo que ha significado iniciar un nuevo modelo de prestación en el sector. Sin embargo, este sistema requiere de una discusión más amplia donde participen todos los actores involucrados. Es necesario que estos planes se adapten al Modelo de Salud basado en el Enfoque Familiar que la Sociedad Chilena de Medicina Familiar propugna, para que cumplan no sólo con el objetivo de contener costos, sino también el de resolver problemas de salud, mejorando la satisfacción de los usuarios.

2. Cada equipo de salud se compromete a entregar un conjunto definido de prestaciones, contenidas en el Plan de Salud Familiar, las que tendrán el carácter de básicas. Ello significa que por sobre estas prestaciones se podrán entregar otras que cada equipo estime como necesarias o adecuadas al logro de los objetivos sanitarios, cuyo financiamiento debe gestionar ante los organismos pertinentes. El Plan de Salud Familiar, a sugerencia de la Sociedad Chilena de Medicina Familiar, debe ser definido por el Ministerio de Salud. Con relación al Plan que hoy se está entregando, se sugiere incorporar algunas prestaciones, tales como:

- Atención permanente, es decir, que los prestadores de nivel primario deban hacerse cargo de la atención de urgencia, con diferentes alternativas.
- Atención del paciente postrado. Comentado anteriormente en este texto.
- Paciente que vuelve a su domicilio después de ser dado de alta de un hospital. Los equipos de salud que trabajen con este enfoque, deberían estar en condiciones de visitar en un plazo no mayor a las 48 horas a todo paciente que haya estado hospitalizado, con el fin de ofrecer los cuidados de salud que el centro es capaz de brindar.

3. Las personas que se inscriban con un equipo de salud serán informadas de los derechos que tienen respecto a las atenciones que pueden esperar del mismo, así como de las condiciones en que dichas atenciones serán otorgadas.

4. Para facilitar el acceso a prestaciones otorgadas normalmente por especialistas de nivel secundario o terciario, cada equipo debe disponer de una cierta cantidad de recursos, definida en función del número de personas que esté a su cargo. Con dichos recursos podrán establecer contratos con otros prestadores para que estos otorguen las atenciones que se les soliciten y que sean consideradas prioritarias en función de los objetivos sanitarios. Los prestadores con los

cuales los equipos de salud de la Atención Primaria podrán establecer contrato serán acreditados por el Ministerio de Salud.

5. El Ministerio de Salud, a través de sus distintos organismos, debe ejercer la supervisión y acreditación de los equipos de salud, tanto de aquellos que entregan las atenciones contenidas en el Plan de Salud Familiar como de aquellos que entregan las prestaciones de nivel secundario, reservándose el derecho de reconocer o no a cada equipo o institución en la medida que cumpla con los requisitos comunes en cuanto a calidad de los servicios y otras condiciones que se estimen como necesarias de asegurar.

6. Se da nuevo impulso y orientación a los procesos de planificación y programación. Se reconoce a la planificación y a la programación como dos herramientas de gran valor en el quehacer sectorial, en la medida que permiten orientar el trabajo de la organización hacia el logro de objetivos compatibles con los del sistema en su conjunto, al mismo tiempo que ayudan a mejorar la utilización de los recursos, haciendo explícitos los criterios de asignación, utilización y evaluación de los mismos.

Junto con revalorizar estas herramientas, se promueve un cambio en el uso de las mismas, entregándose a los equipos locales y/o a las entidades administradoras la facultad para decidir en todas aquellas materias que son propias de la gestión. Limitándose, el Ministerio de Salud, junto a sus organismos dependientes, a establecer, mediante los instrumentos técnicos disponibles, orientaciones que faciliten la toma de decisiones a los encargados de efectuar la programación y la planificación. Sin embargo, el énfasis debe estar puesto en la obtención de resultados más que en las variables del proceso de obtención de los mismos.

La planificación y la programación son herramientas que deben desarrollarse a nivel de los prestadores ambulatorios de primer nivel o de Atención Primaria. De esta manera, junto a la posibilidad de influir en la entrega de prestaciones de especialistas, como se ha señalado más arriba, estos prestadores pasan a constituir el eje del sistema en cuanto a su orientación.

7. Los resultados a los que se comprometa cada prestador de Atención acreditado, sea público o privado, serán explicitados y concordados anualmente mediante los Compromisos de Gestión, que surgirán como un producto del proceso de programación descrito en el punto anterior. En dichos compromisos se incorporarán, de manera consensuada y con el soporte técnico necesario, el o los indicadores que permitirán evaluar el logro de aquellos. Al mismo tiempo, en el mismo instrumento se harán explícitos el o los incentivos a que tendrá derecho aquel equipo de salud que cumpla con las metas acordadas.

Finalmente, creemos que la propuesta presentada aún debe perfeccionar y complementar algunos de los aspectos mencionados, considerando la multiplicidad de variables en nuestra realidad. De este modo, el tema no se agota con esta presentación, sino que por el contrario, esperamos que inicie un amplio diálogo que

incluya a todos los sectores involucrados, que en último término contribuya al desarrollo y consolidación de una Reforma en Salud que logre alcanzar el objetivo común de mejorar el nivel de salud de nuestra población con equidad, centrando el modelo en la persona, su familia y su comunidad.

Referencias

- (1) La Reforma de Salud. Documento del Comité Inteministerial para la Reforma de salud, Secretaría Ejecutiva.
- (2) Objetivos Nacionales de Salud 2000-2010. Documento MINSAL
- (3) Propuesta para un Modelo de Atención de Salud en Chile incorporando la Medicina Familiar. Documento de la Sociedad Chilena de Medicina Familiar, julio 2000.