

## Oportunidades y Desafíos para el Desarrollo de la Medicina Familiar

**Dr. Reinaldo Muñoz S.**

*Médico Familiar*

**Dra. Ruth Depaux V.**

*Médico Familiar*

**Dra. Militzza Bravo V.**

*Médico Familiar*

**Dra. Cecilia Plaza B.**

*Médico Familiar*

**Dr. Oscar Fernández F.**

*Médico Familiar*

**Dr. Flavio Zepeda L.**

*Médico Familiar*

Correspondencia a:  
Flavio Zepeda  
E-mail: flavio\_zepeda@yahoo.es

### INTRODUCCIÓN

El presente texto busca desarrollar los fundamentos de la Medicina Familiar como la especialidad para la atención primaria de salud, efectuar algunas consideraciones sobre, diversas alternativas para dotar de médicos a este espacio de atención, y sugerir ámbitos que deberían caracterizar la formación de especialistas en Medicina Familiar.

### DESARROLLO

“Médicos para la atención primaria y no sólo médicos en la atención primaria

es lo que requiere nuestro país”: esta frase es, de por sí, una declaración de principios de enorme gravitación para el desarrollo del modelo de atención integral con enfoque en salud familiar y el fortalecimiento de nuestra especialidad, sin embargo, cobra mayor valor al ser declamada en el contexto de la Conferencia “El Médico Familiar y su rol en la salud de las familias chilenas”, dictada por el Dr. Ricardo Fábrega, Subsecretario de Redes Asistenciales, del Ministerio de Salud, en el VIII Congreso Chileno de Medicina Familiar, el 26 de septiembre del 2006.

Podemos definir a la Medicina Familiar como una especialidad basada en la entrega de servicios en salud y enfermedad, en forma integral, por médicos clínicos formados para enfrentar las necesidades prioritarias en salud, tanto del individuo y la familia como de la comunidad, desarrollando una sostenida relación con el paciente y practicando las acciones de salubridad en el contexto de la familia<sup>1</sup>. Se considera una especialidad transversal y en extensión<sup>2</sup>, en contraposición a las otras especialidades, que optan por la segmentación y profundidad del conocimiento, ya sea de un grupo de edad (pediatras, geriatras), de algún sistema orgánico (cardiólogo, nefrólogo), de un ámbito de la persona (psiquiatras) o de una técnica (radiólogos).

En el decir de Brian Hennen, “la práctica de la Medicina Familiar es una empresa personal construida sobre las relaciones de personas con su médico. Se basa en el entendimiento mutuo, confianza y planes conjuntos, para mantener su salud y tratar sus enfermedades.

El entendimiento recíproco entre pacientes y médico, crece con las oportunidades de interacción personal y con el conocimiento del medio en el cual vive el paciente”

La Medicina Familiar constituye la especialidad médica que mejor responde a los requerimientos del Modelo de atención a implementar en el contexto de la Reforma sectorial en curso. Sus características de cercanía al usuario, integralidad y enfoque familiar, accesibilidad y continuidad, hacen que su *setting* por antonomasia sea la práctica clínica ambulatoria en la atención primaria de salud.

### Breve fundamento de la evolución histórica de la Medicina Familiar en Chile

La historia de la Medicina Familiar ha sido desarrollada en variados artículos (\*\*). La presente reseña pretende mostrar los fundamentos y procesos que se ligan a su devenir histórico.

Históricamente, la atención de la morbilidad en el Nivel Primario ha sido resuelta por médicos generales, indiferenciados, con diversos grados de compromiso por ésta como lugar de desempeño. El gran desarrollo de las especialidades en profundidad, ocurrido en el mundo, también afectó a nuestro país, determinando una migración de los médicos hacia la “especialización”, los que se mantenían por períodos variables en la APS. Circunstancialmente, surgían médicos interesados en salud pública y en la APS como estrategia de atención y ligados al Equipo de salud en las tareas de prevención y pro-

moción, así como en el trabajo comunitario. Sin embargo, estas áreas nunca fueron promovidas desde las instancias formativas y aparecían más como intereses particulares que por algún énfasis académico o social. Durante la dictadura militar, el trabajo comunitario fue desincentivado y se privilegió a través de un financiamiento a las prestaciones, la actividad curativa.

A principios de la década de los 80, surge, desde un grupo de médicos recién egresados, el interés por ser formados como Médicos de Familia, impulsados por un movimiento social que venía ocurriendo en Europa desde la década de los 60. La Universidad de Chile responde a esta demanda con un programa autogenerado por los propios becados y sin proyección ni continuidad.

El programa es reactivado, por la misma Universidad, a principios de la década de los 90, junto con el regreso de la democracia. Su resurgimiento encuentra eco en el Ministerio de Salud, que inicia el camino de transformación de los Consultorios a Centros de Salud y Centros de Salud Familiar.

Esta confluencia de intereses y el complemento con el equipo de salud, hace que se generen mejores espacios clínicos para la práctica del médico Familiar, quien surge como el natural acompañante del Equipo en su tarea de preservar la salud y responder con calidad y oportunidad a las demandas de las personas.

Ian Mc Whinney, médico canadiense, describió 9 principios de la especialidad:

El Médico familiar:

- Está comprometido más con la persona que con un cuerpo de conocimientos.
- Se esfuerza por comprender el contexto de la enfermedad.

- Ve cada contacto con sus pacientes como una oportunidad para la prevención y la educación para la salud.
- Determina sus acciones según los riesgos de su población.
- Se ve a sí mismo como parte de una amplia red comunitaria de organizaciones para la atención de salud.
- Idealmente debe compartir el mismo hábitat de sus pacientes.
- Ve a sus pacientes en su casa, en el centro de salud y en el hospital (hogares, instituciones).
- Otorga relevancia a los aspectos subjetivos de la situación de salud.
- Es un coordinador de recursos.

Para lo anterior es preciso que el Médico Familiar desarrolle habilidades y destrezas de comunicación (escucha activa, empatía, congruencia), para entablar relaciones de ayuda y para el trabajo con familias y comunidad.

Aún con estos principios y aún si las razones del surgimiento de la especialidad reflejan el trasfondo político de esta opción profesional, ganar espacios en Chile no ha sido fácil.

Hoy surgen justificadas inquietudes e interrogantes sobre los requerimientos de médicos para la atención primaria, ¿Cuál es médico que necesita la APS?, ¿Qué formación requiere este médico para cumplir el compromiso de la atención primaria de salud como eje central del Modelo de Atención<sup>3</sup> planteado por la Reforma Sectorial?, y, considerando los déficit de facultativos especialistas en medicina familiar en dicho nivel, ¿cuáles son las propuestas de formación a considerar?

A fin de responder a la primera inquietud, hemos de apoyarnos en nuestra historia y patrimonio cultural, tanto en el mundo como en nuestro país. Desde esa mirada podemos decir que el médico que queremos debe ser capaz de:

- Enfrentar de manera eficaz la de-

manda prevalente, aceptando la incertidumbre de los diagnósticos psicosociales, reconociendo sus límites terapéuticos y derivando oportunamente a otras redes, cuando las condiciones así lo determinen.

- Integrarse a equipos de salud multidisciplinarios.
- Aceptar el liderazgo de los otros profesionales de la salud, sin sentirse menoscabado por esta relación, y aportar humildemente a la mejor comprensión de los problemas.
- Ejercer el liderazgo en las materias que le competen.
- Desenvolverse, por sobre todo, en la práctica ambulatoria, comprendiendo la complejidad socio sanitaria de la consulta de primer nivel.
- Visitar a sus pacientes en su domicilio, con otros miembros del equipo y actuando de manera complementaria a ellos.
- Que no sólo “esté”, sino que “sea parte de” un trabajo en pro del desarrollo social.
- Que posea un sentido y vocación social que le permita proponer, junto al equipo, alternativas de mejoramiento de las condiciones de vida, en el marco de sus ámbitos de acción.
- Con capacidades para estudiar, profundizar, generar conocimiento y actuar sistemáticamente sobre los determinantes sociales de individuos y familias.
- Con voluntad de integrarse, cuando ello corresponda, a las estructuras intersectoriales creadas para enfrentar de manera integral las necesidades de las personas.

## DEL DÉFICIT DE MÉDICOS EN LA APS

La cantidad de Médicos de Familia existentes en el país no alcanza a cubrir los requerimientos establecidos de acuerdo a la cartera de servicios y demanda estimada. Si bien es cierto que la dota-

**FAMILIA, COMUNIDAD Y GESTIÓN**

ción ha mejorado, sigue siendo el médico indiferenciado el que predomina en la Atención primaria. Nos preguntamos, entonces: ¿queremos un médico indiferenciado o un especialista en atención Primaria?

Si coincidimos en que la APS, se merece un tipo de médico especial, entonces surge la necesidad de reflexionar cuáles son las mejores estrategias para dotar a la APS con la cantidad de Médicos de Familia que necesita.

A partir del diagnóstico de la situación del volumen de recursos médicos para la atención primaria, apreciamos que ésta aún presenta un déficit importante según los requerimientos derivados del Plan de Salud Familiar<sup>4</sup>, déficit que se mantiene como bien lo señala el estudio del Dr. Manuel Ipinza (Ipinza, 2004)<sup>5</sup> manteniéndose el porcentaje de falcencia durante la última década y con una elevada rotación de los médicos en los diversos recintos asistenciales del nivel.

No obstante existir coincidencia sobre el déficit de recursos médicos, existen discrepancias sobre las soluciones a adoptar para responder al déficit señalado. Pareciera ser que lo que nuestro país requiere, en función del modelo a desarrollar para la atención primaria, es un especialista que se forme en sentido horizontal, no vertical, y en ese contexto la Medicina Familiar es la especialidad que mejor se adapta para cumplir dichos requerimientos, ya que es "una especialidad que se inserta en los sistemas de salud en el ámbito de la atención primaria, en donde la promoción, la prevención y la rehabilitación juegan el papel fundamental en el contexto del Modelo biopsicosocial, y donde el diagnóstico tiene una concepción mucho más amplia, pues está encaminando no solamente al individuo sino a la comunidad, la familia, los grupos laborales y educaciones y hasta el medio ambiente"<sup>6</sup>, más que otros especialistas básicos, formados o en etapa de formación,

preparados para desarrollar un modelo vertical.

El médico de familia, a diferencia de los médicos con formación en especialidades básicas y en sub-especialidades, presenta la ventaja de responder de un mejor modo a las expectativas de la población, a los cambios epidemiológicos y demográficos que las sociedades han experimentado, y a las nuevas realidades sociales del mundo urbano y el mundo rural. El camino natural de un médico formado en especialidad básica es la subespecialización. El camino natural de un médico familiar es el avance hacia diplomados en ciencias sociales, magisteres en gestión, complementos clínicos a su quehacer habitual, etc.

La sectorización y el concepto de población a cargo, como componentes centrales en la construcción de realidades geodemográficas<sup>7</sup>, cobran más sentido en el contexto de la especialidad de Medicina Familiar que en el de otras especialidades.

La formación holística de los médicos familiares establece una diferencia sustantiva con los programas de formación de las especialidades básicas, diferencia imposible de contrarrestar desde un modelo reduccionista.

#### **Buscando nuevas alternativas para la formación de médicos familiares en Chile**

En lo referente a las líneas formativas actuales de los especialistas en Medicina Familiar, deben ir necesariamente o por la formación universitaria de post grado, a través de residencias formales de tres años de duración en alguna de las siete facultades de medicina de las universidades del país, o por la certificación vía CONACEM, mediante el proceso de reconocimiento de Adiestramiento en Práctica, que en la actualidad considera 3 etapas: análisis de los ante-

cedentes de capacitación y ejercicio profesional, una evaluación teórica y una evaluación práctica del aspirante, el cual fue concebido para reconocer el quehacer retrospectivo de profesionales que se han abocado a la práctica de la Atención Primaria de Salud. Actualmente, el proceso de blanqueo<sup>8</sup> que establece el reglamento de CONACEM, ha concluido.

Los dos mecanismos tradicionales, deben mantenerse en el tiempo porque han sido, son y serán un real aporte a la formación de médicos familiares para el país. No obstante la existencia de ellos, para aumentar en forma significativa el número de médicos familiares en el país, creemos adecuado y oportuno concebir una tercera vía de formación: Formación Prospectiva o Modular, definida como un proceso de transformación de médicos generales que se desempeñan en la APS en Médicos de Familia en un período de 5 años de formación modular, el cual concluye con un examen final teórico y práctico que debiese ser dado frente a una Comisión Universitaria o frente a CONACEM.

Las características de la formación del médico familiar dependen del perfil de morbi mortalidad de los países y de las comunidades donde estos se desempeñarán, las características de la población y la estructura del sistema de salud.

Como señala el Documento de Post Grado de la Cumbre de Sevilla las capacidades a desarrollar en los futuros médicos familiares son las siguientes (Documento N<sup>o</sup> 4):

1. Resolución a demanda de cuidados.
2. Detección precoz de enfermedades y/o factores de riesgo.
3. Asesoramiento.
4. Incorporación de tecnología apropiada.
5. Uso de estrategias de abordaje familiar.
6. Orientación/educación comunitaria.

**FAMILIA, COMUNIDAD Y GESTIÓN****Organización y Evaluación:**

Creemos que el MF debe asumir un rol de liderazgo al interior de los equipos con una capacidad de desarrollar una adecuada gestión (por lo demás, 9 Principio de Mc Whinney). Dicha habilidad debe ir acompañada de la capacidad de evaluar el trabajo ejecutado y estar en condiciones de corregir y ajustar cuando sea necesario.

La adquisición de herramientas de administración es central, las cuales deben incorporar elementos de Planificación Estratégica, Gerencia Social de Salud y Prospectiva y evaluación de Escenarios Futuros entre otros.

**CONCLUSIÓN**

En el contexto de las explicitaciones de políticas de salud efectuadas en el VIII Congreso de Medicina Familiar, se busca responder a algunas propuestas (surgidas desde demandas políticas a la autoridad central) para el abordaje del déficit médico en la atención primaria, pero que no responden a los elementos contemplados en el Modelo de Atención propuesto.

Conscientes que las demandas de calidad y oportunidad en la Atención Pri-

maria son crecientes, es que proponemos asumir activamente la mejoría en la dotación de Médicos familiares para la Atención primaria, como una apuesta política de largo plazo.

**REFERENCIAS**

- 1.- SOTO S. Conferencia inaugural VIII Congreso de Medicina Familiar, "El enfoque biopsicosocial 25 años después".
- 2.- GÁLVEZ IBÁÑEZ M. Bases Conceptuales de la Medicina Familiar. Rev Chil Med Fam 1999; Vol 1 (2): 34-41.
- 3.- MONTOYA-AGUILAR C. Es necesario efectuar la distinción entre Modelo de Atención y Sistemas de Salud, entendiendo la primera como el tipo de atención que la población ha de recibir en el contexto de las definiciones de políticas de salud efectuadas, por su parte el Sistema de Salud es el conjunto de recursos organizados que efectúa las diversas actividades programadas, es decir, es el instrumento a través del cual se hace realidad el modelo de atención que se ha propuesto. Conceptos de Doctrina y Política de Salud. Cuad Méd Soc (Chile) 2004, 44: 241-50.
- 4.- El Plan de Salud Familiar corresponde a la cartera de servicios de la atención primaria de salud definidos por el ministerio del sector y que estipula las actividades, las concentraciones, instrumentos y rendimientos a utilizar en el marco de la implementación del nuevo modelo de atención. Ver documento Plan de Acceso Universal con Garantías Explícitas (AUGE). Construcción de la Propuesta Técnica del Plan de Salud de las Personas Año Base. Tomo II: Fichas Técnicas de los Componentes, Enfermedades y Condiciones de Salud. Junio 2002.
- 5.- IPINZA M. Como solucionar el déficit de médicos en los consultorios urbanos municipalizados. Cuad Méd Soc (Chile) 2004; 44 (2): 73-80.
- 6.- Iª Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar. Documento N° 4: Formación de Post grado y Programas de Capacitación para Médicos en atención Primaria. Sevilla, España, Mayo 2002.
- 7.- MONTOYA-AGUILAR C. Diseño de un Sistema Público de Atención de Salud: El Caso de Chile. Cuad Med Soc (Chile) 2005; 45: 11-6.
- 8.- SEGOVIA I. Requisitos para la Certificación en la Especialidad de Medicina Familiar. Rev Chil Med Fam 2001; 6 (2).
- 9.- PÜSCHEL, KLAUS et al. Diagnóstico Clínico y Toma de Decisiones en Medicina Ambulatoria. Rev Chil Med Fam 2000; vol 1 (5): 5-10.
- 10.- Relación entre Niveles Asistenciales. Oviedo, Mayo 1995. Documento N° 5, semFYC.

En lo conceptual, es necesario desarrollar este nuevo programa de formación con un énfasis especial en el fortalecimiento de la empatía y la comprensión del síntoma de las personas como hecho central, aún antes de la precisión diagnóstica, con la idea de formar médicos centrados en la salud de las personas más que en las enfermedades y profesionales que sepan manejarse en un contexto de incertidumbre<sup>9</sup>.

Además, el nuevo programa de formación sugerido, necesariamente debe situarse en los elementos definitorios del desempeño en APS, la que debe ser:

1. **Integral:** Considera al ser humano desde una esfera biopsicosocial. Las esferas biológica, psicológica y social, no son independientes, sino que están íntimamente relacionadas.
2. **Integrada:** Interrelaciona elementos de promoción, prevención, curación, rehabilitación y reinserción social.
3. **Continuada y permanente:** A lo largo de la vida de las personas, en sus distintos ámbitos y en cualquier circunstancia.
4. **Activa:** Busca y resuelve necesidades de salud. Actúa en el campo de la promoción y de la prevención.
5. **Accesible:** En sus distintos aspectos, geográfica, económica, burocrática u otro tipo de limitación.
6. **Trabajo en equipo:** Los equipos de atención primaria están integrados por profesionales sanitarios y no sanitarios.
7. **Comunitaria y participativa:** Atiende no sólo a los problemas individuales, sino que también lo hace con los de la comunidad. Está basada en la participación de la comunidad en las fases de planificación, programación y de puesta en marcha de las actividades.
8. **Programada y evaluable:** Basada en programas de salud en los que se determinan objetivos, actividades y recursos, además de los mecanismos de control y evaluación.

9. **Docente e investigadora:** Participa en la formación pregrado y postgrado y en la investigación de las materias propias del ámbito de la atención primaria.

A su vez, los componentes de este programa de formación modular en medicina familiar, desde la APS, deben incluir obligatoriamente los siguientes ámbitos:

#### Atención a las personas:

Citando a Ian Mc Whinney (MF, EEUU) el MF es ante todo un buen clínico por lo que partimos definiendo este primer ámbito el cual debe responder a las características de la APS ya citadas. Esta formación debe orientarse al enfoque y resolución de los problemas más prevalentes y de mayor trascendencia que afectan a la comunidad con un incremento en su capacidad de resolución de problemas.

Debe tener claridad en relación a criterios de referencia y contrarreferencia con el nivel complementario, tales criterios es recomendable que sean consensuados<sup>10</sup>.

Para el logro de ambos elementos es necesario el aprendizaje de algunas herramientas aportadas por la Medicina Basada en Evidencias y el análisis crítico de información.

#### Atención a las familias:

Eje de la vida de las personas, debe considerar el estudio de su estructura y su funcionalidad, siendo necesaria su adecuada interpretación. En este ámbito, se requiere el estudio de la familia y los instrumentos de evaluación.

No todas las familias requerirán una evaluación exhaustiva dejando esta para las siguientes condiciones:

- Pacientes con síntomas o signos mal definidos.
- Problemas de salud mental. Ansiedad, depresión, fobias, obsesiones.

- Hiperutilizadores de servicios.
- Incumplimiento de las prescripciones.
- Problemas de adicción. Drogas, alcohol.
- Niños con problemas.
- Crisis familiar. Paciente terminal, fallecimiento del padre, madre, cónyuge, hijo. Embarazo no deseado, nacimiento de un hijo, intento de suicidio, rotura familiar traumática.

Pueden existir otras condiciones, pero citamos estas más bien para señalar que el abordaje familiar como acto sistemático y detallado se reserva para algunas condiciones más o menos particulares.

#### Atención a la comunidad:

El médico que se desempeña en la APS tiene un importante rol en el desarrollo de sus comunidades, tanto en el ámbito sanitario como en el ámbito social, éste último lo asume como colectivo junto al intersector. Aquí, es central el abordaje de problemas según determinantes.

Así como en el enfoque con las personas, es necesario partir con un diagnóstico de la comunidad desde sus componentes, tanto estructurales como funcionales, incorporando su conceptualización de problemas y sus estrategias de solución.

Es necesario que el MF asuma no sólo a la población consultante, también es necesario saber cuál es la población no consultante y las razones por las cuales no lo hace. Sin embargo, hay que tener presente que las familias pueden tener contactos que no se limitan al médico, no olvidando el resto del equipo. Adecuados sistemas de registro informático nos facilitarán dicha tarea.

#### Investigación:

La incorporación de habilidades para la investigación permitirá la visualización de nuevas áreas problemas y la construcción de estrategias de solución.