

Salud Familiar en las Américas

Medwave 2013;13(3):e5644 doi: 10.5867/medwave.2013.03.5644

¿Es la medicina familiar una respuesta a alguno de los problemas actuales en salud y necesidades de las personas?

Is family medicine responsive to current health problems and people's needs?

Autora: Ruth Depaux Vega⁽¹⁾

Filiación:

⁽¹⁾Profesor asistente, Facultad de Medicina Universidad de Chile, Santiago, Chile

E-mail: depaux.ruth@gmail.com

Citación: Depaux R. Is family medicine responsive to current health problems and people's needs?.
Medwave 2013;13(3):e5644 doi: 10.5867/medwave.2013.03.5644

Fecha de envío: 16/1/2013

Fecha de aceptación: 7/3/2013

Fecha de publicación: 3/4/2013

Origen: solicitado

Tipo de revisión: con revisión externa por un par revisor a doble ciego

Palabras clave: family medicine, primary care, Chile

Resumen

La historia de la medicina familiar en Chile se remonta a principios de los años ochenta. De ahí a la actualidad se han formado aproximadamente 500 médicos de familia en siete universidades. A principios de la década de los noventa se formó la Sociedad Chilena de Medicina Familiar, que se constituyó en un espacio de agrupación de los médicos de familia, contribuyendo a posicionar a la medicina familiar en el contexto médico nacional. Como ha ocurrido en la mayor parte de los países, ha sido un trabajo difícil.

Abstract

Family medicine in Chile was initially introduced in the early eighties. From then on, roughly 500 family doctors have been trained in seven universities. The Chilean Family Medicine Society was founded in the early nineties and became a reference point for family doctors, thus setting the stage arduous task.

¿Cuál ha sido el contexto para la medicina familiar en Chile?

Los logros que en materia de salud puede exhibir Chile son conocidos y reconocidos a nivel mundial. Con un gasto en salud ubicado en los límites inferiores, hemos conseguido mejorar nuestro nivel de salud a una situación bastante loable. La organización en niveles de complejidad y con cobertura a nivel nacional, de alguna manera fue respondiendo a las necesidades de atención.

Y si bien esos logros son innegables, en Chile hemos sido muy críticos a la hora de evaluar nuestro sistema de salud. Es indudable que un sistema debe ser evaluado por sus resultados y si usamos los clásicos indicadores por los que se mide el impacto a nivel internacional, quedamos muy bien ubicados. Sin embargo, cuando es el público el que nos evalúa los resultados son distintos.

Una queja "crónica" de las personas se refiere, más que a la calidad de la atención médica, a elementos de contexto de la atención. Entre éstos destacan los tiempos de espera prolongados, tanto en atención primaria de salud como en la atención especializada; la nula continuidad del cuidado y la deshumanización de los cuidados que se manifiesta como maltrato explícito e implícito, indiferencia por las necesidades de las personas, poca escucha y baja empatía. Todo lo anterior, en términos de atención, se traduce en una baja consideración a los problemas del ámbito psicosocial, a la dificultad de abordar esos mismos componentes en las patologías agudas o crónicas, al no abordaje de problemas de familia o a la repercusión de aquellos problemas en la salud de las familias. Otro impacto de este "modo" de atención se visualiza en la

evolución de los problemas crónicos, que ligados profundamente a los estilos de vida de las personas, han mantenido un aumento progresivo en su incidencia y en el impacto en la salud por los daños y secuelas asociados.

Otro elemento a considerar es la escasa actuación de los médicos, y en general del equipo, en la promoción de la salud en cuanto a estrategias individuales. En la mirada colectiva, no se ha incorporado los determinantes sociales como aspectos que ayuden a focalizar las acciones en salud. Todo ello configura un conjunto de necesidades que los médicos de familia, insertos en un modelo de atención con enfoque familiar, contribuyen a mejorar.

La medicina familiar surge en el plano internacional como una respuesta a la disgregación de los cuidados que se reflejaba en una despreocupación por la persona en su totalidad, centrándose en las enfermedades de manera descontextualizada. Las personas dejaron de ser personas para transformarse en enfermedades u órganos enfermos. En Chile, estos mismos conceptos fueron los que guiaron el surgimiento de la medicina familiar como especialidad médica. También promovieron el modelo de atención con enfoque familiar como forma de respuesta del sistema a las necesidades de la gente en materia de salud.

Unido a la formación de los médicos de familia, el sistema de salud público en el nivel de la atención primaria inició un cambio en el modelo de atención desde lo biomédico a lo biopsicosocial con enfoque de salud familiar. Este camino de cambio se ha transitado con altibajos y con un desarrollo desigual en cada uno de los centros de salud. Dicho desarrollo estuvo determinado por las distintas estrategias que fueron aplicándose en los diferentes servicios de salud del país, unido a la variabilidad en las competencias instaladas en los mismos, en tanto apropiación del modelo que se quería desarrollar.

Pero cambiar un paradigma enraizado en el ser y el hacer de los profesionales de la salud, se torna muy difícil, si a eso se suma que la organización y recursos del sistema apuntan a reforzar el mismo paradigma. Y si cambiar un paradigma en el abordaje de la salud/enfermedad es difícil, captar el interés de los médicos hacia la medicina familiar es otra lucha cuyo éxito está supeditado a una serie de factores de distintos orígenes. Entre ellos se cuentan las motivaciones de los médicos, la formación de pregrado, los campos clínicos que permitan la práctica del médico familiar, los sueldos propios de un especialista, los modelos que mueven los cambios en la atención de salud y cómo se focalizan los recursos.

No ha sido fácil

Luego de más de una década de esfuerzos por el cambio, podríamos decir que la atención primaria de salud ya no es la misma. Ha cambiado en su organización, en su infraestructura, en la composición de los equipos de salud, en las formas de financiamiento y también ha cambiado en el perfil de problemas que aborda. En este aspecto, hemos pasado de un predominio de enfermedades agudas a una mezcla de problemas de salud (patologías agudas y

crónicas, con frecuencia en aumento), pluripatologías que han condicionado una complejidad creciente en su abordaje y traspaso de problemas que en el pasado eran atendidos en el nivel secundario. Los problemas de relaciones, estrés y ansiedad se suman a la diabetes, hipertensión arterial, obesidad. A lo anterior se suma la progresiva suma de procedimientos y "secundarización" de la atención primaria.

En los últimos 20 años los gobiernos han ido otorgando prioridad a la atención primaria. Ello se ha evidenciado en los recursos asignados, en los esfuerzos realizados para mejorar la capacidad resolutive médica y en una intencionalidad por habilitar al recurso humano en las competencias propias de la atención primaria de salud tales como atención a patologías prevalentes, resolución de problemas, trabajo en equipo, enfoque intersectorial, trabajo con la comunidad, entre otras. Sin embargo, el impacto no ha sido tan notorio a nivel de la satisfacción de los usuarios.

El médico familiar se insertó en un sistema de salud que no estaba preparado para un enfoque de atención diferente. Como decía anteriormente, la incorporación del médico familiar con su cuerpo de conocimientos y procedimientos, ha sido paralela al intento por cambiar el modelo de atención. Por lo tanto, en Chile no es posible analizar los cambios sólo desde el aporte de los médicos de familia. El equipo de salud, con los médicos de familia y en muchos casos sin ellos, ha desarrollado gran parte del ideario planteado por el modelo que se desea instalar. El modelo biomédico quedó corto en su abordaje, pero el biopsicosocial no termina de instalarse. Los médicos de familia aspiran a contribuir a mejorar la atención de la salud de las personas, pero se topan con déficit de recursos y soluciones que sólo buscan mejorar la mal llamada "capacidad resolutive" del médico, desde una perspectiva biológica.

Uno de los problemas en la instalación de nuevos paradigmas es que la mayor parte de las veces sólo existe el deseo de cambiarlos, pero no cambian los contextos. Lo más complejo es que el cambio esperado debe situarse a nivel de la mentalidad de los profesionales de la salud, de sus conocimientos, de sus habilidades, de su manera de concebir las relaciones entre los componentes del proceso salud enfermedad. El riesgo mayor es situar el cambio en un ámbito estructural y no en un ámbito conceptual, filosófico, relacional.

La medicina de familia, a través de su forma de razonamiento y estrategias de abordaje, se ha constituido en una especialidad capaz de aproximarse a las necesidades de las personas considerando las expectativas, los temores y los deseos de las personas. El camino recorrido permite reconocer que en el ámbito en que el médico de familia se inserte -sea este público o privado, ambulatorio o institucional, clínico o de gestión-, despierta un interés positivo en los usuarios o en los empleadores y por supuesto también en el equipo. Se podría decir que cuando a la persona la mueve un interés genuino por las necesidades del otro, incorpora una forma

de trabajo, un método, un razonamiento, aplicable a distintos ámbitos del quehacer en salud, con resultados que generan satisfacción en los beneficiados.

Es conocido que el ámbito relacional ha constituido una brecha profunda entre usuarios y profesionales de la salud. Con frecuencia se observa que uno de los problemas más importantes es la dificultad del profesional de mantener una armonía entre los aspectos más técnicos de la consulta y los aspectos más relacionales. El justo equilibrio entre ambos constituye la base del método del médico familiar.

Me parece que en Chile estamos en el camino correcto. En la medida que las autoridades de turno reconozcan en la medicina familiar y en el modelo de salud una oportunidad de abordar integralmente las necesidades en salud de las personas, tendremos la posibilidad cierta de lograr un sistema de salud más justo.

Sin embargo es necesario destacar algunos riesgos. Se ha dado en plantear el fracaso del modelo aun cuando este no se ha desarrollado en plenitud. En algunos casos ni siquiera hay esbozos de cambio. En este aspecto, el problema grave es que se evalúe un modelo que no termina de instalarse y se considere que no ha producido el impacto esperado, sin que exista un desarrollo evidente de los elementos que el modelo propicia. El adecuado desarrollo del modelo es inherente a la posibilidad de un trabajo eficiente del médico familiar.

El segundo riesgo, que de alguna manera ha influido en el primero, es lo que puede resultar de la constante crítica a la atención primaria respecto a su capacidad resolutive. Si sólo se sigue analizando la capacidad resolutive de la atención primaria de salud desde la perspectiva médica y en cuanto a los aspectos biológicos de la enfermedad, la solución pasa por aumentar los métodos diagnósticos, el acceso a más fármacos y, por supuesto, llevar especialistas a la atención primaria de salud. Esto es lo que he llamado anteriormente como la "secundarización" de la atención primaria, es decir poner en la atención primaria de salud el abordaje de problemas que debieran ser manejados en otros nodos de la red. Si ello se realiza se potenciará el abordaje biológico de la enfermedad, con resultados dudosos en cuanto a nivel de salud, y se olvidará el modelo de salud familiar. Se pone el énfasis sólo en la acción biomédica y no en la dotación de mejores elementos que permitan un manejo integral de los ámbitos psicosociales que rodean a la enfermedad, que son secundarios a ella, la generan o la perpetúan. Esto significa más de lo mismo: seguir aumentando los gastos en salud sin el impacto esperado, bajar los gastos en prevención y promoción, y seguir "soportando" la carga de enfermedad en aumento.

El médico familiar requiere una muy adecuada resolutive en lo biológico, pero también requiere que se reconozca la importancia de los aspectos psicosociales de la enfermedad y que se permita poner en práctica sus habilidades en este ámbito, potenciando además su rol junto al del equipo de salud de manera complementaria.

Desafíos pendientes

¿Cuáles son algunos de los aspectos que es preciso reforzar para potenciar a) el trabajo del médico familiar en atención primaria de salud y b) el desarrollo del modelo de atención con enfoque familiar?

- Dimensionar y asignar los recursos a través de los cuales sea posible aplicar el enfoque familiar a los cuidados en salud.
- Realizar de manera efectiva promoción y prevención.
- Limitar la profundidad del abordaje, y en algunos casos los problemas a manejar en atención primaria de salud, clarificando el rol de la atención en especialidades focales, coordinando eficientemente ambos nodos de la red.
- Definir el sueldo del médico familiar acorde a su condición de especialidad en atención primaria de salud.
- Asegurar un escenario que permita la aplicación del método clínico del médico familiar y una real incorporación al trabajo del equipo de salud.
- Otorgar tanta importancia a la "resolutive de la atención primaria de salud" como a la "resolutive biomédica", potenciando de manera equilibrada ambos aspectos de la atención de salud.

El punto radica en pensar en qué modelo y tipo de médico de la atención primaria de salud se requiere frente a:

- Escenarios psicosociales más complejos y demandantes.
- Personas con patologías más complejas.
- Incremento progresivo de las patologías crónicas.
- Personas con múltiples patologías y necesidad de más fármacos.
- Personas que manifiestan abiertamente su disconformidad con un modelo que los trata no como personas con dolencias, sino como órganos enfermos.

La medicina familiar y el modelo de atención con enfoque familiar y comunitario con un equipo potente en salud familiar pueden producir un cambio en la situación de salud de las personas al enfatizar la prevención y promoción, al trabajar con las comunidades potenciando sus recursos y habilidades, al coordinar sus esfuerzos con otros sectores, al considerar a las personas como fundamentales en el diagnóstico y abordaje de sus propios problemas, al hacer diagnósticos más precoces y más integrales.

Finalmente, es innegable el beneficio de incorporar en las respuestas a los problemas las capacidades de un equipo de salud y las habilidades de médicos que saben de enfermedades, pero que también saben de personas.

Notas

Declaración de conflictos de intereses

La autora ha completado el formulario de declaración de conflictos de intereses del ICMJE traducido al castellano por *Medwave*. Declara haber recibido honorarios en su calidad de miembro par evaluador de APICE en la especialidad de Medicina Familiar, y ser empleada de Clínica Indisa y de la Universidad de Chile. El formulario puede ser solicitado contactando al autor responsable.

Correspondencia a:

⁽¹⁾Departamento de Psiquiatría
Facultad de Medicina Campus Oriente
Universidad de Chile
Avenida Salvador 486
Providencia
Santiago, Chile



Esta obra de Medwave está bajo una licencia Creative Commons Atribución-No Comercial 3.0 Unported. Esta licencia permite el uso, distribución y reproducción del artículo en cualquier medio, siempre y cuando se otorgue el crédito correspondiente al autor del artículo y al medio en que se publica, en este caso, Medwave.