

Encuentro Nacional por la Formación en Salud

Santiago 17 junio de 2025

Sistematización Encuentro Nacional por la Formación en Salud para una Atención Primaria de Salud Universal



Organización Panamericana de Salud y Ministerio de Salud.
Fecha entrega: 8/07/2025 , Santiago de Chile.



Encuentro Nacional por la Formación en Salud

Santiago 17 junio de 2025

Contenido del Informe

Antecedentes Generales	3
Contexto	4
Objetivo del encuentro	5
Desarrollo de la Jornada	5
Jornada Martes 17/06/2025	6
Bienvenida.....	6
Palabras inaugurales.....	8
Charla inaugural: Desafíos sanitarios, redes integradas de servicios de salud y formación del RRHH.....	11
Caracterización del personal de salud en atención primaria (municipal y dependiente) provisión de campos de formación en APS. Modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria (MAIS).	23
Panel de discusión: Obstáculos institucionales para la formación profesional y técnica de las y los trabajadores en APS, y la necesidad de una formación centrada en las personas.	37
Trabajo Grupal: ¿Qué se necesita fortalecer o cambiar en la formación profesional y técnica actual para responder a las necesidades en salud de las personas?.....	49
Plenario: Presentación y discusión de trabajo en grupo.	50
Presentación Protocolo de Acuerdo.....	63
Hito de firma de Protocolo	70
Foto Final	73



Encuentro Nacional por la Formación en Salud

Santiago 17 junio de 2025

Antecedentes Generales

El sistema de salud chileno ha recorrido un camino complejo, marcado por desafíos estructurales y reformas progresivas. En este contexto, la Atención Primaria de Salud (APS) ha emergido como el eje estratégico para garantizar un acceso equitativo, oportuno y continuo a la salud. No solo representa el primer nivel de contacto de las personas con el sistema sanitario, sino también una plataforma esencial para articular cuidados integrales, fortalecer la acción intersectorial y promover la equidad en salud. Diversos actores han contribuido a consolidar este reconocimiento, incluyendo universidades, servicios de salud, gobiernos locales, organizaciones gremiales, organismos internacionales, academia y la propia ciudadanía.

Frente a este escenario, el Ministerio de Salud asume el liderazgo estratégico de este encuentro, no solo como autoridad sanitaria nacional, sino también como rector del sistema, garante de derechos y responsable de orientar las transformaciones que el país exige. El rol del MINSAL es insustituible ante la magnitud de los desafíos sanitarios y sociales, el dinamismo del conocimiento y la necesidad de dotar al país de personal sanitario y equipos interprofesionales preparados para actuar con calidad, pertinencia y humanidad en un entorno cada vez más complejo.

El presente encuentro tiene como propósito alinear visiones, identificar convergencias y sentar las bases de un trabajo intersectorial sostenido y coordinado mediante la suscripción de un protocolo político-técnico que permita avanzar en la transformación estructural de la formación en salud. La convocatoria busca que todas y todos los actores se reconozcan en el diagnóstico compartido y se comprometan en una hoja de ruta común. La apuesta es por una agenda de cambio que movilice capacidades institucionales y académicas para responder a los desafíos presentes y proyectar un nuevo horizonte para la salud pública.

Esta iniciativa se inscribe dentro del marco de la reforma al sistema de salud impulsada por el Ministerio de Salud, la cual reconoce a la APS Universal como modelo estructurante de atención. Esta reforma no solo comprende ajustes organizacionales y de financiamiento, sino que exige una transformación profunda en los modelos formativos de pregrado y posgrado. En este sentido, avanzar hacia un nuevo estándar formativo es condición habilitante para la sostenibilidad, calidad e integralidad de la reforma sanitaria nacional.

Este esfuerzo de transformación formativa se funda en la necesidad de responder adecuadamente a las necesidades de salud de la población, las que deben ser claramente identificadas y abordadas mediante competencias pertinentes, desde un enfoque territorial, intercultural y comunitario.

Encuentro Nacional por la Formación en Salud

Santiago 17 junio de 2025

Contexto

Desde el proceso participativo nacional iniciado en 2016, múltiples actores sociales, institucionales y académicos han contribuido a posicionar la Atención Primaria de Salud (APS) como base estratégica del sistema público de salud en Chile. Este proceso culminó en el documento "Atención Primaria de Salud: Construyendo Valor Social", que expresa consensos transversales en torno a fortalecer la APS como espacio de entrada al sistema, formador de equipos de salud y garante de derechos.

Entre los antecedentes técnicos más relevantes, destaca el "Perfil de desempeño del médico general en entorno RISS basada en APS" elaborado por el MINSAL en 2018. Este documento buscó orientar el uso de los campos clínicos estatales y promover la coherencia entre formación, desempeño profesional y políticas públicas. De forma complementaria, la Academia Chilena de Medicina propuso en 2024 los "Mínimos comunes del perfil del egresado", enfatizando una formación médica ética, centrada en el paciente y con competencias específicas para la APS y la salud pública.

Diversos actores del sistema de salud y la educación superior han impulsado iniciativas que evidencian un diagnóstico compartido y propuestas de mejora. Entre ellas destacan el documento "Hacia la formación de profesionales de salud que Chile necesita" (Ues por el Territorio), el artículo "La formación de profesionales de salud desde una perspectiva de Salud Pública" (Escuela de Salud Pública, U. de Chile), y el informe "Caracterización de los profesionales de la salud en Chile" (Superintendencia de Salud). Estas contribuciones coinciden en la necesidad de reformular planes formativos, fortalecer la vinculación con la APS, garantizar la calidad de los campos clínicos y asegurar una coherencia entre la formación profesional y las necesidades del sistema público.

A pesar de los esfuerzos, la formación en salud en Chile carece de una visión unificada. Las instituciones han creado propuestas valiosas pero desarticuladas, sin una estrategia nacional ni gobernanza intersectorial que asegure continuidad y coherencia.

Este encuentro representa una oportunidad para consolidar esa visión compartida, recoger los avances existentes y construir una hoja de ruta política y técnica para transformar estructuralmente la formación de pregrado en salud, con foco en la APS.

Un aspecto central de esta transformación es el reconocimiento formal de la APS como espacio formador legítimo. Las actuales regulaciones privilegian hospitales de alta complejidad, lo que limita el fortalecimiento de los procesos formativos en el primer nivel de atención. Avanzar hacia una regulación que incorpore criterios de calidad y pertinencia para los establecimientos APS es clave para asegurar una formación coherente con los desafíos sanitarios actuales y con el modelo de APS Universal.

Por otra parte, la incorporación de tecnologías emergentes también plantea nuevos desafíos formativos. Las tecnologías digitales en salud, como la telemedicina, el hospital digital rural y la



Encuentro Nacional por la Formación en Salud

Santiago 17 junio de 2025

telesalud, impulsadas por el MINSAL, son herramientas eficaces para contribuir a garantizar la continuidad de cuidados y acceso equitativo. Esto requiere que los futuros profesionales estén preparados para interactuar en entornos digitales, interconectados y colaborativos.

La inclusión de competencias en alfabetización digital, salud digital, razonamiento clínico asistido por IA y gestión de datos debe ser parte del nuevo perfil formativo. Este enfoque no solo fortalece el desarrollo profesional, sino que también impacta directamente en la calidad de la atención que reciben las personas.

A pesar de las diferencias entre los actores del sistema de salud y la educación superior, hay consenso en que es urgente cambiar la formación en salud para enfrentar los desafíos actuales y futuros, especialmente en APS. Este encuentro busca crear una hoja de ruta compartida para cerrar la brecha entre formación y desempeño profesional, alineándose con los principios de la APS Universal.

Objetivo del encuentro

Generar un espacio de articulación interinstitucional que permita consensuar los lineamientos de un acuerdo político-técnico para impulsar la transformación estructural de la formación de pregrado en salud, así como las condiciones del sistema sanitario que habiliten esa transformación. Este proceso pondrá énfasis en el desarrollo de competencias alineadas con los desafíos del ejercicio profesional y técnico en el marco de la Atención Primaria de Salud.

Desarrollo de la Jornada

A continuación, se desprenden y sintetizan las distintas intervenciones y exposiciones, además de los talleres participativos ocurridos dentro de la realización de las jornadas. En ese sentido, es importante considerar que hubo una participación y representación importante de más de 70 actores (ambos días), que tienen relación directa con los objetivos y criterios definidos para dichas Jornadas. En ese sentido, se busca poder recoger y visualizar las ideas fuerzas más importantes y relevantes identificadas y desarrolladas tanto por las distintas ponencias de expertos y experiencias recogidas desde los territorios, como además también poder ver a través de metodologías o talleres participativos, y como éstos nos ayudan a tener una aproximación más acabada de la realidad de como los distintos actores convocados ven y recomiendan mejoras en la acción de la Atención Primaria de Salud del país.

Encuentro Nacional por la Formación en Salud

Santiago 17 junio de 2025

Jornada Martes 17/06/2025

Bienvenida

Dr. Juan Pablo Rubio / Médico Familiar/ Gabinete Subsecretaría de Redes Asistenciales Ministerio de Salud



Como parte de la bienvenida, el Dr. Juan Pablo Rubio plantea que el Ministerio de Salud y la Subsecretaría de Redes Asistenciales los saludan con mucho orgullo en el inicio de este Encuentro Nacional por la Formación del Recurso Humano en la Atención Primaria. Queremos comenzar la jornada dando un saludo a las autoridades presentes: al Subsecretario de Redes Asistenciales, doctor Bernardo Martorell; al encargado y delegado de OPS en Chile, doctor Giovanni Escalante; a los representantes de centros formadores -aquí están representadas o fueron convocadas las 42 universidades y facultades de medicina que imparten carreras de la salud-. También fue convocado el Consejo Asesor para la Universalización de la Atención Primaria, así como gremios y sindicatos del sector vinculados a la formación en APS.

Para nosotros es un orgullo poder hablar, poder conversar todo un día sobre lo que es quizás lo más importante de nuestra red asistencial, y más allá de ella: la estrategia de Atención Primaria de Salud. Estamos muy orgullosos de que hoy estén aquí. Nos ha llegado mucha gente de fuera de Santiago, y agradecemos mucho el ímpetu por querer participar. Nos hubiese encantado convocar a muchas más

Encuentro Nacional por la Formación en Salud

Santiago 17 junio de 2025

personas; lamentablemente, esto también tiene limitaciones de presencialidad. Sin embargo, también está presente el streaming: muchas universidades de región, como la Universidad Arturo Prat -instituciones que se congregan a lo largo de los 4,300 km de nuestro país- están presentes a través de esta transmisión. Esto nos demuestra cómo las tecnologías presentan oportunidades: a pesar de la distancia, podemos congregarnos y estar más cerca. Este puede ser uno de los desafíos que introducimos hoy, vinculados a la formación.

Es importante, principalmente, dar un contexto de cómo se gesta esta jornada. Es relevante hablar sobre por qué se inició. Esta jornada fue una -yo diría- congregación de voluntades. Por una parte, el Consejo Asesor para la Universalización, quien preside el doctor Osvaldo Artaza, desde el inicio de este año en su plan de trabajo, conversó sobre la necesidad de que, si estamos desarrollando una reforma de salud y una APS universal, lo más importante finalmente es el recurso humano que desarrolla las acciones sanitarias y ejecuta la estrategia de APS. Por lo tanto, no podía quedar fuera una discusión sobre cómo estamos formando a este recurso humano. El doctor Artaza fue un entusiasta en generar este encuentro. Por otra parte, la Asociación de Facultades de Medicina también se reunió con nuestras autoridades ministeriales y las impulsó a generar esta jornada, entendiendo que debemos tener claras las competencias que, como sector, requerimos del recurso humano. Así, las universidades pueden desarrollar cambios curriculares y perfiles de egreso alineados con los perfiles de desempeño que dicte el Ministerio de Salud. Además, muchas voluntades desde la sociedad civil se sumaron a esta iniciativa. Por último, los equipos técnicos ministeriales también fueron entusiastas en la organización de esta jornada, entendiendo que los desafíos sanitarios y las necesidades de educación continua permanente nos obligan a reflexionar: las competencias para desarrollar la APS deben integrarse desde el pregrado, y no depender únicamente de la educación continua. Esta última debería focalizarse en otras competencias específicas, no en las esenciales del Modelo de Atención Integral ni en los nuevos desafíos como la multimorbilidad, que abordaremos hoy.

Para finalizar, una reflexión: aquí están los principales centros formadores del país. Históricamente, hemos formado al recurso humano centrándonos en la alta complejidad hospitalaria. En las redes asistenciales, siempre se ha hablado de "alta" y "baja" complejidad. Hoy los invito a cambiar ese chip: hablaremos de alta complejidad, pero no tecnológica, sino biopsicosocial. La red integrada de servicios de salud reconoce que la APS maneja una altísima complejidad en esta dimensión probablemente, también queremos cambiar esta denominación de baja complejidad tecnológica, ya que el cambio que estamos impulsando busca dotar a la Atención Primaria de Salud (APS) de mayor tecnología y capacidad de resolución. Este es el tipo de enfoque que queremos transformar, trabajando en una visión de alta complejidad biopsicosocial aplicada a la formación en APS.

Encuentro Nacional por la Formación en Salud

Santiago 17 junio de 2025

Palabras inaugurales

Dr. Osvaldo Artaza/ Secretario Ejecutivo consejo asesor APS universal

Dr. Antonio Orellana/ Presidente ASOFAMECH

Dr. Giovanni Escalante/ Representante en Chile de la OPS

Para comenzar la jornada, como buenos anfitriones, daremos inicialmente la palabra a las autoridades presentes, aunque su saludo formal se realizará al final de la sesión, ya que posteriormente tendrán su charla inaugural. Iniciaremos con un video del doctor Artaza, quien envió un saludo inicial grabado debido a que se unirá presencialmente al final de la jornada.



En este video el Dr. Artaza, a nombre del Consejo Asesor para la Atención Primaria de Salud Universal, expresa una profunda satisfacción al verlos hoy reunidos en torno a un objetivo fundamental: transformar la formación de pregrado para que las y los estudiantes -futuros profesionales- desarrollen las capacidades necesarias para trabajar en los territorios, con las personas y las comunidades, generando bienestar y calidad de vida. Colocar a la Estrategia de Atención Primaria de Salud (APS) como eje central y herramienta clave es un imperativo. Si bien hay mucho por hacer, este encuentro representa un primer gran paso, un hito que celebramos con convicción. De igual forma manifestar nuestro agradecimiento a quienes sentaron las bases en el Consejo Asesor -como Ricardo Fábrega y María Soledad Barría-, y a través de ellos, reconocer a todas las personas que han hecho posible esta etapa de transformación.

A continuación, el Dr. Antonio Orellana, presidente de ASOFAMECH, señaló en representación de los centros formadores, que se agradece profundamente la invitación. Reconocemos la necesidad de construir esta alianza virtuosa, como señaló el doctor Rubio, pues la APS -pese a su evolución desde

Encuentro Nacional por la Formación en Salud

Santiago 17 junio de 2025

Alma-Ata (1978) hasta Astana (2018)- aún enfrenta desafíos en modelos asistenciales discontinuos. Como ASOFAMECH, participamos con convicción en este primer paso para una APS resolutive y universal, proponiendo: (1) currículos flexibles y transdisciplinarios; (2) centros de APS como espacios formativos integrando docencia, investigación y servicio; y (3) articulación con todos los niveles de atención para fortalecer redes y participación comunitaria. El reto exige fortalecer tanto servicios de salud como educación médica, incorporando tecnologías para una atención eficiente y equitativa. Nos sumamos a este esfuerzo para alinear perfiles de egreso con los requerimientos del MINSAL, asegurando que la reforma en APS sea verdaderamente resolutive, equitativa y universal.



Por último el Dr. Giovanni Escalante Representa en Chile de la OPS, complacido especialmente de participar en este encuentro donde observa una voluntad genuina por generar sinergias y acuerdos para transformar la formación de los profesionales de salud, adaptándola a contextos cada vez más desafiantes. Tras casi un año en el país, he sido testigo de los significativos avances en la reforma hacia una Atención Primaria de Salud (APS) Universal, destacando los cambios concretos en comunas pioneras que hoy sirven como modelo convocante para otras. Este proceso, alineado con los principios de la declaración de Astana, se ve fortalecido por una participación ciudadana activa que demanda servicios de calidad y humanizados. El documento de acuerdo que hoy se suscribe

Encuentro Nacional por la Formación en Salud

Santiago 17 junio de 2025

representa un hito fundamental para Chile, pues articula evidencia, innovaciones locales y el trabajo conjunto entre universidades, asociaciones profesionales, sociedades científicas y el Ministerio de Salud como ente rector. El gran desafío radica en desarrollar una oferta sanitaria inteligente, centrada en necesidades y preferencias de una población con realidades complejas: envejecimiento demográfico, dispersión geográfica y carga de morbilidad híbrida. Si bien vivimos una era de boom tecnológico y salud digital, la base seguirá siendo una atención cálida y humana, brindada por equipos interprofesionales en redes integradas con capacidades complementarias, superando los modelos verticales tradicionales. Chile avanza decididamente en esta dirección, consolidándose nuevamente como referente regional en APS renovada. Como cooperación técnica, reafirmamos nuestro compromiso de apoyar estas transformaciones con la mejor experticia disponible.



Encuentro Nacional por la Formación en Salud

Santiago 17 junio de 2025

Charla inaugural: Desafíos sanitarios, redes integradas de servicios de salud y formación del RRHH.

Dr. Bernardo Martorell/ Subsecretario de Redes Asistenciales Ministerio de Salud



Como bien señaló el doctor Rubio, mi intervención combina el protocolo propio del rol de Subsecretario con una invitación a la reflexión colectiva. Comienzo saludando a todos los presentes: a los representantes de la Organización Panamericana de la Salud y su equipo, a ASOFAMECH, a los decanos de las escuelas de salud del país -representados por el doctor Orellana-, a la organización Ues por el Territorio -fuerza movilizadora clave en la reflexión académica-, a los representantes sindicales como COTRASAM, a la doctora Carmen Aravena (División de Atención Primaria), a la doctora Verónica Bustos (División de Gestión y Desarrollo de las Personas), y a los equipos técnicos del Ministerio de Salud. Extiendo también mi reconocimiento a ex autoridades ministeriales, a la Sociedad Chilena de Medicina Familiar, y a todos quienes, desde distintas trincheras, han contribuido a repensar nuestro sistema de salud.

Ningún logro humano ha existido que no naciera primero en la imaginación de quienes osaron pensar diferente. Precisamente ese ha sido el espíritu de este proceso de reforma que me correspondió encabezar y coordinar, incluso antes de asumir como Subsecretario. En este camino, nos hemos planteado una pregunta fundamental: ¿Cómo imaginamos el sistema de salud chileno en

Encuentro Nacional por la Formación en Salud

Santiago 17 junio de 2025

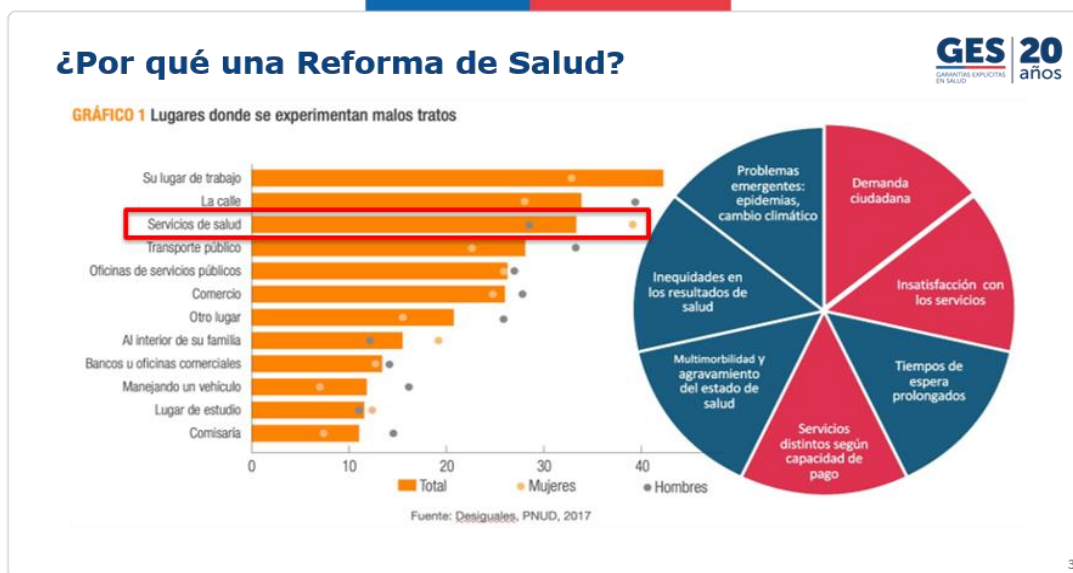
20 o 30 años más?. Creemos esencial adoptar una perspectiva de largo plazo que trascienda las restricciones actuales, pues a menudo limitamos nuestra imaginación a los condicionantes del presente. Sin embargo, el mundo cambia aceleradamente: las tecnologías -tanto digitales como humanas -transforman diariamente nuestro quehacer, relaciones y decisiones. En este contexto, la Atención Primaria de Salud (APS) emerge como una tecnología social probada, capaz de organizar sistemas sanitarios de manera racional y escalonada. Como nivel primario, su esencia es acercar la salud a los territorios donde las personas viven, influyendo activamente en sus realidades para mejorar sus condiciones de vida.

El desafío ahora es proyectar cómo esta APS -que ya muestra avances significativos en Chile- seguirá floreciendo en las próximas décadas como red protectora que habilite lo esencial: que las personas puedan vivir plenamente. Trabajar, educarse, socializar y desarrollarse según sus proyectos vitales requiere, ante todo, salud. Por ello, nuestro sistema sanitario debe evolucionar como facilitador de esa vida sana. Pero hay una verdad ineludible: este sistema lo construyen personas. El personal de salud es quien materializa diariamente nuestras ideas. De poco sirven reflexiones teóricas si no preparamos intencionadamente a estos profesionales para los desafíos presentes y futuros. Esta jornada existe para ese diálogo urgente: construir consensos sobre la formación que el sector requiere, convocando a todos los actores clave aquí presentes.

Para orientar esta discusión, planteo tres preguntas clave: primero, ¿cuáles son los principales desafíos sanitarios del país?; segundo, ¿Cómo se relacionan estos desafíos con la formación del personal de salud?; y tercero, ¿Qué competencias específicas requiere este personal para la Atención Primaria de Salud (APS)?. Si bien en esta presentación me enfocaré principalmente en el primer punto -dejando los otros como ejes para el trabajo posterior de panelistas y participantes-, es evidente que enfrentamos múltiples desafíos interconectados. El sistema de salud chileno presenta problemas críticos como las inequidades en acceso y resultados, epidemias, demanda ciudadana creciente y el preocupante fenómeno de la multimorbilidad -que pasó del 10% al 17% entre 2010 y 2017, afectando hoy a 2.5 millones de chilenos con cinco o más condiciones crónicas que comparten causas comunes como estrés crónico e inflamación sistémica, vinculadas incluso a cáncer y salud mental-. Paralelamente, existe una paradoja dolorosa: los servicios de salud, espacios diseñados para el cuidado, ocupan el tercer lugar en percepción de maltrato -primero para las mujeres-, superados solo por el trabajo y la calle.

Encuentro Nacional por la Formación en Salud

Santiago 17 junio de 2025



Esta brecha en dignidad sanitaria trasciende el trato interpersonal, abarcando tiempos de espera, infraestructura y oportunidad en la atención. A esto se suman nuestros desafíos estructurales: los 4,200 km de extensión territorial que complejizan la cobertura, y las constantes amenazas de emergencias sanitarias que ponen en riesgo la operatividad del sistema. Todos estos elementos configuran un escenario complejo que interpela directamente a la formación de nuestros profesionales de salud, tema central de esta jornada. Los datos sobre desigualdades en salud nos exigen acción inmediata. La mortalidad infantil, uno de los indicadores más representativos de desarrollo a nivel internacional, se duplica en comunas de bajos ingresos comparadas con aquellas de altos ingresos al analizar las disparidades intranacionales. La diabetes, desafío sanitario prioritario junto a otras enfermedades crónicas, presenta una prevalencia 3.3 veces mayor en personas con menor escolaridad. Asimismo, la discapacidad afecta a un 67% más de mujeres que de hombres. Estos ejemplos revelan un patrón inequívoco: cualquier estratificación socioeconómica que examinemos, ya sea nivel de ingresos comunales, escolaridad, género, discapacidad u otros, evidencia diferencias sistemáticas tanto en acceso a la salud como en resultados sanitarios, configurando un mapa de inequidades que demanda intervenciones urgentes y focalizadas.

Encuentro Nacional por la Formación en Salud

Santiago 17 junio de 2025



El sistema de salud que queremos construir se basa en una visión integral que va más allá de la atención clínica tradicional. Aspiramos a un sistema que proteja efectivamente a las personas de los altos gastos de bolsillo, que aborde activamente los determinantes sociales de la salud mediante intervenciones intersectoriales, y que incorpore cuidados sociales complementarios a las prestaciones médicas. Este modelo debe anticipar el daño a través de una prevención robusta, ofreciendo una atención continua, fluida entre niveles asistenciales, y fundamentalmente respetuosa con los usuarios, garantizando acceso equitativo para toda la población.

REFORMA DE SALUD – PROPÓSITO Y OBJETIVOS

100 AÑOS
SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL



La Organización Mundial de la Salud ha establecido tres ejes fundamentales para este tipo de sistemas: (1) servicios de salud integrados que combinen la atención asistencial con las funciones

Encuentro Nacional por la Formación en Salud

Santiago 17 junio de 2025

esenciales de salud pública, superando la actual fragmentación administrativa; (2) políticas y acciones multisectoriales que reconozcan que los resultados en salud dependen de factores que trascienden el ámbito sanitario; y (3) comunidades y personas empoderadas, activamente involucradas en su autocuidado y en la toma de decisiones sobre su salud. En el caso chileno, nuestra Atención Primaria de Salud (APS) muestra avances significativos que reflejan este ideal. En cobertura, atendemos al 80% de la población afiliada a FONASA, porcentaje que se eleva al 92% cuando consideramos específicamente a los adultos mayores. Contamos con una fuerza laboral superior a los 120,000 profesionales, incluyendo tanto el sector municipal como el dependiente de servicios de salud. Estos equipos son notablemente multidisciplinarios, integrando no solo a médicos, odontólogos, enfermeras y matronas, sino también a psicólogos, kinesiólogos, terapeutas ocupacionales, fonoaudiólogos, químicos farmacéuticos, trabajadores sociales, y profesionales no sanitarios como periodistas, ingenieros, administradores públicos, abogados y geógrafos, cuya participación enriquece sustancialmente el enfoque territorial. La infraestructura supera los 2,600 puntos de atención a lo largo del país, incluyendo Centros de Salud Familiar (CESFAM), Centros Comunitarios de Salud Familiar (CECOSF), postas rurales, estaciones médico-rurales y SAPUS, muchos de los cuales alcanzan estándares edilicios y tecnológicos comparables a establecimientos hospitalarios. Disponemos de una cartera de prestaciones sumamente integral que abarca todo el ciclo vital, desde la atención prenatal hasta el cuidado paliativo, y todos los niveles de prevención (primaria, secundaria y terciaria), articulada bajo el Modelo de Atención Integral en Salud implementado desde 2005, que busca armonizar estas prestaciones para una entrega coordinada y centrada en las personas en las distintas etapas de su vida. Estos importantes logros, sin embargo, no deben ocultar las brechas persistentes en infraestructura, acceso oportuno y calidad de atención que aún enfrentamos, particularmente en zonas rurales y entre poblaciones vulnerables, lo que demanda esfuerzos sostenidos de fortalecimiento para materializar plenamente este modelo de sistema de salud.



Encuentro Nacional por la Formación en Salud

Santiago 17 junio de 2025

Al reflexionar sobre el futuro de nuestro sistema sanitario, la propuesta de Atención Primaria Universal que hemos presentado trasciende lo operativo para constituirse en un marco valórico fundamental. El concepto de universalidad que promovemos es profundamente transformador: garantiza que todas las personas, sin distinción alguna, accedan a los cuidados de salud que requieran. Sin embargo, como bien señala el salubrista Michael Marmot, esta universalidad debe ser proporcional, no igualitaria en el sentido simplista, sino que debe asignar mayores esfuerzos y recursos a los territorios y personas con mayores vulnerabilidades y necesidades. Este principio ético, que ya está presente en los cimientos de nuestro sistema de atención primaria, requiere ser constantemente reforzado. La paradoja que enfrentamos es dolorosa: pese a ser el nivel asistencial más cercano a la población, a veces reproducimos dinámicas donde los más necesitados terminan siendo los más maltratados por el sistema. Hacer consciente esta contradicción es fundamental para avanzar hacia una atención verdaderamente humanizada.

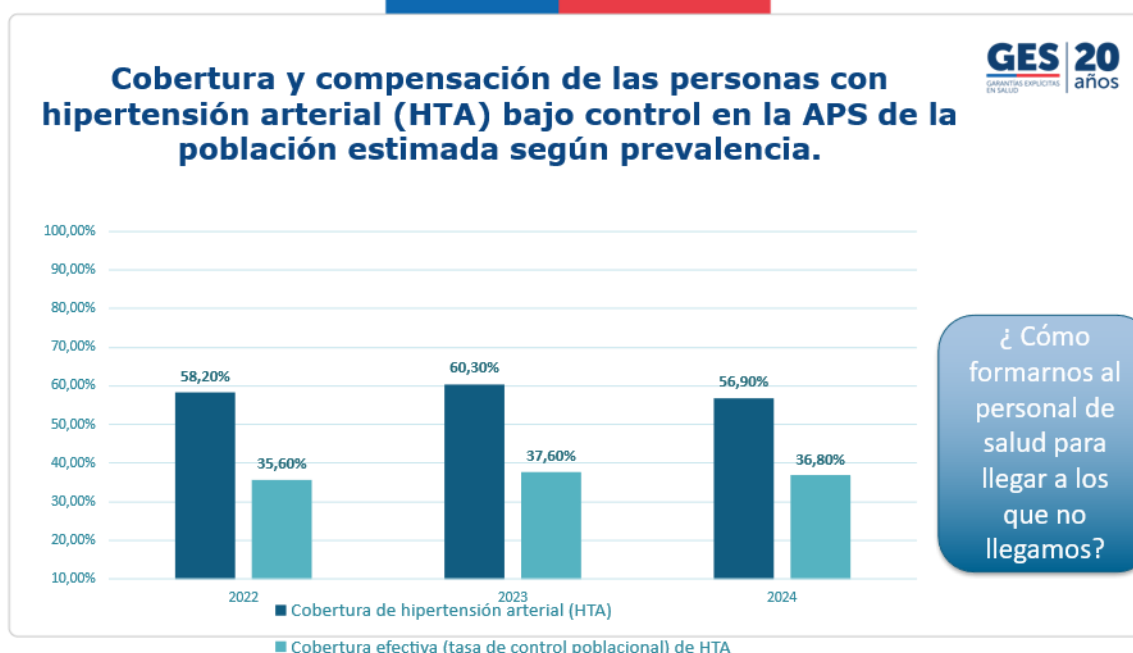
La implementación concreta de esta visión se articula a través de dos políticas de Estado de largo plazo: el Sistema Nacional de Cuidados (Chile Cuida), que está construyendo una red integral de apoyos a lo largo del ciclo vital; la reforma hacia una APS Universal, que profundiza estos principios valóricos en el ámbito sanitario. Ambas iniciativas, que se nutren mutuamente, requieren continuidad política y técnica para alcanzar su pleno desarrollo. La universalidad proporcional no es solo un concepto teórico se materializa en decisiones presupuestarias (asignación diferenciada de recursos), en diseño de programas (enfoque en determinantes sociales), y sobre todo, en una práctica clínica cotidiana que reconozca la dignidad intrínseca de cada persona, particularmente de las más vulnerables. Entonces estamos avanzando en ambos aspectos: en políticas públicas que son de largo aliento, ambas, y que requieren tener continuidad para seguir su desarrollo y avanzar hacia el futuro.



Encuentro Nacional por la Formación en Salud

Santiago 17 junio de 2025

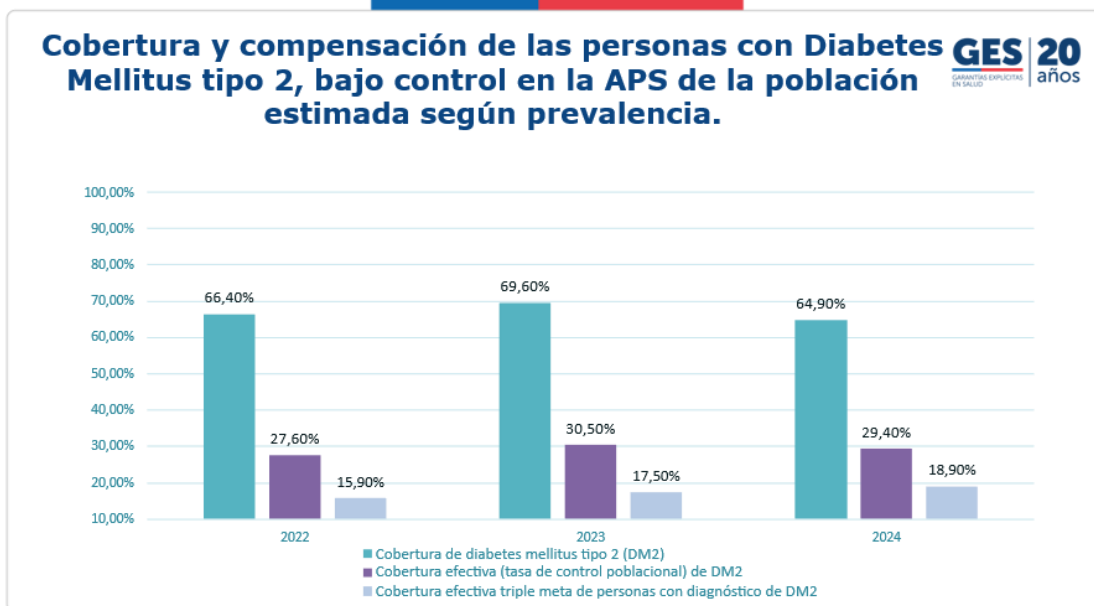
Algunos de nuestros desafíos sanitarios, bueno, según estadística clásica de la Encuesta Nacional de Salud, también de nuestros indicadores, las metas sanitarias en atención primaria de los IAAPS en atención primaria, que es la medición de la cobertura y la compensación de las personas hipertensas y diabéticas. Vemos cómo, en hipertensión, la cobertura de hipertensión y la cobertura de hipertensión no alcanza un poquito más de un tercio. La cobertura efectiva de los cuidados en hipertensión arterial en la atención primaria está en un 36%, me parece que la última cifra bien compensada, su presión arterial.



Necesitamos estar lejos, pero muy lejos, de una cobertura universal en esta prestación que está cubierta en el GES, que tiene financiamiento, que tiene programa, que tiene todas las herramientas, que tiene indicadores, tiene toda la parrilla de herramientas de políticas públicas para que sea un 100%. Si bien hay una gran población que no está logrando compensar su presión arterial según los parámetros que hemos establecido, podemos discutir si esos parámetros están bien fijados o no. Quizás, para los adultos mayores, tenemos que ser menos exigentes, pero, independiente de eso, lo que visualizamos es una gran brecha. Pasa lo mismo en diabetes. En diabetes es un poco más dramático, donde la cobertura efectiva de la glicemia es de un 30%, un 30% en la cobertura efectiva según la prevalencia esperada de la misma patología. Y si evaluamos la triple meta para los diabéticos, es decir, que tengan bien compensados su colesterol, su presión arterial y su glicemia, llegamos al 19%.

Encuentro Nacional por la Formación en Salud

Santiago 17 junio de 2025



Ha ido mejorando la cifra, pero ha costado hartito, ha costado mucho. Y tenemos que hacer la pregunta y tener la reflexión sobre dónde está el problema. ¿Dónde está el problema de que estas dos enfermedades, que tienen amplias coberturas y definiciones por parte del Ministerio de Salud, especialistas en la materia y un largo etcétera, no están llegando a las metas óptimas que esperaríamos para nuestro país?. Y la respuesta probablemente tiene que ver con una reflexión sobre la determinación social de la salud y sobre cómo las personas no se enferman o no viven tanto del acceso a la prestación, tanto del acceso a la prestación de servicios, como las condicionantes sociales en las que viven. Y por tanto, si pudiéramos hacer estudios detallados de por qué un diabético no está acudiendo a sus controles, no está tomando sus fármacos o no está logrando la dieta recomendada para que mejore su nivel de compensación, ahí probablemente vamos a empezar a encontrar una lista larga de determinantes sociales de la salud. Por ejemplo, que no pueden pagar el pasaje para la micro para ir a la atención, que no tienen el tiempo para ir a la atención, que no tienen los recursos para la alimentación saludable, que no tienen el tiempo para la alimentación saludable, que no tienen la conciencia de la importancia de la alimentación saludable, y un largo etcétera, que tiene que ver justamente con este fenómeno de la determinación social de la salud.

Esto no pasa solamente en las enfermedades cardiovasculares como la diabetes y la hipertensión, sino también en la salud mental, que es otro de nuestros grandes desafíos en salud y que representa el 19% de los años de vida perdidos por discapacidad o muerte (los famosos AVISA de los estudios de carga de enfermedad), el 19% de la carga de enfermedad. Sabemos que las personas que tienen multimorbilidad sufren mucho más las enfermedades de salud mental, y entonces los cuidados integrales y los profesionales de la salud que estamos formando no pueden no tener nociones de los desafíos en salud mental, sobre los manejos iniciales en salud mental, y tiene que ser una parte fuerte del currículum de todo el personal de salud, porque sin salud mental no hay salud, como dice

Encuentro Nacional por la Formación en Salud

Santiago 17 junio de 2025

el eslogan de la OMS. Se reduce la esperanza de vida entre 10 a 20 años respecto a la población general en personas con desafíos en salud mental. Y por supuesto que tenemos temas como el alcohol, las demencias y otros problemas de salud mental que son también muy relevantes y que nuestros equipos de salud tienen que estar preparados para enfrentar, el consumo de drogas también como parte de esos desafíos. Por supuesto, el cáncer, que está aumentando sobre todo con nuestro aumento del envejecimiento, refleja un 14,79% de la carga de enfermedad en sus distintas causas. Hemos ido mejorando en la mayoría de los indicadores de mortalidad ajustada por edad, pero a pesar de que hemos ido mejorando en los indicadores ajustados por edad, dado que la población está envejeciendo, está aumentando como causa de muerte, ahí bordeando el primer o segundo lugar con las enfermedades cardiovasculares. Bueno, hay algunas otras estadísticas del cáncer, pero no podemos olvidar que el cáncer también es una enfermedad que tiene múltiples causas, y causas que también tienen en su raíz la determinación social de la enfermedad.

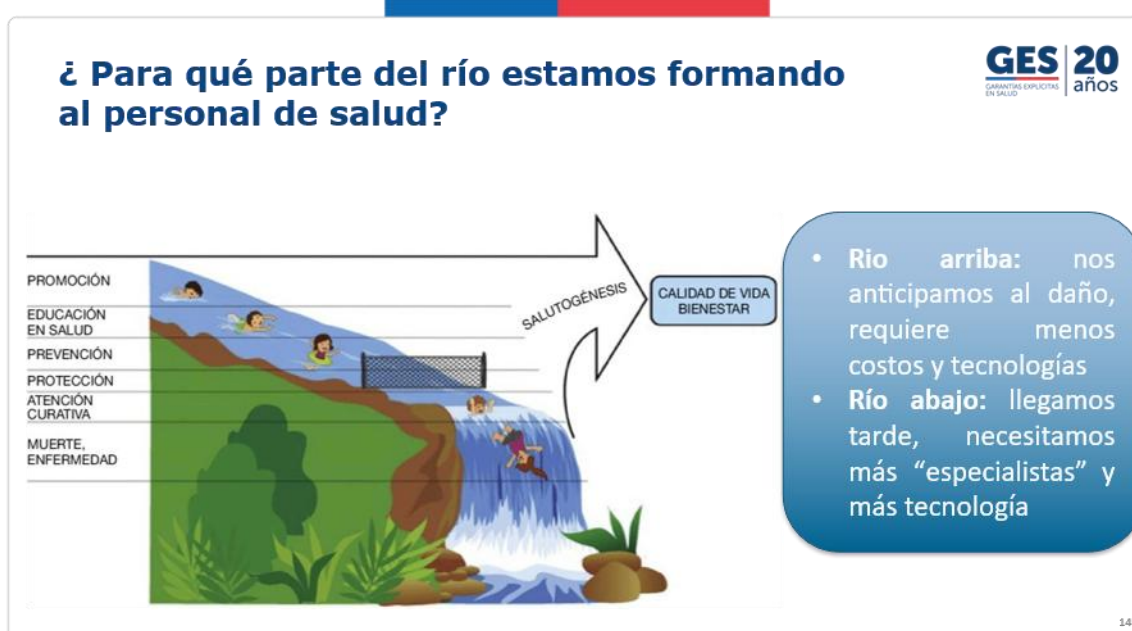


Entonces, este concepto de los cuidados sociales, para nosotros, yo creo que es fundamental. Lo hemos repetido varias veces y nos parece que es relevante incorporar esta visión de la determinación social de la enfermedad en la formación del personal de la salud. Lo graficamos acá, en este concepto clásico de los determinantes sociales del río arriba y río abajo: ¿dónde intervenimos en el sistema sanitario y en las políticas sectoriales e intersectoriales para mantener la salud con una visión de salutogénesis, donde tenemos distintas acciones a lo largo de esa historia natural de la enfermedad?. Las intervenciones río arriba, que es cuando es un poco más fácil prevenir (si bien yo creo que eso también es medio injusto decirlo, porque yo creo que lo que más nos cuesta es hacer promoción y prevención), y las intervenciones río abajo, cuando ya está la

Encuentro Nacional por la Formación en Salud

Santiago 17 junio de 2025

enfermedad expresada. Y por supuesto, tenemos nuestros servicios de urgencia, nuestra atención primaria, la consulta médica general y otras acciones curativas y de rehabilitación que llegan al final, digamos, de esta historia natural de la enfermedad. Entonces, debemos tener un equilibrio en cómo aprendemos a abordar la enfermedad en cada una de estas etapas de su desarrollo, siendo, por supuesto, complementarias todas estas visiones en su conjunto.



Entonces, ¿cuáles son las competencias que requieren nuestros equipos de salud en estos desafíos que hemos esquematizado o dibujado preliminarmente?. Bueno, por supuesto, la capacidad de trabajo en equipo. Esto, yo creo que es fundamental hoy día. Un profesional solo, no logra -sea el más brillante estudiante- a lo mejor igualmente no logra abordar todas las necesidades de las personas y de nuestros usuarios con esta visión integral que hemos comentado. Entonces, el trabajo en equipo como competencia de nuestros profesionales es fundamental hoy día. Ya mencionamos lo interdisciplinario que es nuestra atención primaria, que es un lujo para nuestro país -otros países quisieran tener la variedad que tenemos-, pero es fundamental que logremos que esos equipos tengan competencias para trabajar en equipo, y tengan competencia para trabajar en equipo entre los equipos que están presentes en la atención primaria, pero también con los equipos que están presentes en otros establecimientos de nuestra red asistencial y de nuestra red intersectorial. Es decir, nuestros profesionales tienen que ser profesionales puentes de comunicación y de diálogo para el cuidado interdisciplinario en red. Segundo, capacidades para anticiparse al daño y promover la salud. Es decir, para entender los fenómenos río arriba del desarrollo de las enfermedades y de la salud, y actuar en esos niveles de forma eficaz. Tienen que ser expertos en lo frecuente y en lo que más genera daño en salud. Esto es sobre todo para nuestra atención primaria, cierto, que tiene que

Encuentro Nacional por la Formación en Salud

Santiago 17 junio de 2025

ser capaz de abordar los problemas frecuentes. Y siempre hemos tenido esta discusión: ¿cuánta resolutivez queremos entregarle a nuestra atención?. Que no tiene que ver con si es tecnológico o no tecnológico, en el sentido de los aparatos que se necesitan. El criterio es si es frecuente o no frecuente. Si es frecuente, lo queremos tener más cerca de las personas. Ese, yo creo, que es el criterio estructurante de la atención primaria: periodicidad. Entonces, mejor acerquémoslo. Y eso es lo que estamos haciendo con diálisis, por ejemplo. Diálisis es quizás un buen ejemplo -que sea parte de la atención primaria-, formalmente no es parte de la atención primaria en este minuto, pero lo digo como ejemplo porque estamos haciendo esfuerzos por implementar diálisis municipales en varios lugares del país. Estamos promoviendo eso porque la diálisis es algo que, para algunas personas, es extremadamente frecuente -lo necesitan día por medio-, y entonces tenerlo en un centro hiperespecializado. En Trato digno y humanizado -ya lo discutimos ampliamente-, la alfabetización emocional, cierto, es un desafío en nuestro país: el tratarnos bien, el tener relaciones humanas con respeto, y que podamos ir construyendo también en gestión basado en esos principios, sin maltrato. Hay mucha gestión que se hace basada en el maltrato. A veces repetimos los patrones que aprendimos, o que no hemos aprendido realmente a dialogar y resolver nuestros conflictos sin abuso o sin violencia. Es muy difícil para nuestros equipos de salud enfrentarse a una carga y una necesidad, una demanda ciudadana muy exigente, y que los equipos de salud que están, digamos, al otro lado de la mesa o del mesón, muchas veces se ven sobrepasados por esa demanda asistencial. Y administrar esa emocionalidad, que muchas veces pone a nuestros equipos en tensión con nuestros usuarios, es una competencia fundamental que tenemos que también integrar en nuestra formación.



¿Qué competencias necesitamos del personal de salud para trabajar en APS?

Capacidad de trabajo en equipo (transdisciplinario y trabajo en red)	Capacidades para anticiparse al daño y promover la salud ("río arriba")	"Expertos" en lo frecuente y lo que más genera daño en salud	Trato digno y humanizado
Usuarios de tecnologías que expanden y optimizan las capacidades	Integración de cuidados socio-sanitarios	Desempeñarse en el modelo de atención integral MAIS	Capacidad de brindar soluciones de salud cercano a las personas (resolutivez)

15

Encuentro Nacional por la Formación en Salud

Santiago 17 junio de 2025

Por supuesto, las tecnologías ya se mencionaban en las palabras iniciales, cómo están invadiendo nuestras vidas y transformando el sistema sanitario. El sistema sanitario es especialmente resistente a transformarse, va a pasar que las aplicaciones que reemplacen ciertas partes de nuestro trabajo van a ir implementándose cada vez más. Las aplicaciones que hoy día leen imágenes son cada vez más frecuentes, las aplicaciones que traducen ciertas necesidades de los usuarios van a ir apareciendo, pero ojalá que nuestros profesionales estén preparados para vivir con esas tecnologías. De alguna forma, tenemos la ventaja de que son generaciones nativas con las tecnologías, pero eso no quiere decir que tenemos que bajar la guardia. Y a veces les cuesta a las generaciones más antiguas educar a las generaciones nuevas sobre el buen uso de las tecnologías, porque no son tan nativos, digamos, los profesores, y tienen ciertas desventajas con respecto a las nuevas generaciones. El desafío es que crezcan usando las tecnologías pero de una forma que expanda y optimice sus competencias, es decir, que sea una fórmula y una herramienta para ser más humana la atención, para ser más resolutive la atención, y que apunte siempre la tecnología hacia los valores que queremos expandir, y no que estemos nosotros sujetos a esas realidades tecnológicas y determinados por ellas de forma muy propositiva e intencionada.

Además, la integración de cuidados sociosanitarios -lo que hemos conversado sobre los cuidados en red-, con el intersector desempeñándose en el modelo de atención integral del modelo de atención en salud, y la capacidad de brindar soluciones de salud cercanas a las personas con mayor resolutiveidad. Es decir, estábamos reflexionando justo antes de empezar la jornada con el decano que también tenemos que hacer que el quehacer en la atención primaria sea un quehacer, digamos, estimulante desde el punto de vista profesional. Y eso, yo creo que se logra cuando le ofrecemos a nuestros profesionales de la salud, primero, un marco valórico en el que tomen en cuenta la importancia de esta complejidad -en el sentido que mencionaba Juan Pablo Rubio-, es decir, que veamos en la complejidad biopsicosocial un desafío intelectual y un desafío profesional que nos motiva a trabajar, y no necesariamente en la última máquina que esté nuestro mayor anhelo -que muchas veces le pasa a nuestros colegas, sobre todo especialistas médicos, que ven en la última máquina, en la mayor complejidad, el mayor anhelo-. Que el estímulo y motivación en el ejercicio profesional esté en esta complejidad. Y también, por supuesto, la variedad del quehacer es parte de lo que los gestores en la atención primaria tienen que administrar, porque también cuando el quehacer es muy monótono y repetitivo, las personas se frustran, se sienten abrumadas también por una monotonía y una falta de desafío en su trabajo. Así que yo creo que hay muchos desafíos en términos de hacer estimulante el trabajo en la atención primaria en salud.

Para cerrar, decir que la atención primaria es quizás una de nuestras políticas de Estado que ha sido protegida y fomentada por los distintos gobiernos, sin importar el signo político. Es una herencia, un patrimonio de nuestro país del cual todos nos tenemos que sentir orgullosos, y hacia dónde lo proyectemos creo yo es parte del desafío civilizatorio que tenemos como especie y será fundamental en ese futuro que esperamos para nuestro país.

Encuentro Nacional por la Formación en Salud

Santiago 17 junio de 2025

Caracterización del personal de salud en atención primaria (municipal y dependiente) provisión de campos de formación en APS. Modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria (MAIS).

Dra. Carmen Aravena/ Jefa División de Atención Primaria (DIVAP) Subsecretaría de Redes Asistenciales Ministerio de Salud



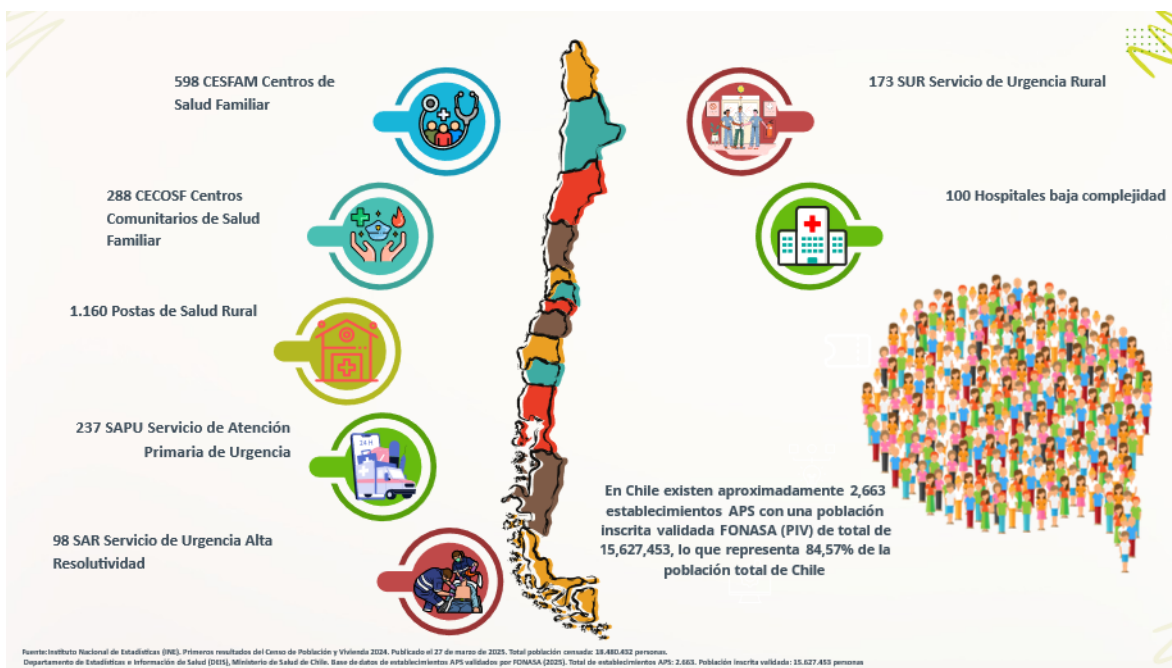
Nuestra atención primaria, porque apareció ahí de que, claro, estamos dentro en el tercer lugar de los que se sienten agredidos de repente, ya que la gente lo percibe así; sin embargo, es también dentro de los servicios en quienes más confía la gente cuando se hace una encuesta. Y son las personas de atención primaria, los funcionarios que trabajan ahí, los que entran a lugares donde no entra ni Carabineros ni nadie, porque ellos son los reconocidos, porque son parte de la comunidad y del territorio.

Esa es la imagen con la que quiero que nos quedemos para trabajar. Y por eso es cuando uno dice tenemos más de 2.600 puntos de atención porque estamos a lo largo de todo el país, en los lugares más remoto, siempre hay alguien y algún equipo de atención primaria cuidando la salud, y se cuida desde que empieza la gestación hasta el término final de la vida, porque tenemos hasta cuidados paliativos en atención primaria, entonces, ese concepto del cuidado y que está presente en todo el país es lo que quiero invitarlos a que lo tengamos siempre presente, porque ahí entonces vamos necesitando algunas herramientas en nuestros equipos de trabajo que hay que fortalecer y que queremos fortalecer desde las universidades. Tenemos así casi 125.000 funcionarios. Ahora vamos a ver incluso después cómo se distribuyen esto, ya nos lo dijo el doctor Martorell, pero lo más probable es que se empiecen a mirar los números y uno ve una presentación de una semana atrás, puede que tengan otros números. Porque aquí es donde empieza a pasar, por ejemplo, los centros de

Encuentro Nacional por la Formación en Salud

Santiago 17 junio de 2025

diálisis que sí existen ahora en municipios: dónde los vamos a clasificar, como establecimientos de atención primaria, secundario. Aún no está definido, pero sí está claro el que vamos a tratar siempre en atención primaria de resolver lo más posible cerca de la gente, lo más frecuente cerca de la gente. Por lo tanto, hay todos esos dispositivos de atención primaria que ustedes se pueden imaginar y tenemos nosotros, como población inscrita validada en todos los establecimientos de lo municipal, el 84.5% de la población total del país, y si a eso sumamos los que no están inscritos sino que son adscritos y que son dependientes los servicios de salud, llegamos al 90% de la población que se atiende entonces en el servicio público de salud.



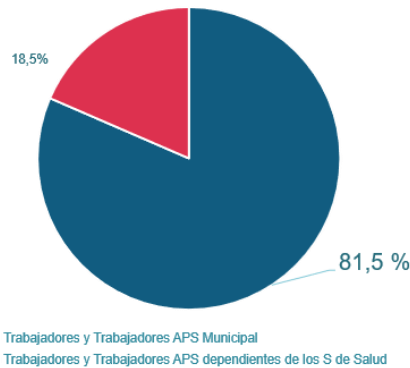
Cuando nosotros hablamos de atención primaria en la División de Atención Primaria, hablamos siempre de la atención primaria que es tanto dependiente de los servicios de salud como la municipal. Y esto es, en el fondo, cómo se distribuye: porque el 81.5% es municipal y el 18.5% de la atención corresponde a establecimientos dependientes de los servicios de salud. Tener esto claro es importante para entonces evaluar situaciones de capacidad de gestión y condiciones laborales, porque son diferentes. Y eso, uno quiere caminar hacia un tema de equidad también con los funcionarios de salud, equidad con las personas que requieren la atención de salud, y también con quienes están pendientes y entregando estas atenciones.

Encuentro Nacional por la Formación en Salud

Santiago 17 junio de 2025

Distribucion por Dependencia Institucional (2024)

GES 20 años
GARANTÍAS EXPLÍCITAS EN SALUD



Comprender cómo se distribuye el recurso humano entre los distintos tipos de dependencia (municipal o servicios de salud) es clave para evaluar capacidades de gestión y condiciones laborales.

4

Fuente: Elaboración propia; Sistema de información MODO APS DIVAP; base de datos Sistema de información Sistema de Información n de Recursos Humanos SIRH, DIGEDEP - Subsecretaría de Redes Asistenciales

De igual forma hay una distribución del recurso humano que está contratado en atención Primaria por tipo de dependencia y si se van a los totales tenemos a los municipales con 120.000 contratados, por eso les digo depende de que miremos si son 120.000 o 27.000 más o menos también los dependientes de salud lo que hace casi cerca de 150.000 funcionarios de atención primaria.

Distribución del recurso humano contratado en APS por tipo de dependencia (2024)

GES 20 años
GARANTÍAS EXPLÍCITAS EN SALUD

Servicio de Salud	Trabajadores y trabajadoras APS Municipal	Trabajadoras y trabajadores de APS dependiente S de Salud	Total
Aconcagua	1.475	735	2.210
Antofagasta	2.642	627	3.269
Araucanía Norte	1.964	878	2.842
Araucanía Sur	7.267	1812	9.079
Arauco	1.363	1961	3.324
Arica y Parinacota	1.791	0	1.791
Atacama	1.936	391	2.327
Biobío	3.380	1750	5.130
Central	1.641	2606	4.247
Chiloé	2.394	917	3.311
Concepción	5.154	859	6.013
Coquimbo	5.881	1127	7.008
Los Ríos	3.412	1277	4.689
Magallanes	1.199	268	1.467
Maule	10.313	1048	11.361
Norte	6.024	217	6.241
Nuble	4.210	1840	6.050
O'Higgins	6.949	1878	8.827
Occidente	8.699	417	9.116
Oriente	4.270	241	4.511
Osorno	2.057	520	2.577
Reloncaví	3.314	1529	4.843
Sur	8.515	0	8.515
Sur-Oriente	8.283	0	8.283
Talcahuano	3.199	146	3.345
Tarapacá	2.749	0	2.749
Valparaíso San Antonio	4.013	893	4.906
Viña del Mar Quillota	6.593	2222	8.815
Aysén	0	1226	1.226
TOTALES	120.697	27.385	148.082

5

Fuente: Elaboración propia; Sistema de información MODO APS DIVAP; base de datos Sistema de información Sistema de Información n de Recursos Humanos SIRH, DIGEDEP - Subsecretaría de Redes Asistenciales

Encuentro Nacional por la Formación en Salud

Santiago 17 junio de 2025

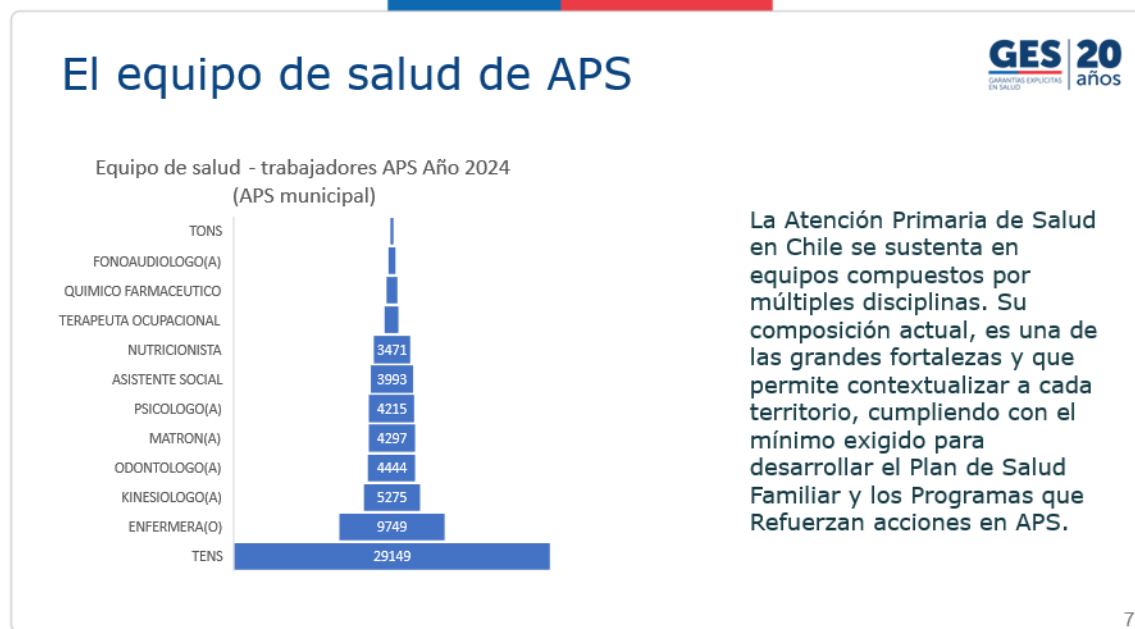
Asimismo, ¿Cómo se distribuyen por servicio de salud?. Si se fijan, hay algunos servicios que tienen solo barra azul porque todos son dependientes municipales. Están ahí el Metropolitano Sur, el Metropolitano Sur Oriente, Arica y Tarapacá, que solo tienen dependientes municipales, entonces, municipales. Pero los otros son la combinación que también tienen con dependiente, donde el que tiene funcionarios proporcionalmente más dependientes del servicio por la atención primaria es el Servicio Metropolitano Central.



Cuando miramos un poco en atención primaria municipal -que es donde tenemos un sistema que se llama modo APS, donde podemos recoger la información de cómo se distribuyen de acuerdo a profesiones y número de personas-, más o menos en un corte que se sacó de la información modo APS, encontramos entonces un poco esta distribución. Acá no están los médicos porque los ponemos después, pero en el fondo casi el 50% son técnicos: auxiliares, técnicos de distintos niveles y categorías, kinesiólogos, odontólogos y otros profesionales. Todo esto en el fondo es para cumplir lo mínimo exigido para desarrollar el plan de salud familiar, porque lo que hace el financiamiento per cápita que tenemos en la atención primaria municipal es el desarrollo de un plan de salud con todas las prestaciones alineadas hacia un plan de salud que permita el cuidado de las personas. Entonces, y en general cuando lo revisamos, están más o menos acorde a lo que se requiere.

Encuentro Nacional por la Formación en Salud

Santiago 17 junio de 2025



Cuando vemos el recurso médico por servicio en atención primaria y también por dependencia, tenemos entonces los médicos municipales (todos con jornadas de 44 horas) donde encontramos 8.354, y los médicos EDF que son los dependientes de los servicios pero que están trabajando en atención primaria, que tenemos 2.723, lo que hace un total de poco más de 11.000 médicos presentes en atención primaria. Y también en la misma forma cómo se distribuyen a lo largo del país: lo que ellos me dijeron que son municipales y los que tienen un porcentaje un poco mayor de médicos EDF, que suelen concentrarse en aquellos lugares donde cuesta que los médicos lleguen. Y entonces lo que se colocan son médicos EDF en etapa de formación, que son los que van contribuyendo a mantener la atención.

Encuentro Nacional por la Formación en Salud

Santiago 17 junio de 2025

Recurso médico en APS por Servicio dependencia (2024)

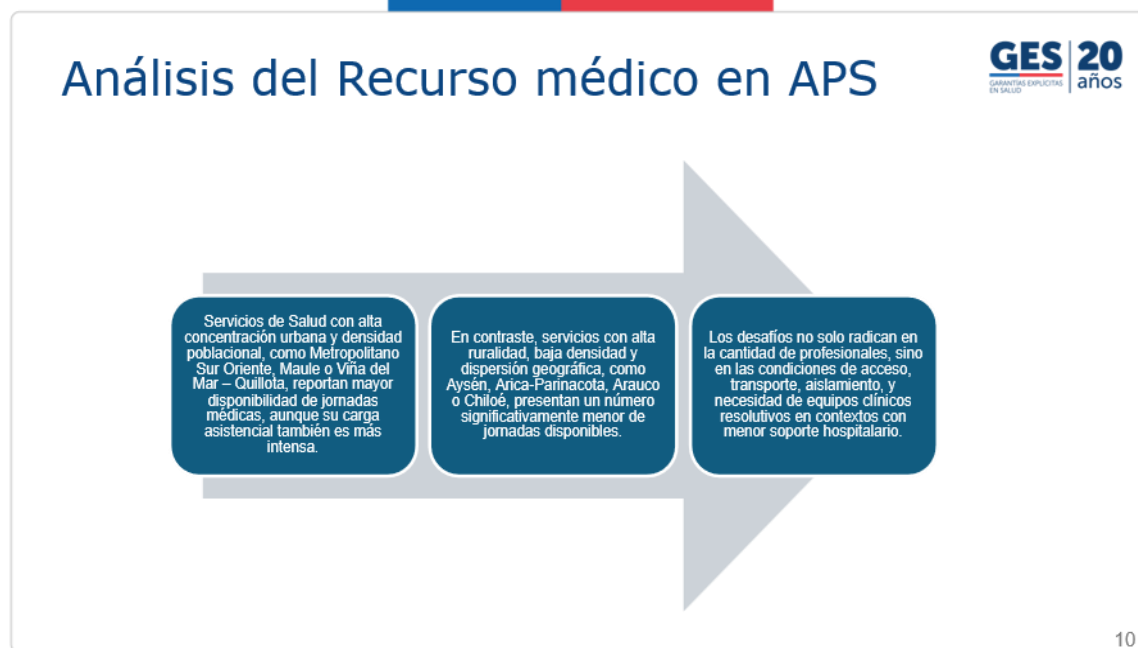
Servicio de Salud	Médicos APS Municipales jornadas 44 horas semanales	Nº Médicos EDF jornadas 44 horas semanales	Total
Servicio de Salud Tarapacá	117	80	197
Servicio de Salud Antofagasta	203	95	298
Servicio de Salud Atacama	79	70	149
Servicio de Salud Coquimbo	358	162	551
Servicio de Salud Aconcagua	111	53	164
Servicio de Salud Valparaíso San Antonio	243	68	311
Servicio de Salud Viña del Mar Quillota	556	136	692
Servicio de Salud Del Libertador B. O'Higgins	492	143	635
Servicio de Salud Del Maule	746	122	868
Servicio de Salud Arauco	38	100	138
Servicio de Salud Biobío	120	113	233
Servicio de Salud Concepción	281	53	374
Servicio de Salud Talcahuano	151	55	246
Servicio de Salud Araucanía Norte	47	115	162
Servicio de Salud Araucanía Sur	510	165	675
Servicio de Salud Chiloé	168	79	245
Servicio de Salud Osorno	90	74	164
Servicio de Salud Del Reloncavi	166	132	298
Servicio de Salud Aysén	70	71	141
Servicio de Salud Magallanes	70	45	115
Servicio de Salud Metropolitano Central	147	57	204
Servicio de Salud Metropolitano Norte	552	51	603
Servicio de Salud Metropolitano Occidente	696	107	803
Servicio de Salud Metropolitano Oriente	455	18	473
Servicio de Salud Metropolitano Sur	716	110	826
Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente	844	106	950
Servicio de Salud Los Ríos	151	113	264
Servicio de Salud Arica y Parinacota	40	55	101
Servicio de Salud Nuble	193	134	327
Totales	8.354	2.723	11.077

Fuente: Elaboración propia, MINSAL – DIVAP, con base en Sistema MODO APS y reporte de Médicos EDF (corte marzo 2024).

De lo que vimos, en el fondo tenemos: servicios de salud con alta concentración urbana y densidad poblacional, como el Metropolitano Sur Oriente, Maule, Viña del Mar y Quillota, que reportan mayor disponibilidad de jornadas médicas pero que también tienen una carga asistencial bastante intensa. Y también tenemos estos otros que contrastan: servicios con alta ruralidad, baja densidad y dispersión geográfica, donde están Arica, Parinacota, Arauco o Chiloé, que presentan un número un poco menor de jornadas disponibles (y en algunos casos tienen jornadas mayores en relación a la población, porque comprenderán que muchas veces hay un médico en un lugar muy aislado que solo tiene 500 personas más o menos a cargo). Por lo tanto, aparece mayor concentración. Pero la idea es que la atención primaria cubre todo el país, con desafíos que no solo radican en la cantidad de profesionales, sino en cómo se distribuyen de acuerdo a la necesidad y las condiciones de acceso, transporte, aislamiento, equipos clínicos, etc. Uno de los elementos que a mí me costaba entender la primera vez que me hablaron, por ejemplo, era el de las ambulancias en Chiloé, o sea, llegan los médicos y los equipos de salud a través del transporte marítimo (si no, no llegan), ya que además tenemos muchísimas postas de salud rural en islas.

Encuentro Nacional por la Formación en Salud

Santiago 17 junio de 2025



Existe un análisis realizado por ASOFAMECH que tomó todos los egresados que estaban trabajando desde 2015 al 2024, y cómo las distintas universidades aportan con profesionales en este periodo que se analizó. La Universidad de Chile lleva más tiempo en términos de formación, pero cómo se han ido sumando todas las otras universidades aportando profesionales para atención primaria. Nombrarlas siempre puede ser una equivocación -lo que le pasó al subsecretario-, siempre hay alguien que se nos va a quedar fuera, pero es un lujo, y así lo dicen quienes nos conocen y vienen a visitar, el poder contar con estos profesionales de acuerdo a la necesidad del territorio y a la necesidad de los problemas de salud. No están todos presentes en todos lados, y hay otros profesionales que también están abordando estas necesidades y que no necesariamente aparecen reflejados de acuerdo al diagnóstico sanitario, social y territorial.

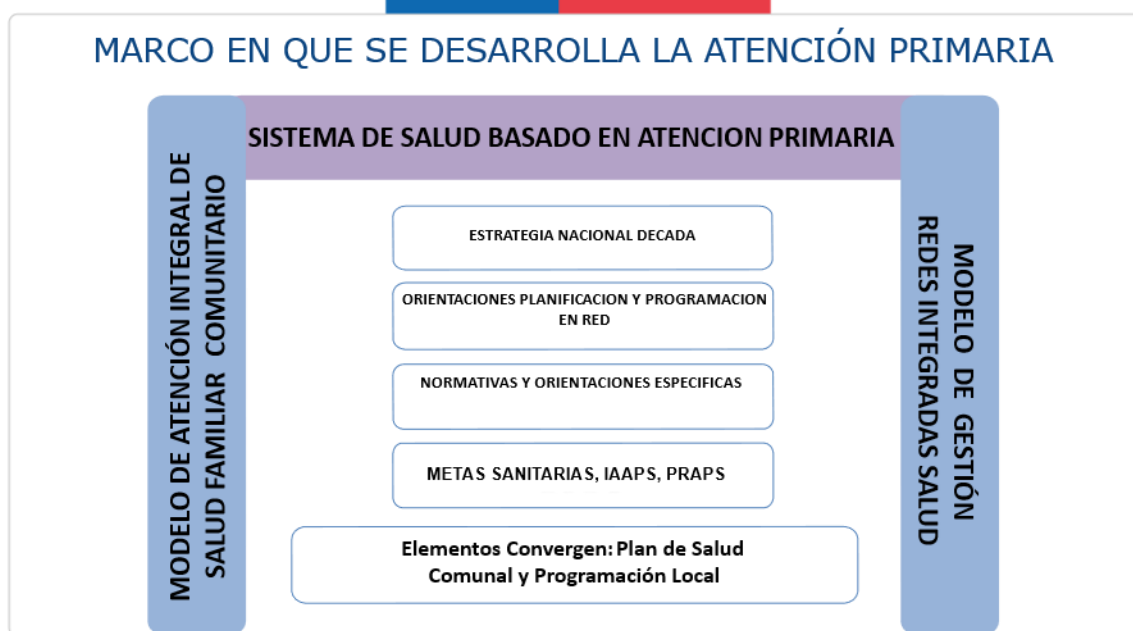
Cuando uno reconoce la historia de la atención primaria -que lleva muchísimos años en Chile, pero que desde los 90 en adelante tuvo un mayor desarrollo-, recordamos cómo íbamos caminando de consultorios a centros de salud, luego a centros de salud familiar, y cómo ahora avanzamos hacia centros de salud familiar que incluyen esta mirada del cuidado integral según las necesidades de las personas. Seguimos avanzando en esta línea, y un paso más es seguir avanzando hacia los cuidados universales, asegurando que todas las personas del país puedan acceder a los cuidados que se entregan desde la atención primaria.

En el marco del desarrollo de la atención primaria, tenemos aquí los pilares del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario: un sistema de salud basado en el trabajo de atención primaria, un sistema sanitario chileno que reconoce a la atención primaria como el centro del desarrollo de las Redes Integradas de Servicios de Salud. Un modelo de gestión de redes integradas

Encuentro Nacional por la Formación en Salud

Santiago 17 junio de 2025

de servicios de salud es donde nos cuesta avanzar -o sea, cómo hacemos esta integración, cómo fluye la persona o el paciente dentro de esta red integrada de servicios de salud- y una serie de elementos que vamos trabajando y que van convergiendo: la Estrategia Nacional de la Década que nos marca la ruta hacia dónde tenemos que ir en términos sanitarios, cómo se orienta la planificación y programación de la red, todas las normativas y orientaciones específicas (bueno, las metas sanitarias en atención primaria y una serie de otras metas que tenemos), y todos estos elementos que convergen en el Plan de Salud Comunal y la programación local, que tiene relación con el Plan de Desarrollo Comunal. Este avance que hemos tenido en atención primaria ha ido ratificando la necesidad de que la atención primaria sea de los territorios, la atención primaria agrega valor social a las comunas y a los territorios donde están.



Los ejes estratégicos de nuestra atención primaria -ya lo decimos y lo vamos a seguir repitiendo, y esto va a aparecer como un proceso evangelizador-, esto lo vamos a seguir repitiendo permanentemente: el Modelo de Atención Integral de Salud, donde nuestro énfasis está en la promoción, prevención y participación. Donde vamos a seguir trabajando por la accesibilidad, la equidad, la intersectorialidad (y voy a poner algunos ejemplos, porque es tan necesaria esta intersectorialidad): cómo vamos promoviendo el recurso humano, cómo lo vamos adecuando a las necesidades de las personas que trabajan, y aumentando la capacidad de resolver temas en atención primaria, de acuerdo a esto, a la frecuencia y a lo más cercano para la gente.

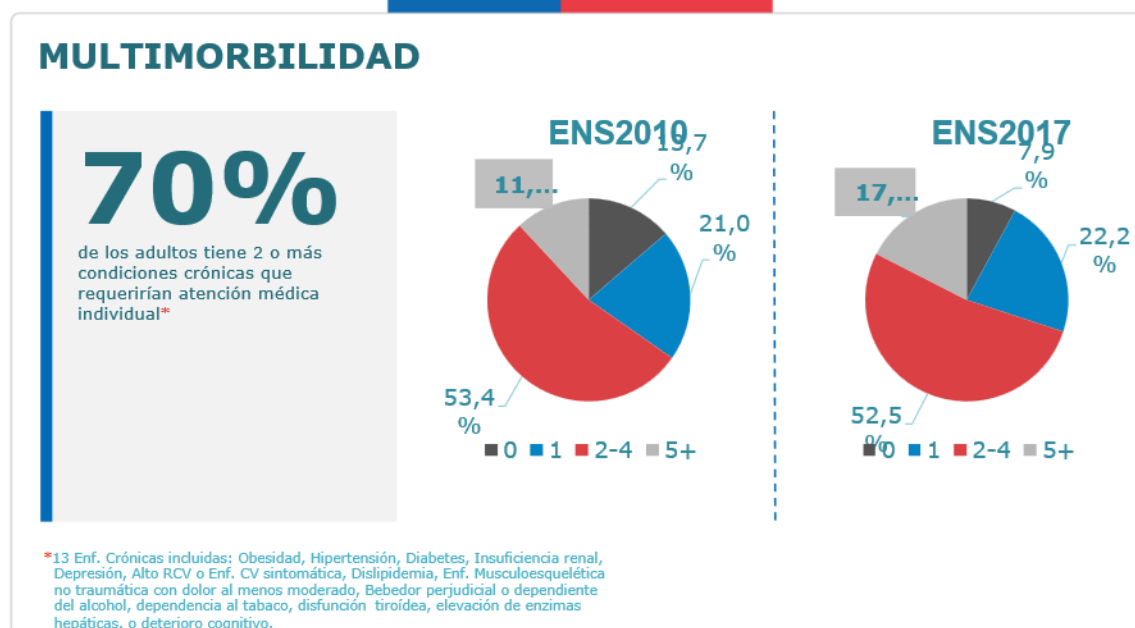
Asimismo lo que nos suele pasar es que los sistemas de salud siguen centrándose en las enfermedades, desaprovechando los beneficios que podrían obtenerse al incluir la promoción y el mantenimiento de la salud, el bienestar y la prevención de enfermedades -como lo decía el

Encuentro Nacional por la Formación en Salud

Santiago 17 junio de 2025

subsecretario-. A menudo no se asignan suficientes recursos financieros a las acciones de promoción de la salud, y la formación del personal de salud no siempre es la adecuada para crear y mantener la salud, además de combatir las enfermedades. El enfoque de la atención primaria no ha incorporado necesariamente, de manera adecuada, el enfoque de promoción basado en la comunidad. Que no lo haya hecho aún no significa que dejemos de intentarlo; seguimos y seguiremos en los esfuerzos por incorporarlo, porque cuando vemos los territorios, cuando uno observa el trabajo que se hace en la atención primaria y en los centros de salud, sí incluyen más elementos de trabajo con la comunidad, es precisamente a esto a lo que nosotros estamos apuntando permanentemente.

Como veíamos por la importancia de las condiciones crónicas -yo creo que todos ustedes saben que, cuando hablamos de pasar de este consultorio a centro de salud, y de centro de salud a centro de salud familiar, y que ahora profundizamos con ECICEP-, es porque priorizamos estas enfermedades: la comorbilidad y la alta carga de enfermedad que tenemos en los pacientes crónicos. Pero este concepto de cuidado integral trasciende no solo lo crónico, sino también los controles sanos, todo en relación a cómo rescatamos y miramos las necesidades de la persona para ir adecuando la entrega de prestaciones y cuidados. Sin embargo, nos enfocamos en esto porque era relevante por la magnitud: un 40% de las causas de muerte prematura, primera causa de años de vida perdidos, y todo el impacto social y económico que conlleva. Notábamos que el 70% de los adultos mayores tienen dos o más condiciones crónicas, y que alrededor de dos millones tienen más de cinco condiciones crónicas. En 2024, logramos en atención primaria casi 2,5 millones de personas controladas en el Programa de Salud Cardiovascular puede ser que aún tengamos brecha, pero hay un aumento permanente-.



Encuentro Nacional por la Formación en Salud

Santiago 17 junio de 2025

Desde la mirada de cómo avanzamos, es clave consensuar con los pacientes la forma de atención; no solo debe depender de lo que decidan los equipos, como solía pasar. Estamos en un proceso de transformación de esa atención fragmentada que teníamos (y que todavía persiste en algunos casos), como cuando hablábamos del médico de hipertensión o de la enfermera que solo veía controles sanos - la sala IRA, no me maten, aquellos que son hinchas-. Son estrategias que dieron resultados, pero ahora damos un paso más, en unir estas estrategias en una mirada integral del paciente. La persona no debería pasar por el médico que ve diabetes, luego por el que ve hipertensión, y después por la sala IRA. No tiene que ser así. Esta fragmentación la abordamos con cuidados integrales centrados en las personas, mirando a las familias y comunidades, en esta ruta hacia la atención primaria universal, donde todas las personas y comunidades tengan acceso y participen de los cuidados de salud -que sean territoriales, cercanos-, que es lo que hemos trabajado permanentemente en atención primaria: una red asistencial, pero comunitaria y multisectorial.

¿CUAL ES LA TRANSFORMACION?



Red asistencial, comunitaria y multisectorial

Nuestros principios están centrados en la persona, en la integralidad y en la continuidad del cuidado, y eso será permanente -lo seguiremos repitiendo-. Por eso digo, de repente, que no nos cansaremos en esta línea: la relación que debe tener el equipo de salud con la persona y la comunidad. ¿Por qué?. Me adelantaré (ya les había dicho que estamos avanzando en esta estrategia de Cuidados Integrales para todas las personas), pero al revisar situaciones como la que vivimos hace poco -una pequeña con una infección grave que fallece-, se activan alertas: los equipos del Ministerio se movilizan, una representante de la DIVAP realiza la visita epidemiológica, y encontramos un equipo de salud muy comprometido. Conocían a la mamá, a la familia, el campamento de donde provenía la niña, pero no lograban vincular el riesgo social que, desde los

Encuentro Nacional por la Formación en Salud

Santiago 17 junio de 2025

determinantes sociales, era evidente. Era un buen equipo, con mucho compromiso, pero no les hacía click detectar los riesgos de quienes vivían en ese campamento. Atendían a la mamá y a la niña correctamente durante el proceso, pero no miraban más allá de la atención clínica. Y esa es la invitación permanente, cambiar este enfoque desde la formación. Hay personas como Rafael Cofiño, que destaca con su frase: 'Uno atiende mirando la calle' -o sea, el entorno, los contextos-. El equipo de salud quedó impactado cuando la profesional de la División de Atención Primaria les mostró todo lo que podían hacer. Recuerdo a la doctora Barría, quien nos recalca la necesidad de hacer abogacía desde la salud, si una familia vive en un campamento en condiciones inhumanas (aunque no sea directamente un problema de salud), debemos denunciarlo cuando corresponda, en este caso, correspondía. Son factores complejos, y esta mirada debemos trabajarla desde la formación, desde el pregrado.



Los esfuerzos para avanzar en formación continua desde el Ministerio de Salud se mantienen permanentemente, capacitación e información con médicos especialistas, educación clínica continua según necesidades, y para todos los funcionarios en las líneas que necesitamos fortalecer -temáticas como recurso humano en salud mental, salud familiar, trabajo en calidad y acreditación, o incluso implementación de ecografía en atención primaria-. Hay bastante apoyo en estas capacitaciones, pero comprenderán que para 125.000 funcionarios siempre resulta insuficiente. Y aún así, lo que más insisto es que nos falta la base, nuestros profesionales están muy bien formados en lo técnico, pero en atención primaria enfrentamos problemas sociosanitarios complejos. Esa comprensión es la que debemos seguir fomentando.

Encuentro Nacional por la Formación en Salud

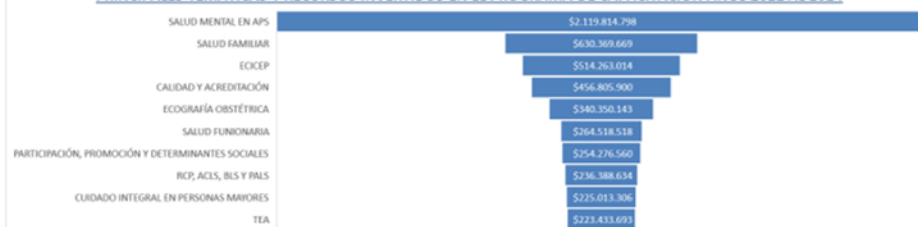
Santiago 17 junio de 2025

PROGRAMA DE CAPACITACIÓN Y FORMACIÓN EN APS

El Programa de Capacitación y Formación en APS está dirigido a funcionarios de Atención Primaria de la Red Asistencial, para la ejecución de actividades de capacitación que apuntan a responder de manera efectiva a las prioridades sanitarias nacionales establecidas por la División de Salud de la Atención Primaria (DIVAP).

En los últimos 3 años la inversión total de recursos del Programa asciende a \$21.103.267.624, capacitando a más de 60.000 funcionarios en el período.

PRINCIPALES TEMÁTICAS Y RECURSOS INVERTIDOS EN EL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN AÑOS 2022 AL 2024

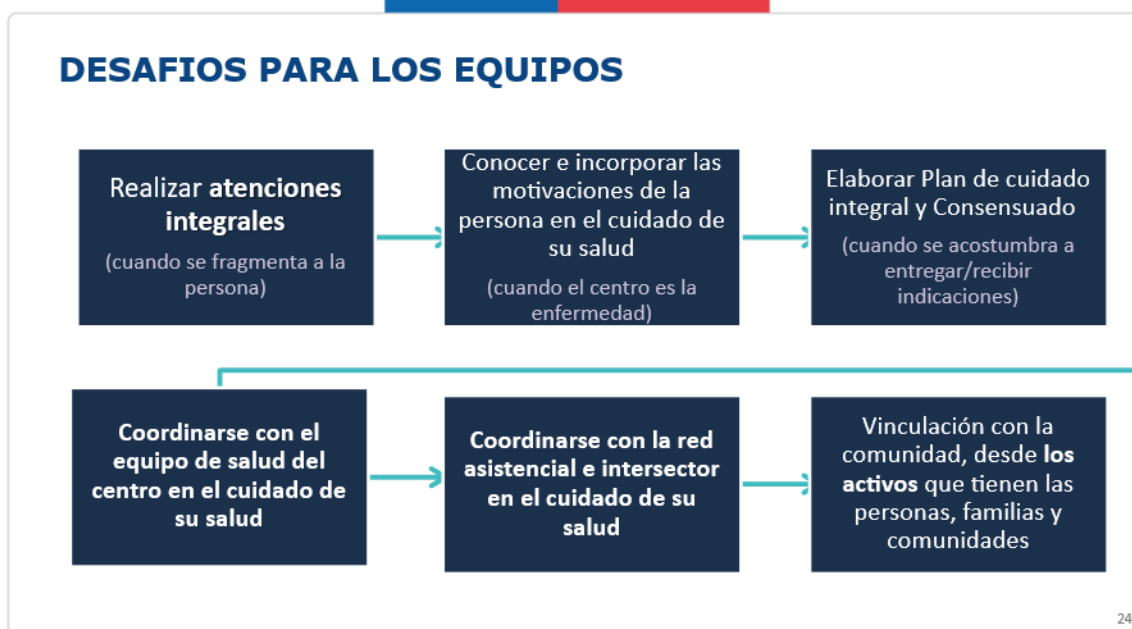


23

Los equipos de salud permanentes enfrentan el desafío constante de brindar atenciones verdaderamente integrales en un sistema que, paradójicamente, tiende a la fragmentación, incluso desde nuestras propias directivas ministeriales. Para transformar esta realidad, debemos centrarnos en las personas más que en las enfermedades, comprendiendo sus motivaciones, construyendo planes de cuidado consensuados y adaptando las intervenciones a cada contexto particular. Esto implica superar nuestra formación tradicional -especialmente en el caso de los médicos- que nos prepara principalmente para dar indicaciones, desarrollando en cambio habilidades de escucha activa y adaptación contextual. La verdadera integralidad requiere trabajo colaborativo en tres niveles: al interior de nuestros equipos multidisciplinarios (médicos, enfermeras, psicólogos, trabajadores sociales), con toda la red asistencial y con los actores comunitarios, identificando y potenciando los recursos locales existentes (líderes naturales, organizaciones, saberes tradicionales). Para lograrlo, necesitamos flexibilidad para adaptar protocolos sin perder rigor técnico, equilibrio entre conocimiento profesional y comprensión humana, capacidad de articular diversos saberes, y la transformación de nuestros servicios en espacios que faciliten el autocuidado y el cuidado colectivo. Este es el camino hacia una APS que atienda personas (no enfermedades), trabaje con comunidades (no solo para ellas) y valore todos los recursos disponibles para construir salud desde los territorios, superando las contradicciones actuales para ofrecer una atención verdaderamente integral, humana y adaptada a las realidades diversas de nuestra población.

Encuentro Nacional por la Formación en Salud

Santiago 17 junio de 2025



Vivimos constantemente la necesidad de desarrollar herramientas concretas para implementar un cuidado integral centrado en la persona, especialmente en casos de comorbilidad crónica. Este enfoque es precisamente lo que estamos profundizando en nuestro modelo de atención, y sabemos que a medida que avancemos, se irán incorporando naturalmente otras áreas bajo esta misma mirada centrada en las necesidades reales de las personas, no solo en definiciones técnicas o normativas. Cuando trabajamos integralmente, cuando miramos las situaciones de manera holística, debemos cuestionar incluso los protocolos establecidos. Por ejemplo, mientras las normativas indican que una matrona debe realizar 8 o 9 controles en el embarazo, si realmente nos centramos en la persona, podríamos encontrar que una mujer embarazada con buen apoyo social, red de contención y desarrollo saludable podría necesitar solo 4 controles. La clave está en saber recoger estos elementos contextuales y adaptar nuestra atención. Esta es la invitación permanente que hacemos, evaluar cada caso particular. Y aunque hay mucho más por compartir -podríamos extendernos en todos los aspectos que nos entusiasman-, hay un área delicada pero crucial que no podemos omitir: la formación en ética y probidad en los pregrados. El escenario actual nos muestra claramente que estos valores deben incorporarse de manera permanente en la formación de nuestros profesionales, junto con todos los avances técnicos que ya estamos implementando.

Para concluir, reconozcamos que es fácil entusiasrnos con todo lo que aún queremos transmitir y mejorar. Hay un aspecto delicado que a menudo evitamos mencionar explícitamente, pero que la realidad actual nos obliga a abordar la necesidad imperante de incorporar formación en ética y probidad en los pregrados de salud. Si bien hemos avanzado en muchos aspectos, estos valores

Encuentro Nacional por la Formación en Salud

Santiago 17 junio de 2025

fundamentales deben integrarse de manera permanente en la formación de nuestros futuros profesionales. Esto nos lleva a una pregunta crucial: ¿La formación actual de los trabajadores de atención primaria es realmente consistente con este modelo de atención centrado en las personas y con las necesidades sociosanitarias reales de nuestro país?. ¿Estamos preparando profesionales capaces de promover verdaderamente la salud y el bienestar de las personas, familias y comunidades? Esta sigue siendo una de nuestras grandes interrogantes, un desafío en el que debemos persistir. Retomo las palabras del doctor Rafael Cofiño, médico de familia español: "El centro de salud no es el centro de la salud". Esta poderosa reflexión nos recuerda que nuestra mirada debe trascender las paredes de la consulta, extendiéndose hacia las personas en su ambiente cotidiano, en sus familias y en sus territorios, que son donde realmente se construye y mantiene la salud.

**El centro de salud
no es
el centro de la salud**

Rafael Cofiño



Encuentro Nacional por la Formación en Salud

Santiago 17 junio de 2025

Panel de discusión: Obstáculos institucionales para la formación profesional y técnica de las y los trabajadores en APS, y la necesidad de una formación centrada en las personas.

Moderadora:

Verónica Bustos/ Jefa de la División de Gestión de Desarrollo de las personas (DIGEDEP). Subsecretaría de Redes Asistenciales. Ministerio de Salud.

Panelistas:

Dr. Miguel O'Ryan Gallardo/ Decano facultad de Medicina Universidad de Chile.

Dra. María Soledad Barriá Iroumé/ ex Ministra de Salud, ex Coordinadora del Consejo Asesor para la Atención Primaria Universal y académica de la Universidad de Los Lagos. Representante Ues por el Territorio.

Dr. Matías González Tugus/ Decano Facultad de Medicina, Universidad Diego Portales.

Dra. Marcela Castillo/ Representante ASOFAMECH. Decana Universidad del Desarrollo.

Nicolás Duhalde Correa/ Representante Asociación Chilena de Municipalidades (AChM).



Este encuentro tan esperado ha reunido a importantes expositores esta mañana -el Subsecretario, la doctora Aravena, el representante de OPS-, quienes han compartido reflexiones profundas sobre los desafíos sanitarios que enfrentamos: agravamiento epidemiológico, desigualdades en el acceso, seguridad y dignidad sanitaria, y una red de más de 2,600 puntos de atención que requiere integración con todos los niveles del sistema. De igual forma el Subsecretario nos dejó una pregunta poderosa: ¿Para qué parte del río estamos formando a nuestros profesionales de salud?. Una metáfora gráfica que invita a reflexionar sobre si estamos preparando equipos para abordar la complejidad biopsicosocial y los determinantes sociales de la salud, no solo para intervenciones

Encuentro Nacional por la Formación en Salud

Santiago 17 junio de 2025

técnicas. La doctora Aravena, por su parte, nos confrontó con un ejemplo reciente y doloroso para nuestro sector, que evidencia las consecuencias de no actuar con esta mirada integral.

Ahora, abrimos el diálogo con nuestros panelistas con una primera pregunta, conscientes de que todos aquí compartimos un profundo compromiso con la Atención Primaria de Salud. Considerando los desafíos expuestos -la formación profesional, la integración de la red y los determinantes sociales, para así lograr identificar pasos concretos que debemos priorizar para construir una APS que responda a estas complejidades, sin perder de vista la dignidad y las necesidades reales de las personas

Pregunta N°1

¿Cuáles son los principales obstáculos institucionales que ustedes identifican, desde sus diversas experiencias y trayectorias profesionales, para avanzar hacia una formación de profesionales de salud realmente basada en los principios de la Atención Primaria?.

R- Nicolás Duhalde: Muchas gracias por la invitación al equipo organizador, el Ministerio de Salud, y a todos los queridos amigos presentes durante esta jornada. Yo trabajé en el Ministerio de Salud como jefe de la Subsecretaría de Redes Asistenciales durante períodos prolongados, incluyendo la difícil etapa de pandemia que nos tocó enfrentar desde ese rol. Hoy me desempeño como Director de Salud de la comuna de Huechuraba, un territorio donde conviven diversas realidades sociales en un mismo espacio físico, lo que nos permite observar distintas necesidades de atención.

Para hablar sobre los obstáculos que mencionó la moderadora Verónica, debo señalar que existen barreras complejas en la formación de profesionales. Primero, persiste una visión en la atención primaria donde el médico tradicionalmente no valora suficientemente a otros profesionales de la salud. Este es un problema grave, porque dificulta hacer atractiva la APS para que los médicos quieran trabajar en este nivel, especialmente en zonas alejadas de los centros urbanos donde la situación es aún más compleja. Por eso es crucial que durante la formación los futuros profesionales -no solo médicos- conozcan todas las prestaciones que pueden realizar los distintos profesionales de salud, fomentando un trabajo verdaderamente integral. Recuerdo que hace un tiempo el Ministerio de Salud enfocó importantes esfuerzos en fortalecer el rol de la enfermería, y creo que ahí hay un espacio enorme para seguir avanzando.

Segundo, debemos fortalecer la colaboración con las universidades. En Huechuraba trabajamos con la Universidad Mayor y la Universidad de Chile, pero especialmente valoramos el conocimiento que tienen las universidades regionales sobre sus territorios. Esta capacidad formadora de las universidades es clave para construir un sistema que realmente funcione.

Tercero, en la formación de médicos de familia hemos identificado dos aspectos críticos: deben adquirir competencias en gestión administrativa de centros de salud, y necesitan desarrollar una relación fluida con los hospitales. En nuestro caso, estamos trabajando para mejorar la conexión con el Hospital San José, porque es fundamental que el médico de APS conozca en profundidad el funcionamiento hospitalario para lograr una verdadera integración entre la atención primaria, secundaria y terciaria.

Encuentro Nacional por la Formación en Salud

Santiago 17 junio de 2025

R- Dr. Miguel O’Ryan: La mirada debe ser a multinivel. Yo soy un convencido y admirador del sistema de salud en Chile, y también he visto cómo lo admiran fuera del país. Pero sabemos que tenemos muchas debilidades que superar. Habrán leído en la revista BMJ que salió hace un par de meses varios artículos sobre la crisis de la medicina académica y la necesidad de una revolución en esta formación mirando hacia el futuro. Varios aspectos de esa crisis tienen mucha relación con lo que estamos hablando hoy.

El aspecto central es el desalineamiento entre lo que hacen las instituciones formadoras y lo que necesitan las instituciones de salud del país. Hay una falta de integración y suficiente conversación para que estén debidamente alineadas. Este es uno de los temas clave que ha llevado a que muchas veces las facultades vayan por un camino que parece lógico, pero no es necesariamente el más adecuado para el país. En Chile hoy estamos formando -y voy a hablar solo de medicina, pero aplica a todas las especialidades- más de 3,000 médicos anualmente, con una curva ascendente que nos llevará a tener aproximadamente un médico por cada 150 habitantes en 10 años. La pregunta crucial es: ¿cómo está alineado esto con las necesidades reales del país? ¿Cómo se relaciona con la política de salud?. La formación masiva de médicos para una atención primaria resolutive no se está conversando suficientemente.

En ese sentido, reuniones como la de hoy son cruciales. No puedo dejar de felicitar esta iniciativa (aunque ha habido muchas antes) y espero que esto derive en grupos de trabajo de integración superior con los responsables del desarrollo sanitario del país, para avanzar conjuntamente.

Para terminar, quisiera plantear dos áreas generales para comenzar: i) Alinear mejor qué profesionales estamos formando, con una visión no de 3-5 años (como suele hacerse según las peticiones del Ministerio), sino de 5-15 años. ¿Qué tipo de especialistas?, ¿Qué perfil de médico general necesitaremos?. Esto requerirá ajustes curriculares progresivos; ii) Establecer una relación más proactiva y eficiente, especialmente en lo que respecta a los campos clínicos -tanto hospitalarios como de atención primaria-. Actualmente la conversación es muy transaccional ('yo te doy, tú me das'), lo que está causando mucho daño. Debemos avanzar juntos en este desarrollo, entendiendo que los centros de salud deben ser simultáneamente centros formadores y de atención, lo que mejorará la calidad médica del país. En esta vía de integración, de hacer una mejor medicina y formación médica, quería partir tocando este punto que considero fundamental para 'traer la pelota al piso'.

R- Dra. María Soledad Barría: Primero, yo quiero -como siempre- discutir el título de la pregunta. Dice 'cuáles son los obstáculos institucionales'. Perdonen que sea tan chascona, pero yo creo que el mayor obstáculo no es institucional, es conceptual. ¿Qué consideramos que es salud y qué consideramos que es enfermedad?. Hoy estamos formando gente para la enfermedad y no para la salud. Necesitamos cambiar el switch y decir: bueno, con estos 5 millones de habitantes con enfermedades crónicas, ¿cómo hacemos para que vivan dignos y felices?. No solamente enfocarnos en que no van a superar la hipertensión, la diabetes o el colesterol alto. Tenemos que cambiar entonces el concepto de hacia dónde vamos y para qué estamos formando a los profesionales.

Este concepto de salud versus enfermedad debe guiarnos en el cambio. El predominio de lo biomédico nos ha llevado a que todos nuestros estudiantes creen que la salud de sus poblaciones depende únicamente de su acción, y eso no es así. Sabemos que el 50% depende de factores como vivir en un campamento, como decía la doctora. Por eso necesitamos: Más ciencias sociales en las

Encuentro Nacional por la Formación en Salud

Santiago 17 junio de 2025

carreras de salud, Técnicos de salud con visión humanista y superar la falsa dicotomía entre lo científico y lo social (lo social también es científico, y lo científico tiene componentes cualitativos). Debemos partir de un concepto distinto de salud (no solo de enfermedad) y formar profesionales para la salud. Esto implica, i) Integralidad en la atención; ii) Incorporación de ciencias sociales; iii) Reconocimiento pleno de trabajadores sociales en los equipos.

Esta fragmentación del modelo biomédico está siendo superada -felizmente- en la APS. Saludo al Ministerio de Salud porque hoy se está dando una verdadera revolución al interior del box con la estrategia ECICEP. Antes íbamos agregando programas como una torta milhoja (programa A, programa B, programa C), pero ahora existe la posibilidad de atender a las personas considerando todos sus necesidades de manera integrada. Sin embargo, hay otro cambio crucial para el que no estamos formando adecuadamente: cómo nos posicionamos como profesionales frente a las personas que atendemos. Antes éramos autoritarios ('aquí está su receta, pase por allá'). Hoy hablamos de planes consensuados de salud. Desde Universidades por el Territorio hicimos una pequeña encuesta: el plan consensuado no se enseña más que en salud familiar, y esta se imparte solo en posgrado. Necesitamos en ese sentido: Generalistas con formación en este enfoque, profesionales y técnicos capaces de relacionarse horizontalmente, trabajo en equipo real, Multisectorialidad, Horizontalidad en las relaciones e incorporación de elementos sociales.

Sé que hay mucho por abordar también a nivel institucional, pero prefiero desarrollarlo en próximas intervenciones.

R- Dr. Matías González: Me gusta escuchar a los panelistas hablando en este lenguaje, me encanta la verdad, y agradezco a los organizadores por esta convocatoria a la reflexión. Se le atribuye a Margaret Mead, una antropóloga, un concepto sobre el desarrollo de la civilización que ella ilustra con el primer homínido que se fracturó y sobrevivió -no por el cuidado de un individuo, sino de una comunidad entera-. Esto es muy bonito y debemos volver a esa esencia.

La atención primaria es probablemente una de las pocas -o la más válida- estrategia que tiene nuestro Estado donde la comunidad cuida al otro desde una mirada compasiva, centrada en el otro y no en nosotros mismos. Ahí tenemos un trabajo enorme como universidades: formar una mirada compasiva significa que nuestros profesionales de APS no solo sepan lo técnico (que es indudablemente importante), sino que desarrollen la capacidad de ponerse en el lugar del otro, lo cual es aún más relevante. Recuerdo un caso en Calbuco hace unos años: una señora llegó con su hijo en psicosis aguda. Tuvo que tomar una barcaza a las 4 AM, dejar a otro hijo con enfermedad mental grave en una casa abandonada, cruzar el mar en invierno (los que conocen Calbuco saben lo bravo que es) solo para llegar al hospital. Ante esto, ¿cómo mirar su situación sin considerar de dónde viene y las dificultades que enfrentó? Esto exige una acción integrada de equipos multiprofesionales.

Tenemos una gran responsabilidad los que representamos a las universidades: instalar el rol social de la formación. Esto implica múltiples estrategias, como: i) Formación basada en competencias (comunicación, colaboración, profesionalismo); ii) Transmitir el verdadero profesionalismo desde el inicio; iii) Modificar currículos para incluir desde primer año, como los modelos por competencias, acercamiento a la APS (como trabajamos con la Dra. Patty Vargas) y la flexibilidad para abordar lo social sin perder la experticia técnica. El médico, enfermero, terapeuta ocupacional o trabajador social debe ser experto en su área, pero también desarrollar competencias humanistas

Encuentro Nacional por la Formación en Salud

Santiago 17 junio de 2025

fundamentales. Ese es el equilibrio que necesitamos lograr en la formación de los futuros profesionales de salud.

R- Dra. Marcela Castillo: Muchas gracias. Es un honor para mí representar a ASOFAMECH hoy, porque representar esta asociación es representar a un grupo de decanos y decanas que nos reunimos mensualmente para establecer acuerdos sobre los mínimos necesarios que garanticen calidad formativa. Esto es muy valioso, porque a pesar de nuestras diferencias, siempre buscamos el bien superior: que los pacientes, sus familias y comunidades estén satisfechos con los médicos que formamos. Desde esta perspectiva, quiero compartir buenas noticias: realizamos un diagnóstico con los directores de carrera (quienes también se agrupan y coordinan) y encontramos que el 100% de las escuelas ya incluyen internados en atención primaria, y más del 95% han incorporado la APS en el pregrado (algunas desde primer año, otras en cursos avanzados), esto demuestra que la intención de cambio cultural está presente.

El desafío principal -respondiendo a la pregunta planteada- es transformar las dificultades que mencionó el Dr. Ryan sobre la interacción en APS. Debemos crear en estos espacios un ambiente educativo que permita esa 'transferencia mágica' de conocimiento entre generaciones, similar a lo que históricamente ocurría en los hospitales. Para lograrlo: i) una parte depende de nosotros (las universidades), donde se pueda incorporar promoción y prevención, pilares de la medicina futura, y enseñar autocuidado profesional para mejorar la permanencia en APS; ii) una parte requiere apoyo institucional, quiere decir garantizar que los centros de salud sean espacios formativos de excelencia y fomentar ecologías educativas sostenibles. No podemos seguir esperando. Necesitamos profesionales que promuevan salud desde todas las perspectivas, y eso comienza por su propio bienestar. La alta rotación en APS es un problema grave, y debemos abordarlo formando egresados que elijan quedarse y crecer en estos espacios.

Síntesis

Moderadora Verónica Bustos: La síntesis de lo expuesto por los panelistas muestra enfoques profundamente complementarios. Partiendo por una reflexión crucial que nos han planteado: no debemos comenzar por los obstáculos, sino por replantearnos el concepto mismo de salud. Esto se vincula directamente con:

1. El rol del médico como parte integrante de un equipo interdisciplinario de salud, no como figura aislada;
2. Los desafíos operativos en el funcionamiento de las redes integradas;
3. La integración Salud-Educación como eje estratégico.

Estas experiencias compartidas nos confirman algo fundamental: las competencias requeridas -no solo para médicos, sino para todo el equipo de salud- deben incluir dimensiones que tradicionalmente han sido insuficientemente abordadas, como, el trabajo comunitario, la perspectiva biopsicosocial y la gestión colaborativa.

Finalmente, recibimos con esperanza las buenas noticias desde ASOFAMECH sobre los avances concretos en formación: la incorporación temprana de prácticas en ambientes comunitarios, que permiten a los estudiantes vivir la APS desde los primeros años de carrera. Este es justamente el

Encuentro Nacional por la Formación en Salud

Santiago 17 junio de 2025

tipo de transformación que necesitamos para formar profesionales alineados con los principios de la atención primaria.

Pregunta N°2

Moderadora Verónica Bustos: Como hemos visto, hay bastante sintonía en lo expuesto, y para avanzar en este diálogo -con miras a establecer compromisos concretos al final de esta jornada- quisiera plantear una reflexión central: ¿Qué acciones específicas necesitamos para promover cambios reales en la formación de profesionales de salud, considerando los ejes críticos que hoy hemos identificado?. Debemos abordar con urgencia cómo transformar los contenidos curriculares para combinar adecuadamente las ciencias biomédicas tradicionales con los saberes sociales que requieren nuestros futuros profesionales. Junto con esto, es clave replantear las metodologías educativas -no basta con incluir estos temas teóricamente, necesitamos estrategias que permitan desarrollar competencias prácticas en trabajo comunitario y enfoque biopsicosocial.

Pero quizás lo más desafiante sea, ¿Cómo convertir los centros de APS en espacios formativos verdaderamente valorados?. Necesitamos que la atención primaria deje de ser vista como un escenario secundario y pase a ser reconocida como un espacio docente de excelencia, donde los estudiantes puedan vivir desde temprano la riqueza y complejidad de este nivel de atención. Solo así lograremos que las nuevas generaciones de profesionales no solo comprendan intelectualmente la importancia de la APS, sino que la elijan como su campo de desarrollo profesional.

Esta es la pregunta que les dejo para seguir avanzando: **¿Qué pasos concretos e inmediatos podemos dar en estos tres frentes -contenidos, metodologías y escenarios formativos- para materializar los cambios que hoy hemos reconocido como urgentes y necesarios?.**

R- Dra. Marcela Castillo: Voy a ser muy concreta, tratando de reflejar la mirada de todos los decanos -tanto los presentes como los que nos acompañan en línea-. La primera barrera que identificamos es: ¿cómo garantizar el tiempo de los profesionales de APS para la docencia?. Esto replica el desafío hospitalario de equilibrar asistencia y formación, donde la docencia requiere tiempo adicional que puede percibirse como menos eficiente en ciertos contextos.

Cuando buscamos reclutar docentes en APS, muchos interesados enfrentan este dilema. Por eso propongo, como señalaba el Dr. O’Ryan, hacer una declaración clara: ¿Por qué no considerar que todo espacio de atención con presencia de estudiantes -desde primer año (observando), hasta el internado (asumiendo roles)- sea simultáneamente tiempo asistencial y docente?. Así aprendimos nosotros: de mentores que nos mostraron su práctica cotidiana. Hoy, cuando los estudiantes son excluidos del box porque el doctor debe ir más rápido, les enviamos señales contradictorias. ¿Cómo esperamos que valoren la APS si no se forman en ella adecuadamente?. Este círculo virtuoso se rompe, y depende de nosotros reconstruirlo mediante acuerdos concretos. El segundo punto urgente es: ¿Cómo formar en interdisciplina desde el pregrado para que el trabajo colaborativo sea natural en su futuro laboral?. Esto exige coordinar currículos, mallas horarias y espacios formativos (centros de salud y simulación) para que equipos completos aprendan juntos. Aunque complejo, las universidades ya estamos trabajando en soluciones.

Encuentro Nacional por la Formación en Salud

Santiago 17 junio de 2025

R- Dr. Matías González: Suscribo plenamente lo que está diciendo la decana. Y yo asumiría, quizás, una mirada más allá, ya porque el señor subsecretario nos invita a proyectarnos, a soñar, ¿cierto?. A imaginarnos cómo querríamos el futuro. Yo creo que en ese sueño, en esa proyección, necesitaríamos también hacernos algunas preguntas que son válidas, Antes de partir nuevamente, porque siempre estamos partiendo y partiendo desde cero.

Para los seres humanos, esto es un gran desafío. Para la universidad, podría ser el formar multiprofesionalmente en competencias, etcétera. Pero otro desafío podría ser el saber realmente dónde estamos situados, lo que estamos haciendo. Aparentemente, por la experiencia internacional, es muy positivo y valorado: equipos multiprofesionales en toda la atención primaria, una red pública que atiende a la gran mayoría de la población. Hay que relevarlo. La pregunta es si estamos en el camino correcto. Primero, desde lo cuantitativo: ¿Cuánto nos falta?. Nos mostraban números bien impresionantes: 11,000 profesionales médicos trabajando, más o menos, y un número muy importante de profesionales de todas las áreas en atención primaria. ¿Nos faltan?, ¿Tenemos que proyectarnos con lo que viene?. El mantenimiento, la inteligencia artificial, entre otras cosas. Entonces, debemos hacer una proyección con datos, y probablemente sería importante que invirtiéramos en definir, para dónde vamos.

También hay que mirar si lo que estamos haciendo es la línea correcta: cantidad, calidad, las competencias que realmente necesitamos. ¿Qué tipo de profesionales vamos a requerir? Porque las universidades les vamos a responder. Probablemente sí nos interesa, si ese es nuestro desafío: formar gente para nuestro territorio, ¿cierto?, pero necesitamos ese insumo, en el que también podemos colaborar: buscar esa data y hacernos buenas preguntas. No es solamente una retórica académica, sino una interrogante para evaluar lo hecho en este último tiempo: ¿Cómo seguimos?, ¿Cómo soñamos en esta proyección?.

R- Dra. María Soledad Barría: Por lo menos a mí me interpretan los dos plenamente. Creo que hace 10 o 15 años, prácticamente todas las universidades iniciaron -yo diría- una doble transformación. Por una parte, cambiaron sus perfiles de egreso buscando generalistas, como el que estamos conversando; y a su vez, en el mismo momento, se establecieron las competencias. Es decir, se cambiaron los objetivos por las competencias. Diez o quince años más tarde, creo que ninguno de nosotros está realmente formando el perfil de egreso que, de repente, declaramos. En todas las universidades -al menos las que yo conozco- se armó un equipo que fue haciendo seguimiento del cambio hacia las competencias, y nos fuimos formando en esto de pasar de objetivos a competencias. Hubo una preparación al interior de las universidades para este cambio, pero no pasó lo mismo con el cambio del perfil. Quizás faltó institucionalizar un equipo de seguimiento.

¿Qué pasa con las ciencias sociales al interior de nuestras facultades?, ¿Qué pasa con la capacidad de interdisciplina?, ¿Qué pasa?. Porque eso lo declaramos en general en los perfiles de egreso, pero no lo cumplimos. ¿Cómo lo corregimos?. Yo creo que ahí hay un tema universitario que también tenemos que enfrentar, porque sigue predominando el modelo biomédico -insisto-, el modelo flexiveriano y la fragmentación: el gran mandato. Por otra parte, el trabajo, hace muchos años, nuestros antecesores fueron capaces de soñar la carrera docente-asistencial y se armó en los hospitales. ¿Por qué no soñamos una carrera docente-asistencial (o asistencial-docente) en atención primaria?. Ahora han cambiado los tiempos: la atención primaria también necesita incentivos. El

Encuentro Nacional por la Formación en Salud

Santiago 17 junio de 2025

personal requiere motivaciones para dedicarse a esto; se necesitan espacios donde -por ejemplo- el Ministerio de Salud tenga un rol, porque las metas de productividad, como muy bien decían ustedes, también atentan contra la posibilidad de tener estudiantes. Pero además necesitamos carreras docentes en atención primaria. Aquí quiero hacer un llamado -algo que hemos reflexionado en las universidades-: el territorio no es solo el campo clínico, sino el campo de formación de nuestros estudiantes. No se limita al interior de los centros, sino a los territorios mismos. Y aquí surge otro gran desafío para las universidades, que podría ser tarea de esta pequeña comisión de observación, como usted bien dice: ¿Tenemos una asociación con el territorio a largo plazo, o es solo que usaremos el territorio para extraer capacidades y formara nuestros estudiantes?, ¿O la universidad se compromete con un desarrollo más duradero y multidimensional en ese territorio?. Entonces, creo que necesitamos: i) Proyectos de largo plazo y alianzas estratégicas entre universidades y territorios; ii) Formación en el territorio y en los centros de salud; y iii) Seguimiento de lo que hacemos -a veces nos cuesta mirarnos hacia adentro, como bien se señala-.

R- Dr. Miguel O'Ryan: La verdad que me sumo a todo lo que se ha dicho. Yo creo que parte del desafío del futuro - en la salud y en la salud académica - es la integración de todos los actores en la definición de la salud de las personas, y que todos participen. Quisiera mencionar dos temas adicionales nomás. Uno que tiene que ver con la carrera propiamente tal, con lo práctico: ¿el campo laboral actual para los profesionales de la salud, especialmente los médicos y médicas en atención primaria, es atractivo o no es atractivo?. Y si uno es honrado en esto - porque yo lo tengo que decirlo- generalmente no es la carrera que buscan por antonomasia, sino que pasa a ser una parte transitoria. Pasan por la atención primaria para ir a la especialidad. Esto es una realidad, una realidad que tenemos que ver cómo la cambiamos. Pero eso parte por hacer una carrera en la atención primaria que tenga un desarrollo en tres aspectos: i) El aspecto financiero; ii) El desarrollo profesional; iii) El desarrollo académico.

Ahí tenemos un desafío si realmente queremos pasar del discurso a la realidad, y poder atraer a los jóvenes con los perfiles que tenemos hoy día, especialmente para ir a trabajar en los territorios más difíciles, donde más cuesta llegar. No puedo estar más de acuerdo con la competencia fundamental de implementar el aporte de las ciencias sociales y humanidades. Tenía una lista de competencias pero ya han sido dichas, y son claves: ¿cómo podemos realmente introducir los temas de humanidades, ciencias sociales, empatía con la comunidad? La parte ética es tan importante, como lo vemos hoy día con nuestros jóvenes cuando ingresan a los 16, 17, 18 años. Es una necesidad formativa fundamental.

Definitivamente, ¿qué cosa creo yo que tenemos que hacer diferente a lo que estamos haciendo hoy día?. Porque estamos haciendo cosas importantes, buenas, pero para pensar en ese profesional resolutivo de la nueva atención primaria - porque eso es lo que estamos pensando, no hacer lo mismo que estamos haciendo hoy día- queremos ayudar a resolver listas de espera desde antes que tengan que llegar al hospital, que sean resolutivos a nivel de la atención primaria. Tenemos que trabajar entonces en definir el conjunto de los objetivos sanitarios y las acciones preponderantes para alimentar estas competencias remiradas. No se trata solo de un ajuste curricular en la Facultad de Medicina - los currículos tienen una proyección generalmente de dos, tres años hay que estar pensando aquí para el próximo cinco, siete, ocho o diez años, porque eso es lo que duran las carreras. En ese sentido, tenemos que estar pensando en conjunto. Nosotros, la Facultad de

Encuentro Nacional por la Formación en Salud

Santiago 17 junio de 2025

Medicina, tenemos que definir considerando nuestras capacidades actuales. Yo sigo pensando que la formación debe estar íntegramente ligada con todo el trabajo de apoyo en los territorios, pero quienes deben estar probablemente llevando la batuta - porque a eso nos dedicamos - deben ser la Facultad de Medicina. Debe haber - y voy a insistir- una colaboración estrecha entre la universidad y los centros de salud. Tiene que haber mayor vinculación. No me va a alcanzar nunca. Esto no puede ser transaccional. Y finalmente, todo esto tiene un costo. Todo esto tiene costo. Hay que ver y valorar cuánto es finalmente el costo, lo que significa formar a este profesional de la salud.

Por último, vamos a tener que ir viendo claramente los roles que va a tener el médico egresado, con una formación más clara en atención primaria resolutive, como el médico que entra a la especialidad de atención primaria o medicina familiar, los cursos de capacitación entre medio. En todo esto que hablamos de la carrera, para ver cómo se va a desarrollar finalmente este sistema de atención primaria súper transdisciplinario, súper transdisciplinar, donde cada uno de los actores de la salud juega un rol fundamental.

R- Nicolás Duhalde: Parto estando de acuerdo con la mayor parte -con casi todo- lo que acaban de decir los panelistas anteriores. Pero también quiero abrir un espacio a la realidad de lo que ocurre en los municipios y, principalmente, con el rol que represento en esta mesa de la Asociación Chilena de Municipalidades. La verdad es que -como mencionaba el decano- la atención primaria deja de ser atractiva muchas veces. La ausencia de una carrera real para los funcionarios de atención primaria es una realidad. No tienen todas las capacidades ni los elementos atractivos para hacer una buena carrera desde ese punto de vista. Falta quizá incorporar mayores incentivos, no solo en lo económico -que va, es importante-. Gran parte de las comunas hace pocos meses estuvimos al borde de no poder pagar a tiempo las metas. Fue tremendo, muchos médicos no recibieron su bono en el momento correspondiente. Entonces, si no solucionamos esas cosas estructurales, bueno, no vamos a hacer una carrera realmente atractiva. Por tanto, necesitamos: i) Mayor tecnología incorporada en los centros de atención primaria, para que los profesionales -médicos y no médicos- puedan formarse y contar con las herramientas necesarias para atender mejor a los pacientes; ii) Incentivos bien estructurados -no solo económicos- que hagan que la carrera sea orgullosa y estable.

En ese mismo sentido, me gustaría reafirmar que tampoco estamos de acuerdo -al menos desde nuestra visión en Huechuraba- con esa mirada transaccional. Nosotros nos juntamos al inicio del gobierno municipal con todos los decanos de medicina que tienen campos clínicos en la comuna, y los pusimos bajo un eje estratégico común. Construimos acuerdos entre nuestra mirada como municipio y la de las facultades -así lo hicimos con varias universidades aquí presentes-. Resalto, sobre todo, a la Universidad Mayor porque los veo justo aquí al frente, pero con cada una nos sentamos uno a uno para definir esos objetivos. Esa forma de construcción fue clave. Pero insisto, para que las personas puedan desarrollarse profesionalmente en atención primaria de salud, necesitamos hacer que la carrera en APS sea atractiva, que los mejores quieran estar aquí, mejorar tecnología e infraestructura muchos centros de atención primaria tienen condiciones deficientes, poco dignas para la atención y garantizar que las formaciones sean las mejores, no las que sobran para APS. Requerimos esa inversión y compromiso real.

Encuentro Nacional por la Formación en Salud

Santiago 17 junio de 2025



Discusión final

Moderadora Verónica Bustos: Sin duda, el hecho de que el espacio de atención primaria sea más atractivo para el desarrollo profesional y académico es clave sobre todo para prácticas tempranas en contacto con la comunidad. Ahora, no se trata de transformarlo en un hospital pequeño (por supuesto que no), sino de aprovechar que la APS está inserta en los territorios para generar proyectos de desarrollo intersectorial que sean atractivos. Así, los profesionales y equipos de salud no solo se desempeñarán allí, sino que podrán enamorarse de la atención primaria.

De igual forma quiero rescatar algo central que ha surgido aquí: las motivaciones y preferencias de los jóvenes que inician su carrera profesional. Mi pregunta concreta es: **¿Cómo podemos - universidades, ministerio y otros actores- encantar más a estas nuevas generaciones para que valoricen la APS?** No solo como espacio de formación, sino como un ámbito de desempeño y compromiso, y no como trampolín hacia la especialización (como suele ocurrir por nuestras propias políticas).

En otras palabras, como universidades, en su rol privilegiado de contacto con jóvenes: **¿Qué estrategias usan o proponen para motivar a las generaciones actuales y futuras?**, y **¿Cómo revalorizar la APS desde lo curricular y lo experiencial?**. Y como sistema, **¿Qué cambios estructurales (incentivos, infraestructura, tecnología) son urgentes para que esto no quede en discurso?**.

R- Dr. Miguel O'Ryan: quiero enfatizar un concepto fundamental: que nuestros jóvenes comprendan y hagan propios los determinantes sociales de la salud desde el primer día de su formación. Esto es crucial y debe trabajarse desde el inicio. Propongo implementar cursos transdisciplinarios integrados desde primer año, donde todos los actores de la salud -médicos, enfermeros, kinesiólogos y otros profesionales- se conozcan, interactúen y avancen juntos en su proceso formativo. Al mismo tiempo, debemos definir con claridad qué perfil de egreso queremos lograr, aunque reconozco que esto no es tarea fácil. Los números nos muestran una realidad

Encuentro Nacional por la Formación en Salud

Santiago 17 junio de 2025

contundente: apenas el 15% al 20% de nuestros egresados terminan trabajando en atención primaria. Necesitamos hacer mejores proyecciones para entender cuántos médicos, enfermeros, kinesiólogos y otros profesionales requerirá realmente el sistema de salud del futuro. Estas proyecciones nos permitirán planificar de manera más efectiva. La realidad actual nos muestra que estamos algo perdidos en este aspecto, avanzando sin rumbo definido. Debemos transformar la atención primaria en una opción profesional atractiva y viable a largo plazo. El egresado o especialista debe verla como un espacio donde pueda desarrollarse durante 10, 15 o incluso 20 años, con oportunidades reales de crecimiento profesional y económico. Que no sienta que debe migrar a otras especialidades para lograr sus metas. Este es un desafío monumental que tenemos por delante. Si realmente queremos cambiar las cosas - y no quedarnos solo en el discurso -necesitamos acciones concretas y coordinadas entre todos los actores, universidades, ministerio y servicios de salud. La transformación debe ser real, profunda y sostenible en el tiempo.

R- Nicolás Duhalde: Permítanme reformular la pregunta: el desafío no es sólo cómo las universidades pueden hacer más atractiva la APS, sino cómo nosotros, los municipios, podemos ser más atractivos para los estudiantes y profesionales. La respuesta pasa por cambios concretos que ya estamos implementando.

Primero, debemos abordar urgentemente el tema de seguridad en nuestros centros. La creciente violencia está alejando a buenos profesionales y dificultando que los estudiantes lleguen a hacer sus prácticas. Esto no es algo menor: sin seguridad básica, todo lo demás pierde sentido. Segundo, la infraestructura sigue siendo una vergüenza. Las recientes lluvias en Santiago dejaron al descubierto centros con goteras y condiciones indignas, tanto para la atención de pacientes como para la formación de estudiantes. ¿Cómo esperamos atraer talento si no podemos garantizar espacios dignos?. Tercero, necesitamos una revolución tecnológica en la APS. No hablo sólo de equipos nuevos, sino de crear entornos donde los estudiantes puedan aprender con herramientas modernas y sistemas innovadores que realmente preparen para el futuro. Pero el cambio más profundo debe ser cultural. Los municipios debemos dejar de trabajar aislados y establecer alianzas estratégicas con las universidades, viéndolas como socios y no como proveedores de servicios transaccionales.

En Huechuraba dimos un paso clave, creamos un Comité Científico municipal que ya está generando investigación aplicada en nuestros centros de salud. Esto ha sido un ganar-ganar ya que atrae a universidades que buscan campo clínico con sentido, y nos da acceso a conocimiento de punta. La fórmula es clara: seguridad básica, más infraestructura digna, más tecnología, más investigación, más alianzas genuinas. Así dejaremos de ser el último escalón y nos convertiremos en el primer choice para profesionales talentosos.

R- Dra. Marcela Castillo: Me sumo completamente a esta conversación sobre cómo soñar y construir una atención primaria más resolutive y atractiva. Como muchos han señalado, la capacidad de resolver problemas de salud de manera efectiva es fundamental - cuando un profesional puede dar soluciones concretas, encuentra mayor satisfacción en su trabajo. Por eso debemos priorizar todo lo que mejore esta resolutive. Esto implica replantearnos varias cosas, quizás necesitemos formar a todos los profesionales en ecografías básicas para una mejor toma de decisiones (solo por poner un ejemplo), o asegurar que la transformación digital sea real que lo registrado en las fichas clínicas de APS sea verdaderamente considerado en los hospitales. Los

Encuentro Nacional por la Formación en Salud

Santiago 17 junio de 2025

sistemas deben conversar horizontalmente, sin jerarquías donde el hospital siempre parezca más importante. Pero hay algo aún más básico, la infraestructura. Cuando diseñemos nuevos centros, debemos incorporar espacios dignos para estudiantes desde el principio. Hoy vemos cómo literalmente se quedan parados fuera de los boxes, esperando que alguien "les dé tiempo". ¿Cómo podemos esperar que se enamoren de la APS si no tienen dónde sentirse parte del equipo?. Soñemos entonces centros donde la tecnología permita resolutiveidad real, los sistemas de información estén realmente integrados, los espacios físicos inviten a aprender y participar, y os equipos estén preparados para formar mientras atienden. Esta es la APS que puede atraer y retener talento: resolutive, conectada, y diseñada para formar a las nuevas generaciones desde el primer día.

R- Dra. María Soledad Barría: Coincido plenamente con lo expresado sobre la formación inicial y el enfoque en los determinantes sociales de la salud. La exposición temprana de los estudiantes a la atención primaria y a las comunidades es fundamental, pues crea una impronta duradera. Aquí surge un punto clave: quienes guíen este aprendizaje no deben ser sólo los maestros hospitalarios o superespecialistas, sino que debemos elevar el perfil de los profesionales que trabajan directamente en APS. Las universidades no pueden limitarse a hacer 'visitas' a los territorios; necesitamos que sean los propios equipos de atención primaria -con su riqueza interdisciplinaria e intersectorial- quienes asuman el rol docente. Pero para esto, deben contar con condiciones adecuadas: tiempo protegido, remuneración justa, espacios e infraestructura apropiados. Estos equipos encarnan un modelo de salud distinto, más integral, y exponer a los estudiantes a esta realidad desde los primeros años puede cambiar profundamente su mirada. Esto nos plantea un doble desafío formativo: por un lado, preparar a los académicos universitarios (muchos de los cuales desconocen la realidad de la APS o los determinantes sociales, enfocados sólo en sus especialidades); y por otro, formar en docencia a los equipos de atención primaria. Esta formación cruzada -donde la universidad y los servicios de salud aprenden mutuamente- es la base para construir esa visión conjunta del futuro que necesitamos.

R- Dr. Matías González: Reconozco que es difícil agregar algo nuevo después de todas las excelentes intervenciones, pero quisiera plantear una reflexión basada en lo que muestran los datos internacionales. Los estudiantes que ingresan a carreras de salud tienen inicialmente un perfil de servicio excelente, con una genuina vocación de ayudar al otro. Esta es una muy buena noticia. Sin embargo, algo preocupante ocurre en el camino al correr de los años, ese entusiasmo inicial parece desvanecerse. No querría pensar que 'les echamos a perder', pero claramente algo en nuestro sistema hace que muchos pierdan esa pasión inicial por ser enfermeros, médicos o trabajadores sociales comprometidos. Aquí necesitamos un profundo cambio cultural que nos involucre a todos. La clave, como varios han señalado, podría estar en atrevernos a crear auténticas comunidades de aprendizaje. El ejemplo del hueso fracturado es ilustrativo, si no funcionamos como comunidad real, estamos perdidos. Este concepto de cuidarnos mutuamente debemos incorporarlo con valentía en la universidad y en todos los espacios formativos. En la atención primaria tenemos una oportunidad única, cuando un tutor clínico en un CESFAM forma estudiantes, no solo está enseñando técnicas está formando a los profesionales que nos cuidarán en el futuro. Esta reciprocidad es la esencia de las comunidades de aprendizaje, un modelo que puede implementarse mucho más fácilmente en APS que en el modelo hospitalario tradicional más rígido e impermeable.

Encuentro Nacional por la Formación en Salud

Santiago 17 junio de 2025

Nuestros estudiantes valorarían enormemente que incorporáramos esta visión más humana y comunitaria en sus currículos. Este es nuestro gran desafío y oportunidad: construir un sistema donde mantengamos viva esa vocación inicial a través de relaciones auténticas de aprendizaje y cuidado mutuo.

Trabajo Grupal: ¿Qué se necesita fortalecer o cambiar en la formación profesional y técnica actual para responder a las necesidades en salud de las personas?.

Moderador: Dr. Camilo Becerra/ Especialista en Medicina Familiar, Profesional Asesor División de Atención Primaria (DIVAP).



Facilitadores por mesa:

1. Sebastián Medina (U. de Chile)
2. Gabriela Hoffmann (MINSAL)
3. Cristian Rebolledo (U. de Chile/MINSAL)
4. Cristian Lara (MINSAL)
5. Mario Parada (Univ. por el Territorio)
6. Vivian García (MINSAL)
7. Nanet González (MINSAL)
8. Andrea Lastra (MINSAL)
9. Macarena Sandoval (MINSAL)

Encuentro Nacional por la Formación en Salud

Santiago 17 junio de 2025

10. Ana Hevia (MINSAL)
11. Rocío Muñoz (MINSAL)

Dinámica de trabajo: Se dividen **10 mesas** (cada participante encontrará su número asignado en la credencial). Cada mesa contará con un **facilitador** que guiará el diálogo y resolverá dudas.

Pregunta guía central: ¿Qué se necesita fortalecer o cambiar en la formación profesional y técnica actual para responder a las necesidades en salud de las personas?"

Objetivo:

Generar propuestas concretas para mejorar la formación en salud, centradas en las necesidades reales de la población.

Plenario: Presentación y discusión de trabajo en grupo.

Tabla N°1. Grupos y síntesis de discusión

Grupo	Síntesis
Grupo 1 Facilitador/a: Dr. Sebastián Medina (U. de Chile) Presentador/a Grupo: Viviana Aliaga/ Facultad de Medicina U. Fines Terra 	Para mejorar la formación de nuestros estudiantes en atención primaria, debemos transformar los centros de APS en espacios diseñados para la docencia. Esto implica: 1. Infraestructura adecuada -Espacios físicos específicos para formación. -Personal capacitado en docencia. -Definir retribuciones claras para los funcionarios que enseñan. 2. Integración real de redes en la formación -Que los estudiantes puedan acompañar a los pacientes en todo su trayecto (primaria, secundaria y terciaria). -Mejorar convenios docentes-asistenciales para evitar fragmentación (ej: pacientes de distintas comunas en hospitales distintos). Esto fortalecería la continuidad de la atención y el enfoque centrado en el paciente.

Encuentro Nacional por la Formación en Salud

Santiago 17 junio de 2025

	3. Alineamiento con necesidades sanitarias nacionales -Incorporar contenidos humanistas e interculturales en todas las carreras de salud. -Incluir a técnicos en esta formación integral. -Acceso oportuno a normativas ministeriales (hoy las universidades reciben tarde estos documentos clave). Un ejemplo concreto: los contenidos priorizados en el EUNACOM no reflejan suficientemente el modelo de APS, pese a ser una preocupación de estudiantes avanzados. ¿Cómo alineamos evaluación, formación y necesidades reales del sistema?.
Grupo 2 Facilitador/a: Gabriela Hoffmann (MINSAL) Presentador/a Grupo: Carla Calderón/ Académica U. Santo Tomás y Ues. Por el Territorio 	1. Superar el enfoque biomédico tradicional El primer punto clave es superar esta formación biomédica centrada únicamente en el individuo y la enfermedad, incorporando más humanidad. Todos coincidimos que, como universidades, estamos en constantes procesos de rediseño curricular - a veces agotadores - donde siempre agregamos más contenidos pero nunca quitamos. Surge entonces la necesidad de crear espacios en los primeros años para resignificar lo humano, lo ético y especialmente lo político, considerando el contexto actual de crisis global (guerras, conflictos sociales). Debemos recuperar esa mirada crítica sobre lo económico-social y lo sistémico. 2. El territorio como espacio educativo El segundo aspecto fundamental es entender el territorio como espacio de saber y poder. Actualmente, los primeros años de formación tienen mucha teoría básica; proponemos que los estudiantes se vinculen antes con la comunidad mediante metodologías como

Encuentro Nacional por la Formación en Salud

Santiago 17 junio de 2025

	aprendizaje-servicio. Esto permitiría reconocer los saberes comunitarios y aprender a trabajar con respeto en terreno. 3. Interdependencia y ética del cuidado: En tercer lugar, debemos mirar la formación desde la interdependencia. Los modelos exitosos integran a universidades, sector público y privado. Hay que superar el aislamiento y el 'arribismo' académico, fortaleciendo vínculos con la formación técnica y reconociendo que todas las instituciones (sin importar su estatus) tienen roles complementarios. Esto es clave para la universidad en el territorio, especialmente en un país segregado como el nuestro. 4. Preparación para crisis globales Finalmente, ante los desafíos del siglo XXI (crisis climática, guerras, violencia), es urgente preparar a los estudiantes con mayor reflexión crítica. Necesitamos profesionales capaces de responder a estos dolores sociales sin repetir los errores de involución que hemos visto recientemente.
Grupo 3 Facilitador/a: Cristian Rebolledo (U. de Chile/MINSAL) Presentador/a Grupo: Romina Moraga/ Enfermera	1.Desarrollo de habilidades blandas en docentes y estudiantes Para fortalecer la formación en salud, es prioritario trabajar las habilidades blandas desde el cuerpo docente. Si nosotros como educadores no practicamos la humanización en nuestras interacciones diarias, difícilmente los estudiantes podrán incorporarla. Un ejemplo concreto: la Universidad del Bío-Bío realiza evaluaciones anuales por carrera, detectando que Enfermería presentaba debilidades en trabajo en equipo, pese a mostrar fuerte vocación. Las unidades de formación integral deben guiar este desarrollo competencial.

Encuentro Nacional por la Formación en Salud

Santiago 17 junio de 2025

	2. Interculturalidad y modelo centrado en la persona La interculturalidad no puede ser solo una asignatura aislada; debe impregnar toda la formación desde primer año hasta el internado. Esto requiere: -Docentes capacitados. -Vinculación constante con profesionales de red que ya aplican este enfoque. -Prácticas tempranas en terreno que rompan el paradigma biomédico tradicional (checklist v/s atención integral). Un buen ejemplo son las visitas domiciliarias interdisciplinarias (Medicina + Enfermería + Nutrición + Trabajo Social) desde primeros años. 3. Reestructuración curricular y reconocimiento a tutores APS Proponemos: -Mallas curriculares donde salud pública/familiar sea transversal (no asignaturas aisladas). -Solucionar la crisis de campos clínicos (que afecta especialmente a universidades públicas) -Formalizar el rol docente de los trabajadores de APS, verdaderos modelos para los estudiantes. -Mayor estímulo a estos profesionales, que enfrentan exigencias como metas sanitarias pero son clave en la formación.
Grupo 4 Facilitador/a: Cristian Lara (MINSAL) Presentador/a Grupo: Francisca Sotomayor/ U. de Los Andes	1. Mejorar flujos de información (Nivel Central - Ministerio) Como reveló nuestro moderador, existe una brecha crítica, muchas actualizaciones ministeriales no llegan a las universidades. Urge reformar estos canales para que: -Los contenidos curriculares reflejen las últimas normativas -Evitemos formar estudiantes con información desactualizada -Las mallas puedan adaptarse con

Encuentro Nacional por la Formación en Salud

Santiago 17 junio de 2025

	oportunidad 2. Trabajo interprofesional temprano (Nivel Intermedio - Universidades) Las universidades deben implementar actividades interprofesionales desde primeros años: -Problema actual: Estudiantes descubren a otros profesionales recién en 5° o 6° año. -Consecuencia: Difícil fomentar trabajo en equipo (esencia de la APS) cuando no se ha internalizado -Solución: Diseñar experiencias conjuntas (Medicina + Enfermería + Trabajo Social) desde ciclos iniciales. 3. Superar barreras para prácticas tempranas (Nivel Local - CESFAM/Universidades) Frente a la resistencia a recibir estudiantes de primeros años: -Alternativas innovadoras. -Trabajo comunitario fuera del CESFAM (alianzas universidad-ministerio). -Actividades grupales que, respeten espacios reducidos, integren gradualmente a estudiantes y generen vinculación territorial prolongada. Meta: Que los alumnos conozcan y se enamoren de la APS desde etapas formativas tempranas.
Grupo 5 Facilitador/a: Mario Parada (Ues. por el Territorio) Presentador/a Grupo:	1. Aprendizaje Situado e Interdisciplinario desde Primer Año -Experiencia temprana en territorio: Que todas las disciplinas (no solo Medicina) tengan contacto con la APS desde el primer año, incluso si los CESFAM tienen limitaciones de espacio. -Trabajo interdisciplinario: Incluir activamente a ciencias sociales (su participación cambia la mirada de los equipos) y otras carreras (Enfermería, Kinesiología, etc.). -Docentes preparados: Tanto tutores de APS como académicos universitarios deben estar capacitados para guiar estas

Encuentro Nacional por la Formación en Salud

Santiago 17 junio de 2025



prácticas, asegurando que sean significativas y no meramente protocolares.

-Voceros clave: Los dirigentes comunitarios y pacientes son formadores esenciales para mostrar las necesidades reales de la población.

2. Rol Rector del Ministerio de Salud

-Definir perfiles profesionales: Como principal empleador, el MINSAL debe articular qué competencias y cuántos profesionales necesita el sistema, guiando así a los centros formadores.

-Influir en evaluaciones nacionales: Los contenidos de exámenes como el EUNACOM o pruebas de Enfermería deben reflejar las necesidades de la APS y salud familiar.

-Fortalecer la salud familiar: Definir el rol del médico de familia y aumentar su presencia en la APS. Coordinar con el MINEDUC para incluir estos enfoques en acreditaciones de carreras.

3. Cambio Estructural en Universidades: De la Estrategia a la Acción

-Coherencia entre discurso y práctica: Las universidades deben pasar de "perfiles de egreso bien escritos" a estructuras que aseguren su implementación.

-Equipos dedicados: Crear unidades especializadas en: Salud familiar y APS, Interdisciplina y Vinculación con territorios.

-Garantizar recursos: Que estos equipos tengan poder real para coordinar prácticas, ajustar mallas y evaluar resultados.

Grupo 6

Facilitador/a: Vivian García (MINSAL)

Presentador/a Grupo: Sonia Godoy / U. Santo Tomás y Ues. por el territorio

Ante el planteamiento de qué se necesita fortalecer o cambiar en la formación profesional y técnica para responder a las necesidades de salud de las personas, lo primero -en un aspecto general- es que tenemos que cambiar la forma de mirar,

Encuentro Nacional por la Formación en Salud

Santiago 17 junio de 2025



la forma de mirar la academia, la forma de formar a estos profesionales. Tenemos tres ideas fuerza que, en algunos aspectos, se contraponen a lo que algunos grupos ya han mencionado:

1. Fortalecer el rol docente del clínico/formador en campos clínicos

Esto tiene que ver con fidelizar su participación mediante:

- Tiempos protegidos para docencia
- Espacio físico adecuado
- Reconocimiento a su labor (que muchas veces pasa desapercibida)

Problema actual: Los convenios establecen pagos para instituciones, pero los profesionales no ven cambios concretos. Necesitamos:

- Desarrollar sus competencias docentes
- Incluirlos en la elaboración de instrumentos de evaluación
- Reducir barreras jerárquicas (incorporar a enfermeros y médicos clínicos como formadores)

Nota: Sobre el acceso a campos clínicos - no es cierto que solo las universidades privadas tengan dificultades. Todos enfrentamos desafíos postpandemia, donde a pesar de los convenios, dependemos de voluntades individuales para recibir estudiantes. Aquí el Ministerio podría tener un rol más activo.

2. Trabajo coordinado con el Ministerio de Educación

Debe:

- Establecer marcos de cualificaciones estandarizados
- Definir rutas formativas acordes a necesidades territoriales.

3. Reconocer iniciativas locales y el trabajo territorial

Hay que:

- Dejar de centrar la formación en el modelo salud-enfermedad

Encuentro Nacional por la Formación en Salud

Santiago 17 junio de 2025

	-Poner foco en las personas y comunidades -Potenciar el trabajo con líderes sociales (ellos conocen las necesidades reales) -Incorporar tempranamente a los estudiantes en trabajo comunitario Clave: Esto implica pasar de la teoría a la acción, reconociendo la sabiduría popular y cambiando el paradigma formativo.
Grupo 7 Facilitador/a: Nanet González (MINSAL) Presentador/a Grupo: 	1.Formación en determinantes sociales de salud con enfoque comunitario - Necesidad de una relación vinculante (no utilitaria) con las comunidades - Debe reflejarse en el perfil de egreso y ser transversal en toda la formación - Importancia de que los estudiantes, aprendan a trabajar con comunidades y otros profesionales y que vean directamente como operan las determinantes sociales y comprendan su impacto en la morbilidad y el acceso a salud. Ejemplo concreto: Cuando un estudiante ve en terreno la falta de farmacias en Chiloé o en el limitado transporte a consultorios, entiende así realidades que ningún documento académico puede mostrar. 2.Protoger los espacios formativos en APS Conflicto actual: Tensión entre metas sanitarias y función formativa Soluciones propuestas: -Garantizar tiempos protegidos para docencia -Reconocer todos los saberes (equipos de salud + comunidades) -Incluir a trabajadores en los cambios (no imponerlos) Dato clave: Con rendimiento de 15 minutos por paciente, es imposible formar adecuadamente a estudiantes 3.Institucionalizar los cambios con

Encuentro Nacional por la Formación en Salud

Santiago 17 junio de 2025

	mirada de estado -Requiere una coordinación permanente entre: MINSAL, MINEDUC, ASOFAMECH, Asociación de Municipalidades, etc. -Incorporar como estándar, acreditación de carreras, certificación de centros de salud Riesgo: Que quede como otra buena idea que se diluye en el tiempo
Grupo 8 Facilitador/a: Andrea Lastra (MINSAL) Presentador/a Grupo: Roxana Sepúlveda/ Médica Familiar y Presidenta Sociedad Chilena de Medicina Familiar 	1.Definición de competencias con enfoque territorial Priorizar formación transdisciplinaria que reconozca saberes situados y pertinencia cultural e incluya participación comunitaria ética desde etapas tempranas 2.Fortalecer prácticas tempranas con comunidades Ejemplo concreto: programas de la Universidad de la Frontera -Asignatura Gestión en Salud (1er año). ABP en grupos interprofesionales (10 estudiantes), con resolución de casos reales y simulados Resultado: Los estudiantes conocen desde el inicio el rol de cada carrera -Internado Rural Interdisciplinario. Consiste en una convivencia semestral de interno (distintas carreras) en comunidades, con actividades clínicas + comunitarias conjuntas. Se puede ampliar a otras carreras de las Ciencias Sociales. Otros modelos replicables: -Aprendizaje y servicio en primer año (ej: U. Católica). -Diagnósticos participativos con agentes comunitarios Dato Clave: La salud intercultural no es solo tener una ruca, es poder integrar

Encuentro Nacional por la Formación en Salud

Santiago 17 junio de 2025

	saberes tradicionales en prestaciones reales.
Grupo 9 Facilitador/a: Macarena Sandoval (MINSAL) Presentador/a Grupo: Isabel de Ferrari/ Enfermera y parte de Ues. por el Territorio 	1.Experiencia temprana y continua en territorios -Fortalecer el vínculo directo de los estudiantes con: la historia del territorio, su contexto sociocultural y las dinámicas comunitarias para así evitar que sea solo una asignatura aislada. De igual forma Avanzar hacia una trayectoria formativa con contacto continuo durante varios semestres. Objetivo Ampliar la mirada de salud hacia un análisis integrado, más allá de la institucionalidad. 2. Reformular los convenios docentes-asistenciales -Cambiar la lógica transaccional actual (centrada en el contrato) por una basada en el perfil de egreso esperado. -Fortalecer el liderazgo conjunto de Salud y Educación. MINEDUC (valida las mallas) + MINSAL (prioridades sanitarias) deben alinear un marco mínimo de contenidos para todas las carreras de salud. Dato clave: Los convenios deben servir para formar lo que el sistema necesita, no solo para cumplir requisitos burocráticos. 3. Formación docente y habilidades transversales Para los docentes: -Capacitación en Metodologías participativas - Transmisión de competencias en APS - Trabajo con comunidades Para los estudiantes Herramientas

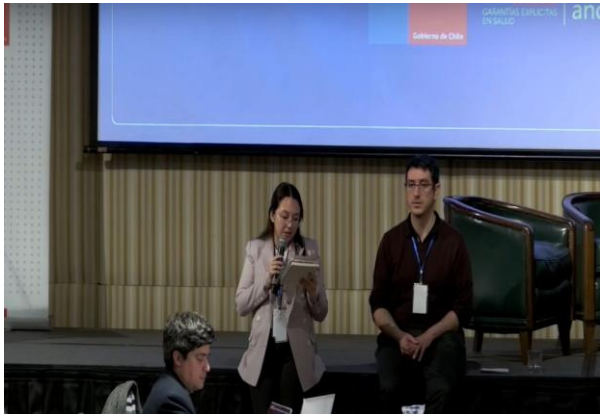
Encuentro Nacional por la Formación en Salud

Santiago 17 junio de 2025

	indispensables: -Ciencias sociales (diálogo, diversidad, trabajo participativo) -Salud pública basada en funciones esenciales -Trabajo en equipo intra e intersectorial Ejemplo concreto: Un médico debe saber de determinantes sociales tanto como de protocolos clínicos; un enfermero, entender dinámicas comunitarias además de procedimientos.
Grupo 10 Facilitador/a: Anita Hevia (MINSAL) Presentador/a Grupo: 	1. Incorporación curricular de las ciencias sociales Propuesta: -Incluir como línea transversal en la formación de todo personal sanitario Objetivo: Comprender e integrar al "otro como legítimo otro" (cuidado y autocuidado) Implicancias: -Desarrollo de competencias en, Antropología médica, determinantes sociales de salud y enfoque intercultural, geografía, etc. 2. Coherencia en gobernanza institucional Ejemplos concretos de articulación: -CNA (Comisión Nacional de Acreditación) desde incorporar criterios de promoción de salud intrainstitucional y alinear con políticas del MINSAL -Resignificación de la APS como estrategia biopsicosocial (no solo "nivel asistencial") e implementar prácticas avanzadas con equipos interdisciplinarios y participación comunitaria vinculante. 3. Redefinición del rol de los equipos APS

Encuentro Nacional por la Formación en Salud

Santiago 17 junio de 2025

	-Cambios necesarios de "prestadores de servicios" a facilitadores comunitarios -Formación en Salud familiar avanzada, Herramientas de diagnóstico participativo y Gestión territorial. Dato clave: La APS como estrategia requiere equipos estables, con competencias clínicas *y* sociales.
Grupo 11 (Mesa Virtual) Facilitador: Rocío Muñoz (MINSAL) Presentadora Grupo: Rocío Muñoz (MINSAL)  ¿Qué se necesita para fortalecer o cambiar en la formación profesional y técnica actual para responder a las necesidades en salud de las personas? Políticas públicas obligando a Universidades lineamientos de currículo Educar desde los inicios de la formación, sobre las necesidades de la sociedad y hacerlos partícipes de la realidad en los centros asistenciales. Poder hacer trabajos comunitarios y vincularse. Capacitación en determinantes sociales para disminuir brechas en la atención en salud cambio de paradigma Conexión y sensibilización de los estudiantes respecto a la vida cotidiana de las personas Se necesita que se realice una matriz de tributación coherente con las realidades territoriales. Y que lo que se declare se condiga con los contenidos microcurriculares. Incorporación de temas APS y SF en exámenes finales de carreras, ejemplo EUNACOM profesionales de salud comprometidos con el cambio	Trabajamos a través de <i>Mentimeter</i> para dar espacio a distintas opiniones y fomentar el diálogo. Fue un espacio muy enriquecedor, pese a ser online (que generalmente no facilita tanto la participación). En este caso, hubo mucha interacción, con participantes de diversas instituciones de educación superior, especialmente de regiones fuera de Santiago, lo que enriqueció la mirada hacia realidades no centralizadas. También participaron funcionarios de APS (Atención Primaria de Salud). 1.Enfoque comunitario y cambio de paradigma -Necesidad de un enfoque territorial en la formación profesional. -La formación debe incorporar las necesidades de la comunidad, no solo teóricamente, sino en la práctica. Propuesta concreta: Incluir temas de APS y salud familiar en evaluaciones nacionales (como el EUNACOM). 2.Conexión con la realidad social -Importancia de que los estudiantes tengan experiencias tempranas en su formación, vinculadas a la vida cotidiana de las personas (no solo en contextos intramuros, sino también extramuros). Crítica: Los contenidos microcurriculares a menudo declaran esta conexión en el

Encuentro Nacional por la Formación en Salud

Santiago 17 junio de 2025

	papel, pero no se implementan efectivamente. 3.Currículum, competencias y gobernanza -Trabajo intersectorial, urgencia de articulación entre el Ministerio de Salud y el Ministerio de Educación (una demanda histórica desde múltiples espacios). Propuesta: Establecer lineamientos mínimos (no obligatorios por limitaciones legales) alineados con las necesidades discutidas. Desafíos específicos: Acceso a campos clínicos y fortalecimiento del vínculo entre APS y universidades (especialmente para estudiantes de primeros años). -Mejorar la comunicación entre establecimientos de salud y centros formadores. -Valoración de la labor docente en centros formadores: Evaluar no solo su rol clínico, sino también su función docente-asistencial.
--	---

Fuente: Elaboración Propia

Como síntesis final, este espacio de conversación resultó ser profundamente enriquecedor y necesario. Creo que efectivamente nos hacía falta un lugar así para dialogar con mayor profundidad sobre estos temas. De todo lo compartido, me quedo con varios elementos clave que ustedes destacaron: primero, la clara necesidad de darle sostenibilidad a este proceso, lo que nos lleva directamente a la siguiente etapa que desarrollaremos con Juan Pablo Rubio, precisamente enfocada en esta continuidad. Surge con fuerza la reflexión sobre la importancia de contar con una estructura organizacional y una gobernanza adecuada que permita satisfacer las necesidades identificadas. Esto implica necesariamente alinear nuestros esfuerzos tanto con los contenidos estratégicos del Ministerio como con las realidades y demandas que ustedes mismos han podido percibir en sus respectivos contextos. Parece sumamente relevante destacar aquellos temas que se repitieron transversalmente en todas las mesas de trabajo: la humanización como principio irrenunciable, la interculturalidad como enfoque indispensable y la transdisciplinariedad como metodología para abordar la complejidad de nuestros desafíos.

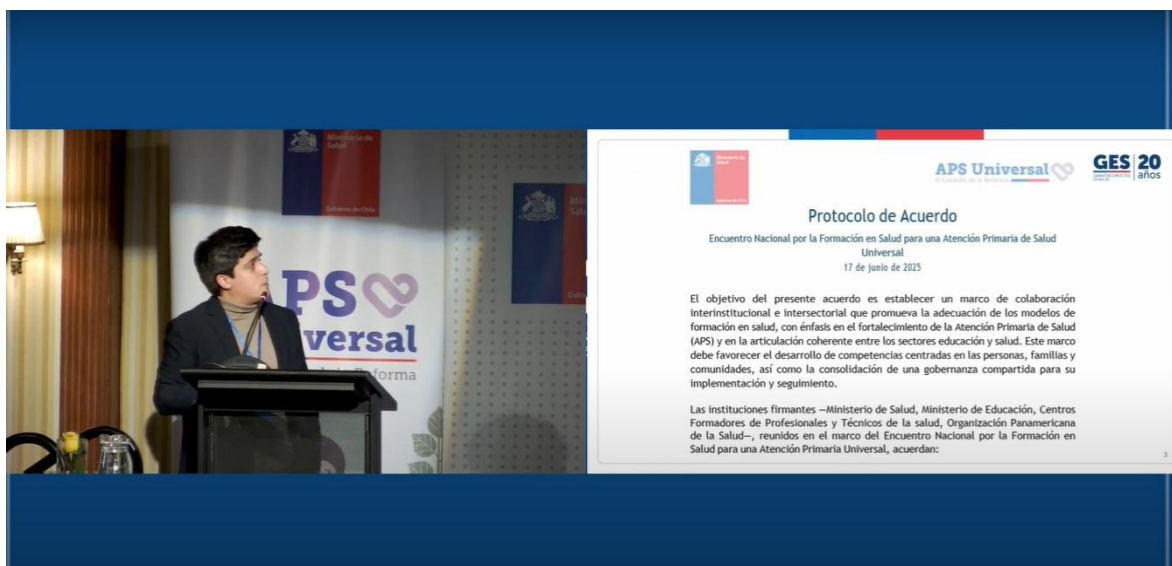
Encuentro Nacional por la Formación en Salud

Santiago 17 junio de 2025

Finalmente, el gran interrogante que queda pendiente es cómo operacionalizar todo esto en la práctica. Aquí emerge con particular fuerza un tema que, si bien no abordaremos hoy, resulta crítico: las relaciones asistenciales-docentes y los persistentes desafíos que enfrentamos en torno a los campos clínicos, donde efectivamente tenemos varias asignaturas pendientes que resolver como sector.

Presentación Protocolo de Acuerdo

Dr. Juan Pablo Rubio / Médico Familiar/ Gabinete Subsecretaría de Redes Asistenciales Ministerio de Salud



Este documento establece un acuerdo de colaboración inicial (lo que en inglés se denomina "kick-off") entre instituciones, que marca el primer paso para iniciar un trabajo conjunto y un diálogo permanente. Como mencionaba el representante de pueblos originarios: "Ya veníamos trabajando esto con la universidad", este acuerdo viene precisamente a fortalecer esos trabajos previos existentes.

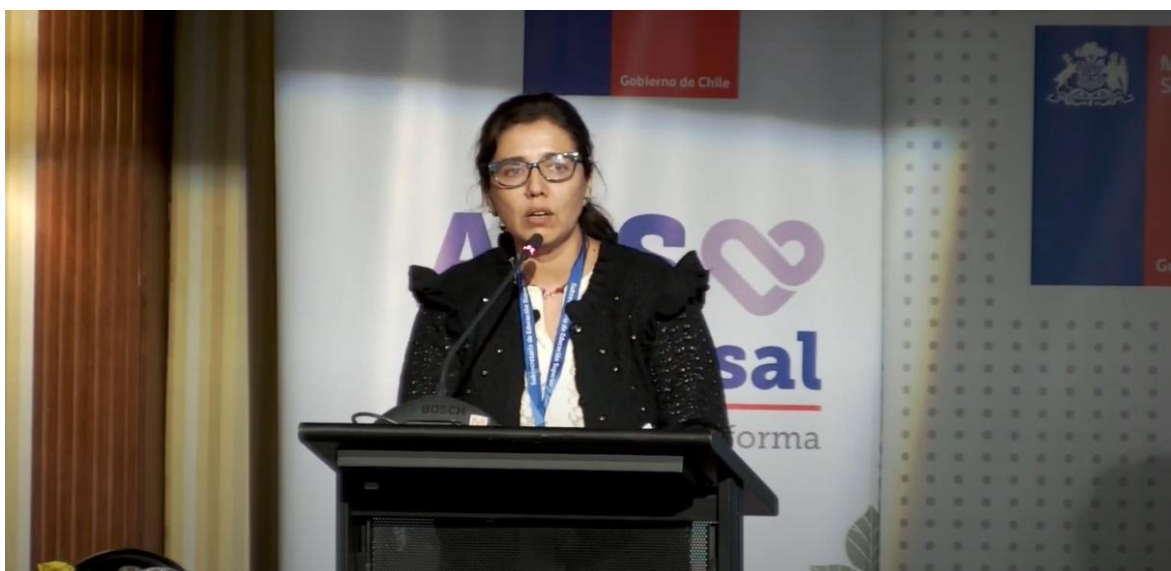
Quiero destacar especialmente que varias divisiones y departamentos del ministerio tienen un interés particular en que los resultados sanitarios puedan alinearse con los procesos de formación. Un ejemplo concreto es el Departamento de Enfermedades Crónicas No Transmisibles, cuya jefa me encargó transmitir que en octubre enviarán invitaciones específicas a las universidades. Este departamento tiene como misión abordar desafíos sanitarios prioritarios como compensar la hipertensión y diabetes, y mejorar las coberturas que nos mostró el subsecretario. Entienden que el trabajo con las universidades es clave para enfrentar estos problemas de salud frecuentes que generan una alta carga de dolor en la población.

Encuentro Nacional por la Formación en Salud

Santiago 17 junio de 2025

Cuando una persona sufre un accidente vascular, por ejemplo, el impacto es enorme: no solo afecta al paciente que debe dejar de trabajar, sino también a quien debe cuidarlo. Este costo, tanto económico como social, debe traducirse en una formación que realmente prepare a los profesionales de salud. Hemos invertido mucho tiempo en capacitaciones como la estrategia HEARTS, y es crucial que los estudiantes aprendan adecuadamente el manejo de condiciones crónicas. Este acuerdo es el puntapié inicial, pero en el futuro las universidades podrán ser convocadas para desarrollar elementos específicos que refuercen la formación del personal de salud. Es importante aclarar que este protocolo no tiene carácter legal ni involucra a la asesoría jurídica. Respetamos plenamente la autonomía universitaria para definir sus perfiles de egreso. Como ministerio, buscamos un espacio de persuasión, reconociendo que estos desafíos son de alcance nacional, no solo del sector público o privado. Cada institución de educación superior tiene en su ADN institucional el compromiso con el desarrollo social, y este acuerdo surge precisamente de las reflexiones y trabajos previos realizados en jornadas organizadas por grupos de trabajo.

La firma de este documento es voluntaria y puede ser realizada por cualquier miembro de la universidad, sin necesidad de consultar con autoridades superiores, aunque queda abierta esa posibilidad. Lo más relevante es que establece un modelo de gobernanza compartida para el seguimiento de los avances, con la participación técnica de la División de Atención Primaria y la División de Gestión y Desarrollo de las Personas de la Subsecretaría correspondiente. Estas dos divisiones, entre las cinco existentes, serán las encargadas del monitoreo, a través de sus equipos técnicos y funcionarios de carrera, con el objetivo de trascender los gobiernos de turno y consolidar esto como una política de estado para el fortalecimiento de la atención primaria y las competencias del personal de salud en formación.



Encuentro Nacional por la Formación en Salud

Santiago 17 junio de 2025

Para los aspectos prácticos de la firma, les cuento que vamos a montar aquí un espacio con firmas tipo plumón. Vamos a invitar al subsecretario que está presente, también a la jefa de División de Educación Superior, Elisa Centeno del Ministerio de Educación (a quien llamaremos en un momento, pues aunque algunos mencionaron que faltaba representación del área de educación.

Lo importante es que hoy concretamos un compromiso interinstitucional con:

1. El Ministerio de Salud, representado por el subsecretario de Redes Asistenciales.
2. El Ministerio de Educación, representado por Elisa Centeno (en nombre del subsecretario de Educación Superior)¹.
3. La Organización Panamericana de la Salud (OPS), representado por Carina Vance, como garante y observador de este proceso de desarrollo de recursos humanos.

Además, todas las 42 universidades están invitadas a firmar voluntariamente. No hay un orden establecido: cualquier representante puede acercarse libremente a firmar el papelógrafo que tenemos aquí, y luego formalizaremos también en un documento físico para el registro oficial. Para las organizaciones civiles, colegios profesionales u otras instituciones presentes: si desean adherir a este compromiso, también pueden sumar su firma de manera voluntaria.

¹ Desde la Subsecretaría de Educación Superior queremos compartir que tenemos un trabajo muy coordinado con la Subsecretaría de Redes en varios temas, aunque no nos había tocado trabajar directamente en esta materia específica. También trabajamos estrechamente con la CNA en todo lo relacionado con los perfiles de egreso, que es justamente el espacio donde se pueden regular e incorporar estas temáticas. Si bien la CNB no pudo estar presente hoy, me llevo varias tareas pendientes, especialmente en coordinación, ya que se mencionó que las normativas de salud no siempre llegan directamente a las instituciones educativas. En ese sentido, creemos que podemos ser un canal más ágil gracias a nuestro vínculo directo con las universidades y nuestra relación con ASOFAMECH y otras asociaciones gremiales y escuelas. Esta jornada ha sido muy importante para nosotros, pues nos ha permitido visualizar mejor la necesidad de trabajar más estrechamente con las escuelas de salud, que a veces quedan un poco desdibujadas en nuestro trabajo más centrado en las autoridades centrales de las instituciones. Quiero agradecer esta oportunidad y dejarles claro que estamos a su disposición. Entendemos que nuestro rol en temas curriculares y reformas particulares es más bien orientador, enfocado en potenciar innovaciones educativas y reformas modernizadoras en la formación de las distintas áreas. Reconocemos que el área de salud siempre ha estado a la vanguardia - fue pionera en los procesos de acreditación y aseguramiento de la calidad, implementó tempranamente el aprendizaje basado en servicio siendo una de las primeras carreras en incorporar estos enfoques en la formación. Esperamos que este sea un nuevo ámbito donde puedan seguir innovando e incorporando estos elementos que, de hecho, muchas de sus facultades ya aplican en su quehacer cotidiano. Muchas gracias por esta oportunidad de diálogo y colaboración.



Encuentro Nacional por la Formación en Salud

Santiago 17 junio de 2025



Protocolo de Acuerdo

**Encuentro Nacional por la Formación en Salud para una Atención Primaria de Salud
Universal**

17 de junio de 2025

Protocolo de Acuerdo

Encuentro Nacional por la Formación en Salud para una Atención Primaria de Salud Universal 17 de junio de 2025

El objetivo del presente acuerdo es establecer un marco de colaboración interinstitucional e intersectorial que promueva la adecuación de los modelos de formación en salud, con énfasis en el fortalecimiento de la Atención Primaria de Salud (APS) y en la articulación coherente entre los sectores educación y salud. Este marco debe favorecer el desarrollo de competencias centradas en las personas, familias y comunidades, así como la consolidación de una gobernanza compartida para su implementación y seguimiento.

Las instituciones firmantes —Ministerio de Salud, Ministerio de Educación, Centros Formadores de Profesionales y Técnicos de la salud, Organización Panamericana de la Salud—, reunidos en el marco del Encuentro Nacional por la Formación en Salud para una Atención Primaria Universal, acuerdan:

1. Voluntad de trabajo conjunto

Reafirmamos nuestro compromiso de colaboración interinstitucional e intersectorial para avanzar en una agenda común que transforme en forma paulatina y sostenida la formación en salud, con enfoque en la Estrategia de Atención Primaria de Salud como modelo estructurante del sistema de salud.

2. Compromiso con una hoja de ruta compartida

Encuentro Nacional por la Formación en Salud

Santiago 17 junio de 2025

Establecemos una agenda de trabajo a futuro, basada en el diálogo técnico-político permanente, que oriente acciones conjuntas, fomente la gobernanza participativa y asegure coherencia entre perfil de egreso, curriculum, formación, desempeño profesional y desafíos sanitarios de nuestro País.

3. Reconocimiento de la Atención Primaria de Salud como campo territorial formador prioritario

Impulsaremos el fortalecimiento de la Estrategia de Atención Primaria de Salud como espacio de aprendizaje fundamental, promoviendo mayor carga académica y resultados de aprendizaje en este nivel de atención asegurando estándares de calidad, pertinencia y cobertura territorial en el cuidado de la población.

4. Construcción y actualización de perfiles de desempeño

El Ministerio de Salud se compromete a liderar la actualización de perfiles de desempeño profesional y técnico, en concordancia con los desafíos sanitarios y el modelo de atención integral en salud familiar y comunitaria.

5. Promoción del trabajo interdisciplinario e intersectorial

Fomentaremos prácticas formativas que promuevan el trabajo colaborativo y transdisciplinario entre profesionales y técnicos de salud, así como con actores del ámbito social, educacional y comunitario.

6. Enfoque en competencias centradas en las personas para la resolución de problemas de salud prevalentes

Reforzaremos el desarrollo de capacidades orientadas a abordar con integralidad y efectividad los principales problemas de salud de nuestro país (enfermedades crónicas no transmisibles, cáncer, multimorbilidad, emergencias sanitarias, salud mental), alineando los contenidos formativos con las necesidades del sistema acorde con los cambios demográficos, con especial énfasis en optimizar la capacidad de resolución en el nivel primario de atención.

7. Preparación para nuevos entornos, tecnologías y humanización en salud

Incorporaremos competencias en salud digital, alfabetización tecnológica, inteligencia artificial, y humanización en salud, preparando a los futuros trabajadores para actuar en contextos interconectados e innovadores, en un entorno de incertidumbre y constante cambio, junto con incorporar de manera transversal, en todos los niveles de formación, la enseñanza ética profesional, bioética y responsabilidad social, asegurando que los futuros técnicos y profesionales de la salud actúen con integralidad, respeto de los derechos humanos, sentido del bien común y compromiso con el cuidado digno y equitativo de las personas.

Encuentro Nacional por la Formación en Salud

Santiago 17 junio de 2025

*Las partes firmantes expresan su voluntad de sostener este compromiso en el tiempo, y acuerdan consolidar una **gobernanza** compartida para el seguimiento y monitoreo de los avances derivados del presente acuerdo. Para ello se conformará una Comisión Intersectorial presidida por el Ministerio de Salud, con participación de las entidades firmantes, bajo la coordinación técnica de la División de Atención Primaria (DIVAP) y la División de Gestión y Desarrollo de las Personas (DIGEDEP).*

Actores Firmantes

Institución	Firma
Subsecretaría de Redes Asistenciales	X
Subsecretaría de Educación Superior	X
OPS	X

Universidades	Firma
UNIVERSIDAD DE VALPARAÍSO	X
UNIVERSIDAD DE SANTIAGO	X
UNIVERSIDAD DE CHILE	X
UNIVERSIDAD DE TALCA	X
UNIVERSIDAD DE MAGALLANES	X
PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE	X
UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN	X
UNIVERSIDAD AUSTRAL DE CHILE	X
UNIVERSIDAD DIEGO PORTALES	X
UNIVERSIDAD BERNARDO O'HIGGINS	X
UNIVERSIDAD DEL DESARROLLO	X
UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS	X
UNIVERSIDAD DE LAS AMÉRICAS	X
UNIVERSIDAD DE LA SERENA	X
UNIVERSIDAD DEL BIOBIO	X
UNIVERSIDAD DE AYSÉN	X
PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE VALPARAÍSO	X
UNIVERSIDAD CENTRAL	X

Encuentro Nacional por la Formación en Salud

Santiago 17 junio de 2025

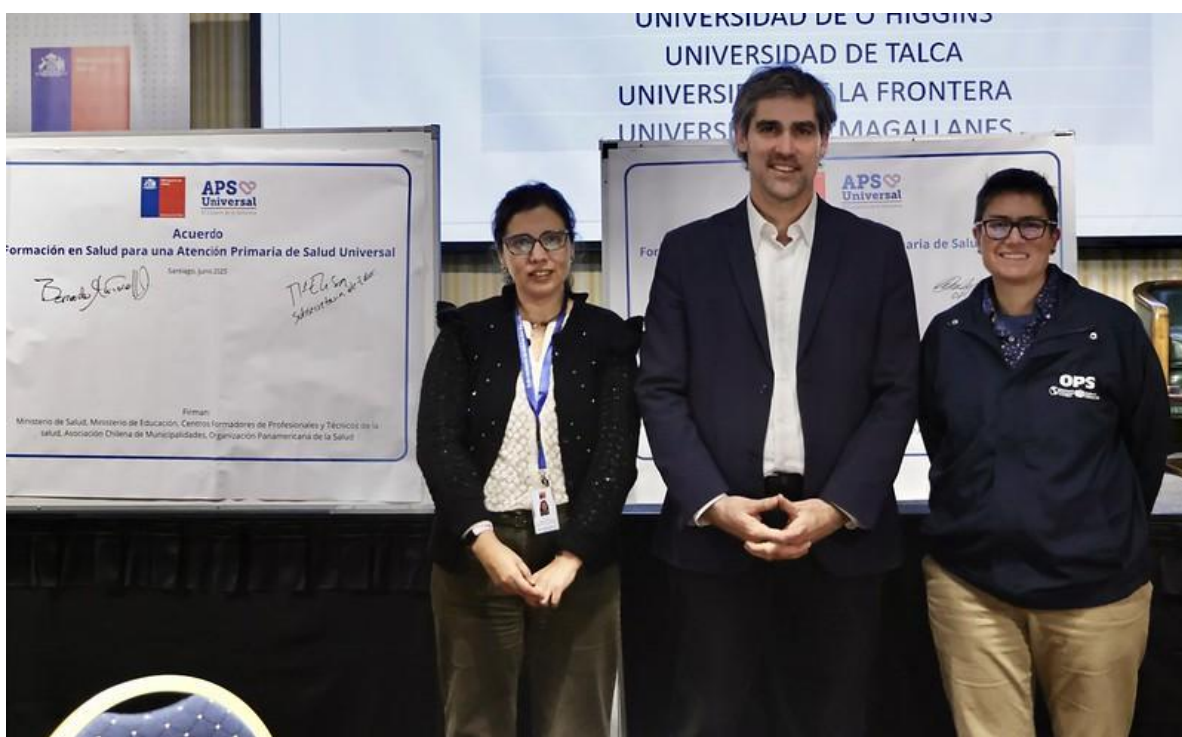
UNIVERSIDAD ACADEMIA DE HUMANISMO CRISTIANO	X
AGRUPACIÓN Vertebral	X

Organizaciones	Firma
SOCHIMEF	X
SOCHISAL	X
Federación de Colegios Profesionales	X
Colegio de Psicólogos	X
COTRASAM APS	X
AFUSAP	X
Ues por el Territorio	X
ANCOSALUD	X
Asociación de Profesionales del Consultorio Miraflores Temuco	X
Corporación Alma Ata	X
SEREMI Salud O'Higgins	X

Encuentro Nacional por la Formación en Salud

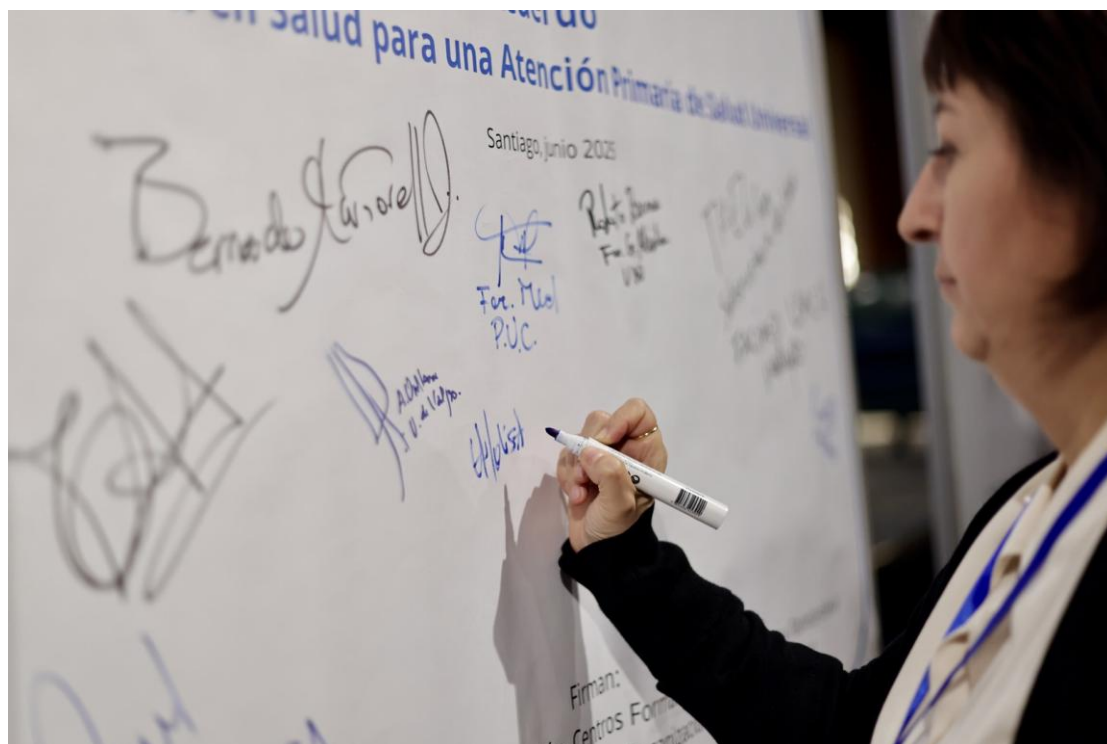
Santiago 17 junio de 2025

Hito de firma de Protocolo



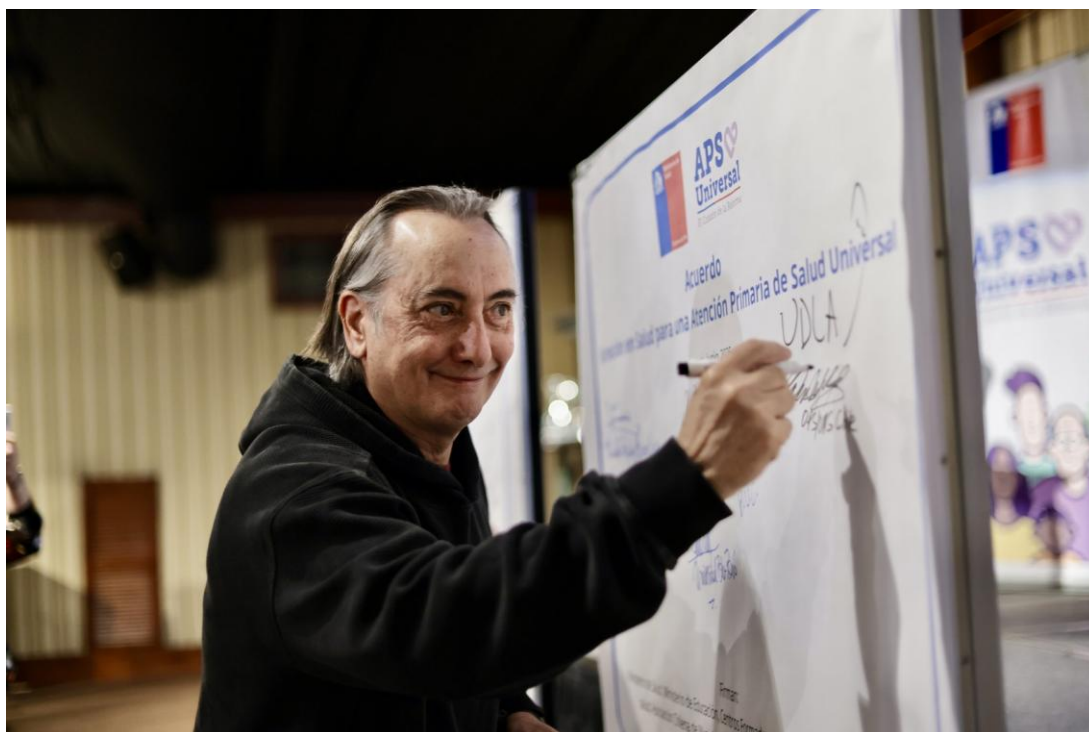
Encuentro Nacional por la Formación en Salud

Santiago 17 junio de 2025



Encuentro Nacional por la Formación en Salud

Santiago 17 junio de 2025



Encuentro Nacional por la Formación en Salud

Santiago 17 junio de 2025

Foto Final

