

Perspectiva de la medicina familiar en Chile: desafíos de la práctica profesional

Perspective of family medicine in Chile:
challenges for professional practice

Perspectiva da medicina da família no Chile:
desafios da prática profissional

Ana Maria León Romero ^{1,2}

doi: 10.1590/0102-311X00172417

Los orígenes de la salud chilena se remontan a la organización de servicios de beneficencia, que aparecieron tras la promulgación de la *Ley de Seguro Obligatorio* en el año 1924, que garantizaba que empleadores y obreros asignaran cuantías mes a mes a un fondo solidario. Este hito de desarrollo social sentó las bases para la posterior creación del Servicio Nacional de Salud, iniciativa impulsada por el presidente Salvador Allende, donde el estado asume un rol rector y se inicia la implantación de políticas de salud que consideran los determinantes sociales, generando de forma progresiva la mejora de indicadores sanitarios como la mortalidad materno infantil. En los años siguientes, durante la dictadura militar, se ocasionó un profundo cambio en la administración, donde se produjo una atomización del sistema, a través de la división del Servicio Nacional de Salud en el Sistema Nacional de Servicios de Salud, con 27 servicios distribuidos territorialmente.

A lo largo de este tránsito histórico, el desarrollo profesional del estamento médico consideró el nivel secundario con mayores oportunidades, puesto que la atención primaria se veía como un espacio de poco crecimiento, escasa complejidad y capacidad resolutoria.

En este contexto, se evidenció como estrategia fundamental, para que los territorios de mayor lejanía y vulnerabilidad pudieran tener acceso a la atención médica, la existencia de médicos generales de zona, política de salud existente desde el año 1955, y que se mantiene hasta la actualidad con el nombre de “etapa de destinación y formación”, donde médicos postulan a un concurso que les garantiza plazas de trabajo en centros de atención primaria. Allí, como resultado de su desempeño, se les otorgan puntajes para optar a becas de especialización médica.

En la década del 1980, se inició el proceso de traspaso de consultorios dependientes de los servicios de salud a las municipalidades, lo que conllevó un detrimento de las condiciones laborales, bajo la tutela del nuevo empleador, con la consiguiente demanda de los trabajadores de generar un estatuto de atención primaria municipalizada, que fue aprobado en el año 1995, y que reguló la carrera funcionaria, el financiamiento y los estímulos que beneficiarían a los trabajadores. En este contexto, se definieron categorías funcionarias, entre las que se incorporó al médico como parte del equipo de salud.

Es en la década del año 2000, donde la reforma en salud aparece como una apuesta para reparar el desarrollo de un sistema sanitario, cuyos pilares fueron la creación de 2 leyes nuevas que permitieran reorganizar los servicios y otorgar a la población las garantías de una atención digna: *Ley de Autoridad Sanitaria*, cuya gestión está centrada en distribuir funciones asistenciales vs. regulación de las mismas, y la *Ley AUGE* que se centra en la búsqueda de equidad, a través de garantías obligatorias, exigibles

¹ Centro de Salud Familiar
Piedra del Águila, Angol,
Chile.

² Universidad de Concepción,
Angol, Chile.

Correspondencia

A. M. L. Romero
Nueva Baviera 0152, Angol,
4652048, Chile.
anileonr@gmail.com



para un conjunto priorizado de problemas de salud ¹. Complementario a esto, el Ministerio de Salud (MINSAL) apuesta a partir del año 2003 en desarrollar una atención primaria de la salud, que transite del modelo biomédico en la atención hacia el Modelo de Salud Integral, Familiar y Comunitario, orientado este último, hacia la resolución de los desafíos del nivel primario de atención. Se inicia entonces la transformación de los consultorios en centros de salud familiar y hospitales de baja complejidad en hospitales comunitarios ².

Sin embargo, existía una imperiosa necesidad de mejorar los aspectos resolutivos en la atención, y de contar con espacios de formación y práctica disponibles en el sector público, apareciendo los primeros centros docentes asistenciales, donde la atención primaria era protagonista en el proceso de formación de carreras de la salud, y se inicia la formación de los primeros médicos familiares en el país. No obstante, al no existir una política explícita que potenciara el desarrollo de esta especialidad médica en la atención primaria, los especialistas que egresaron no ejercieron en su totalidad en la atención primaria, dispersándose por los distintos niveles de atención con diversidad de cargos y adaptación de su rol a las brechas existentes en cada lugar, haciendo poco factible la medición de un impacto en beneficio de las personas.

A partir del año 2014, se creó a nivel ministerial un incentivo que intentara fomentar la formación como especialista en medicina familiar, y a la vez potenciara el desarrollo de este profesional, así como la especialidad de atención primaria. Este incentivo actualmente está decretado por ley, garantizando su continuidad en el tiempo.

Esta iniciativa ha producido un impulso importante en el desarrollo de prácticas de especialidad de medicina familiar dentro de la atención primaria, existiendo actualmente distinciones locales del médico de familia que permiten diferenciar su quehacer, y a la vez potenciar el rol de los demás integrantes del equipo de salud con un trabajo multidisciplinario ³.

En la provincia de Malleco, IX región, al sur de Chile, en la comuna de Angol, se encuentra el Centro de Salud Familiar Piedra del Águila, que cuenta con alrededor de 20.000 usuarios inscritos, distribuidos en 4 sectores, con equipos de cabecera multidisciplinarios y con un modelo de gestión territorial con enfoque participativo.

En este centro, el ejercicio de la medicina familiar se centra de forma práctica en ámbitos que se consideran relevantes, y cuya integración permite al médico estar cerca de las personas, familias y grupos comunitarios en los distintos espacios, sin fragmentar sus acciones, lo que le posibilita observar en tiempo real la consecución de logros de corto y medio plazo, en base a las planificaciones locales. A continuación, describimos los más relevantes.

Primer contacto o gestión de la demanda asistencial

Es frecuente observar una larga lista de propuestas, que conllevan gestionar una agenda basada en la oferta de horas disponibles, sin embargo, lo que oculta este modelo de gestión es que usualmente se generan vicios en esta modalidad, que tienden a fortalecer la “ley de cuidados inversos”, es decir, le damos al que menos necesita, y pese a estar definidos como grupos vulnerables los menores de 5 y mayores de 65 años, existen otros grupos de riesgo no visibles en los programas per-capitados, como son las personas con algún tipo de dependencia menor, los que nunca consultan y los que han desertado de sus atenciones. Por este motivo, se propone gestionar la demanda asistencial de un modo inclusivo, en donde puedan escucharse las necesidades de los que se acercan, generando accesos diferenciados, que pueden ir desde necesidades administrativas, biomédicas o psicosociales. Para este análisis, es primordial la visión del médico familiar en la toma de decisiones para la distribución de esta agenda.

Gestión clínica

Entendida como la suma de procesos organizativos que incorpora la distribución y optimización de recursos disponibles, garantizando el acceso oportuno a las prestaciones, la integralidad y la longitudinalidad, de acuerdo a los problemas de salud de las personas. Desde este ámbito, las principales

acciones realizadas se relacionan con el seguimiento de usuarios que han sufrido episodios de hospitalización que pudieron haberse evitado, y a aquellos que han presentado poli-consultas espontáneas en los servicios de urgencia. Estos grupos poblacionales son un ejemplo de que los programas de salud -desde su concepción biomédica- no han logrado instalar un modelo de atención que favorezca la generación de planes de cuidado, que estén dirigidos a fortalecer o anticipar daños. Por ello, cuando el daño ya es una realidad en el deterioro de la calidad de salud de una persona, el médico familiar es esencial en el rescate de este individuo y su vinculación con estrategias que permitan abordar el problema desde otra óptica, integrando la transdisciplina como un elemento de vínculo relevante en los planes de cuidado.

Atención asistencial integral

Si bien la integralidad es un elemento preponderante en las acciones de salud, este concepto ha sido utilizado por tantos actores, que tiende a perderse el sentido real de su existencia, olvidando que para que se vislumbre integralidad, siempre será necesario la continuidad y la longitudinalidad. En este supuesto, el médico de familia suele usar herramientas de abordaje diagnósticas y terapéuticas que son multidimensionales, tales como los diagnósticos multiaxiales, abordajes multidimensionales y enlace inter-niveles para abordar los distintos problemas de salud, generando conexión e integración de los demás integrantes de la familia con las estrategias propuestas desde la protección de su propia salud. Por ello, es importante que en el ejercicio profesional el médico familiar cuente con espacio para potenciar en los grupos de riesgo seleccionados, según la realidad local, que las intervenciones realizadas tengan el carácter de integralidad necesaria, para la recuperación o avance en la resolutivez de los problemas existentes, considerando que muchas veces se tiende a atomizar las acciones y, en consecuencia, se pierde el impacto de las acciones emprendidas.

Integración de acciones en equipo

Dentro del equipo de salud, el liderazgo del médico familiar es primordial para las acciones terapéuticas emprendidas con los grupos familiares. Chile no cuenta entre sus prestaciones de atención primaria con terapia familiar, teniendo a su alcance otras herramientas de abordaje sistémico, como los son las consejerías familiares y las visitas domiciliarias integrales. En este ámbito, la integración de otros integrantes del equipo, sobre todo del área psicosocial, permiten vincular a los planes acciones que con mayor precisión pueden generar movilización de las dinámicas de interacción disfuncionales, y se generen nodos de trabajo local que potencien en conjunto, con el médico familiar, las actividades propuestas; sin embargo, se observa otros muchos integrantes del equipo que desde su enfoque necesitan conocerse y retroalimentarse de los elementos de abordaje sistémico, que beneficien a las familias que tienen bajo control, y aquí es necesaria la figura permanente del médico familiar como asesor que acompaña a los equipos en el análisis de los casos.

Diseño de planes de cuidado personalizados al grupo familiar

Cada familia es un mundo distinto que requiere acciones propias y generativas, para que se produzcan los ajustes que permitirán mejorar la interacción entre sus integrantes. En este sentido, el médico de familia necesita integrarse en esta observación y análisis, generando desde la familia el sentido de pertenencia y compromiso con la prevención de sus propios problemas, actuando más bien como un educador que anticipa, y promueve formas de vida más saludables, y que se perciban como generadoras de bienestar.

Vinculación o enlace con la red asistencial

Por último, la fragmentación de los distintos niveles de salud ha generado que durante años se haya dado a los usuarios un trato en exceso diferenciado, si se encuentra en el nivel primario, secundario o terciarios. Habitualmente, los niveles secundarios y terciarios no tienden a comunicar de forma eficiente los cuidados que requieren los individuos en su recuperación, utilizando herramientas que no son eficientes tales como la "epicrisis" u hoja de alta, que habitualmente contiene elementos de la historia e indicaciones de carácter biomédico. Aquí es relevante la presencia del médico familiar en el enlace y la continuidad de los cuidados, donde además de incorporar elementos de carácter preventivo, también se aboca a abordar las crisis derivadas de las intervenciones realizadas en el sistema de salud, que se vivencian como una crisis no normativa que afecta al grupo familiar.

Ámbito comunitario

En este ámbito, el médico de familia desarrolla herramientas que lo apoyan, en la relación con los distintos agentes y actores comunitarios, lo que potencia el logro de estrategias de impacto que favorecen su integración en estos espacios, generando empoderamiento y participación activa en las decisiones locales relacionadas con el sector salud. Entre los espacios de participación comunitaria más destacados se encuentran la integración de mesas locales de participación, la relación con juntas vecinales y con otros actores sociales, que son partícipes activos en la toma de decisiones, y en impulsar iniciativas que requieren de la abogacía que realiza el médico familiar. Este ámbito constituye uno de los mayores desafíos para la especialidad, por la cultura imperante, que es tener al médico dentro de un espacio clínico de atención, sin embargo, la experiencia local nos ha demostrado que el acercamiento del médico a la comunidad, en espacios de diálogo permanente, así como las visitas domiciliarias de carácter anticipatorio, favorecen la vinculación con el centro, mejora la percepción de satisfacción de los usuarios y permite aumentar la cobertura de personas con adherencia a prestaciones preventivas

En resumen, en Chile, actualmente la formación de médicos familiares forma parte de una de las metas de la estrategia nacional de salud, donde se espera que aproximadamente el 50% de los médicos de la dotación de un centro de salud sean médicos de familia. Esto, a medio plazo, favorecerá que la atención primaria cuente de forma permanente con esta especialidad, lo que permitirá fortalecer los principios transversales del modelo de atención, continuidad, integralidad, longitudinalidad, resolutivez y satisfacción usuaria, con un trabajo colaborativo multidisciplinario, dentro de un enfoque de territorio y participación ciudadana y, de esta forma, alcanzar logros sanitarios que mejoren las condiciones de salud de las personas y sus familias en su territorio.

1. Infante A, Paraje G. La reforma de salud en Chile. Santiago de Chile: Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo; 2010. (Documento de Trabajo, 4).
2. Ministerio de la Salud. Estrategia nacional de salud 2011-2020. Perspectiva histórica de la planificación sanitaria en Chile. <http://www.minsal.cl/portal/url/item/c4034eddbc96ca6de0400101640159b8.pdf>.
3. Bass del Campo C. Modelo de salud familiar en Chile y mayor resolutivez de la atención primaria de salud: ¿Contradictorios o complementarios? *Medwave* 2012; 12:e5571.

Recibido el 03/Oct/2017
 Versión final presentado el 26/Jan/2018
 Aprobado el 15/Feb/2018