

VI Congreso Iberoamericano de Medicina Familiar CIMF – WONCA Tijuana 2019: del contexto a la experiencia.

Diana Cáceres y Fernando Cáceres¹

Resumen

A continuación se presentan breves reseñas de algunas presentaciones realizadas en el pasado VI Congreso Iberoamericano de Medicina Familiar realizado en la ciudad de Tijuana, Baja California, al norte de México desde el 1 hasta el 4 de Mayo del presente año en donde varios médicos Chilenos, algunos pertenecientes a la Sociedad Chilena de Medicina Familiar, presentaron sus trabajos científicos aportando al programa en cada una de las cuatro jornadas de Congreso.

Absract

Next, some brief summaries from previous presentations that took place in the last IV Ibero-American Congress of Family Medicine in Tijuana, Baja California, will be presented. In this conference, realized in northern Mexico, starting on May 1st of the current year, several Chilean physicians, some of them members of the Chilean Society of Family Medicine, presented their scientific works, which they provided to the programme of each one of the Congress four days of activities.

Introducción

El pasado VI Congreso Iberoamericano de Medicina Familiar permitió reunir más de 1500 personas de 22 países bajo el lema “La Medicina Familiar como eje para el acceso universal a la salud”, se realizaron actividades variadas y lideradas por distintos grupos de trabajo de la Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar “CIMF”², acompañadas por un escenario pluricultural que permitió dar fluidez y en donde hubo participación de algunos Médicos chilenos con actividades científicas, incluso con participación a distancia mediada por la tecnología como la del Dr. Sebastián Andrés Fuentes Hülse³ quien amablemente compartió con nuestra revista un resumen de su participación que invitamos a todos a leer con entusiasmo a continuación.

“Mi participación en este evento se vio marcada por un imprevisto: tomar nota del vencimiento de mi pasaporte a pocos días de tomar el vuelo. A pesar de mis esfuerzos no pude poner al día este documento, por lo que debí adaptarme a las circunstancias y poner toda mi energía en una participación a distancia. Gracias a las TICs pude estar presente directa o indirectamente en las actividades que

les relataré pero, además, me sirvió para percatarme de lo fácil que es actualmente comunicarnos los seres humanos alrededor del planeta, con todas las oportunidades que eso significa. No puedo continuar relatando la historia de las actividades alrededor de mi participación en el congreso, sin mencionar y agradecer a las personas que estuvieron dispuestas a ayudarme a estar virtualmente en él, generando contactos, gestionando recursos, aunando voluntades: Macarena Moral y Andrea Didier de Chile, Martín Olivera de Uruguay y Thomas Meoño de Costa Rica”.



1. Médicos Familiares, integrantes del Comité Editorial

2. Presidenta CIMF Dra Jacqueline Ponso, Foto tomada durante la inauguración el VI Congreso Iberoamericano de Medicina Familiar

3. Médico Familiar de la Universidad de Valparaíso. Docente del Departamento de Humanidades Médicas y Medicina Familiar. Coordinador del Comité de Cuidados Espirituales en Salud de la Sociedad Chilena de Medicina Familiar

Reunión Junta Directiva CIMF

Realizada el día previo al inicio del congreso, tuvo como objetivo la presentación y oficialización de varios grupos de trabajo. Martín Olivera, médico de familia uruguayo con quien compartimos la coordinación del Grupo de Trabajo “Espiritualidad y Salud” de CIMF, presentó nuestro plan de trabajo actual. Éste consta de una explicitación filosófica, evidencia, definiciones conceptuales, frentes de trabajo, roles y normas de participación, objetivos y actividades a dos años plazo. Tras varios años de trabajo informal (desde 2015), el grupo fue oficializado y apoyado en su labor. Los comentarios que recibimos posteriormente fueron positivos, destacándonos por nuestro nivel de organización, participación y avances.



Panel: “Desafíos Epidemiológicos de la Medicina Familiar”

A este panel fui invitado por Thomas Meoño de Costa Rica, actual Secretario de la directiva de CIMF. Fue esencial el apoyo de Macarena Moral para convencer a Thomas de mi participación virtual. Compartí el espacio con Richard Roberts, past-president de WONCA y Aurora Fernandez, Médica de Familia española. En mi ponencia intenté relevar nuestro enfoque de salud más que enfermedad, la integralidad epistemológica así como aquella con enfoque bio-psico-socio-espiritual, la prevención cuaternaria/quinaria y el autocuidado junto con los inter-cuidados.

Taller de Cuidados Espirituales Básicos en Salud

Fue guiado por Martín Olivera con apoyo de Andrea Didier. Mi participación fue virtual, acompañando el proceso. Se realizó una breve introducción teórica respecto de los conceptos de Espiritualidad (que podemos resumir como la búsqueda y expresión del sentido y la conexión, centrado en la persona), los Cuidados Espirituales Básicos (que en breve podemos resumir como: presencia, atención plena, compasión, escucha, conexión, apoyo y esperanza) y la

Valoración Espiritual Formal (una entrevista con preguntas abiertas basadas en herramientas clínicas estructuradas). Se trabajó con la herramienta FICA (Puchalski&Romer, 2000). Lo más notable para mí fue sentir un ambiente relajado, alegre y con humor, a pesar de la distancia física y tecnológica pude percibir el cariño que prevaleció en el encuentro.

Presentación de Poster: “Cuidados Espirituales en Salud en la Región CIMF”

Este trabajo de investigación fue el fruto de varios meses de colaboración al interior del Grupo de Trabajo, contando con la participación de integrantes de diversos países: Martín, Olivera (Uruguay), Oscar Murillo (Costa Rica), Paulyna Orellana (Ecuador), Miriann Mora (Ecuador), Miriam Riveros (Paraguay), Denise Chervin (Argentina), Rocío Tagle (Argentina), Domingos Vaz do Cabo (Brasil), Danna Robles (Colombia) y yo. El objetivo fue evaluar la formación, conocimiento, interés y práctica de Cuidados Espirituales en Salud en residentes y Médicos de Familia de Iberoamérica. Se trató de un estudio de corte transversal a través de una encuesta online. Hubo 532 participantes de 17 países de Iberoamérica. Entre los resultados más relevantes se encuentra la escasa formación versus el alto interés que despierta, lo cual hace necesario el desarrollo de este tema en las residencias. La defensa del póster estuvo a cargo de Andrea Didier. Según su reporte, la iniciativa despertó bastante interés en el público, tanto así que un académico universitario mexicano se animó a comunicar la importancia del tema a otros visitantes del póster.

Asamblea del Grupo de Trabajo “Espiritualidad y Salud” CIMF

Este espacio dentro del congreso, guiado por Martín Olivera permitió dar a conocer la existencia del grupo, sus fundamentos, objetivos y avances. Esto fue complementado con la puesta en práctica de un ejercicio respiratorio de conexión. Esta actividad contó con gran participación, algunos asistentes debieron mantenerse de pie, y hacia el final constatamos el interés de algunas personas de México y Bolivia en integrarse al grupo de trabajo.

En síntesis y desde mi percepción, esta experiencia estuvo marcada por la virtualidad, la adaptación al contexto, el trabajo colaborativo y el vínculo con valiosas personas de diferentes países/culturas, lo cual significó para mí una infusión de energía, motivación y gozo por la hermosa disciplina que escogí y espero seguir desarrollando.

Medicina familiar y Determinación social de la salud: Construcción colectiva del Derecho a la Salud

Camilo Bass del Campo⁴

La determinación social de la salud, categoría central de la Medicina Social/Salud Colectiva latinoamericana, “desarrolla una crítica del paradigma empírico-funcionalista de la epidemiología [y propone herramientas conceptuales y metodológicas] para trabajar la relación entre la reproducción social, los modos de vivir y de enfermar y morir”. (1,2)



En los últimos 40 años las propuestas de Atención Primaria en Salud Integral que ponen en el centro al equipo de salud familiar con médicas/os de familia han mostrado que tienen capacidad de incidir sobre elementos críticos de estos procesos de forma que fortalecen la construcción colectiva de la salud como un derecho humano. (3)

Sin embargo, en Chile el derecho a la salud y el sistema de atención hoy se encuentran en una situación compleja, nuestro sistema es inequitativo en el acceso y en el financiamiento, y en la Constitución Política se define la libertad de elección de aseguramiento como constitutivo de la seguridad social de salud, pero en la práctica son dos sistemas para dos clases de ciudadanos/as.

4. Médico de Familia, Magíster en Salud Pública y en Administración de Salud, Vicepresidente del Consejo Regional Santiago (Colegio Médico de Chile). Médico en Centro de Salud de AP Las Mercedes y profesor de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Chile

Por otro lado, la última reforma en salud planteó dar un impulso inédito a la atención primaria (AP), sin embargo se encuentra afectada por problemas no abordados y que amenazan el éxito de este proceso, así como la Estrategia Nacional de Salud (2011 – 2020): uno de ellos es la ausencia de una política para los recursos humanos de AP. La falta de avances en el desarrollo del modelo de salud, como parte integrante de un sistema de seguridad social, provoca una insuficiente respuesta a las necesidades y expectativas de la población; manteniéndose bajos niveles de satisfacción usuaria, así como de control de enfermedades crónicas. (4)

Contexto histórico

Chile tiene una larga tradición de desarrollo en el tema de acceso a salud. Durante el Siglo XIX, el pueblo se organizó en Sociedades de Socorros Mutuos (5), como una alternativa expresamente contrapuesta a la caridad. Su objetivo primordial era dar solidaria protección ante la enfermedad, la muerte y el desamparo familiar en base a la creación de un sistema de seguridad social fundado sobre el ahorro de sus asociados/as. Luego, en el año 1924 se dictó la Ley de Seguro Obrero Obligatorio (Ley Nº 4.054), por la cual empleadores y obreros debían imponer mensualmente a un fondo solidario de enfermedad e invalidez. Esta ley significó la introducción del Estado en la provisión de atención a los/as trabajadores/as. Posteriormente, en 1952 se promulga la Ley 10.383 que establece el Servicio Nacional de Salud (SNS), organismo público encargado de realizar todas las acciones sanitarias: fomento de la salud, prevención de las enfermedades, curación y rehabilitación.

Este desarrollo de la seguridad social en salud, llevó a realizar propuestas relacionadas con un concepto de atención integral de salud, en el contexto temporal del siglo pasado, como “una atención médica eficiente y oportuna para toda la población y para cada persona considerada integralmente. Más que al paciente o a la enfermedad como hechos aislados, se dirige al ser humano en su totalidad física y mental, en continua adaptación a su medio ambiente socio-cultural. Atención descentralizada, próxima al hogar o al sitio de trabajo, a cargo de un equipo funcionario bien integrado, en estrecha armonía y continuidad con el Hospital Base y con todos los organismos locales. Atención que integra, en cada prestación, los aspectos somáticos y psíquicos, lo individual con lo social, y las acciones preventivas y curativas. Por fin, atención planificada y con permanente intención educativa.” (6)

Luego, bajo condiciones de dictadura (1973 y 1989), se imponen cambios radicales de corte neoliberal, con un modelo de mercado en salud, seguridad social y en el resto de derechos sociales. Se crearon las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRE), para recibir el aporte de las cotizaciones de las personas con mayores ingresos (7). Se concretan una serie de medidas que modificaron profundamente el sistema público de salud, se fragmentó el Servicio Nacional de Salud, siendo reemplazado por un Sistema Nacional de Servicios de Salud, se traspasó la administración de establecimientos de nivel primario de atención a las municipalidades (8). En relación a esta medida, Salinas, refiere que habría sido ideada como una manera encubierta para iniciar la privatización del sistema de salud, ya que luego del traspaso de los establecimientos a los municipios, se podría realizar la transferencia a privados.(9) Por otra parte, se produce la autonomía de una porción de la salud del gobierno central, lo que origina una inequidad entre unos pocos municipios con más recursos en desmedro de la mayoría pobre.

Posteriormente, como resultado del proceso de reforma de salud del año 2005, se implementa el programa de Garantías Explícitas en Salud (GES), que constituye la principal transformación en materia de políticas públicas de salud durante las últimas dos décadas. Las garantías corresponden al acceso a intervenciones sanitarias para determinados problemas y condiciones de salud, con una atención establecida en plazos máximos, a una supuesta calidad acreditada de los prestadores que otorgan dichas actividades de salud y a protección financiera, con copagos fijos en cada una y un sistema de tope anual de copagos por grupo familiar.(10)

Si bien el GES, como modificación fundamental del proceso de reforma de la década anterior, logra influir en las prácticas cotidianas del sistema de salud, sus efectos positivos han sido limitados y sus problemas importantes: exceso de burocracia en el nivel primario de atención (desviando la atención integral), generación de discriminación a nivel hospitalario acerca de pacientes con o sin alguna de estas enfermedades (o su pertenencia a algunos de los grupos etarios específicos definidos) y un desvío significativo de recursos públicos hacia el sistema privado, por una supuesta mala planificación de recursos humanos de salud y un déficit no abordado de infraestructura y financiamiento público.

Por lo tanto, hasta el día de hoy no se han solucionado los graves problemas que justificaban y justifican una reforma de salud, en el caso de las personas que se atienden en los centros de salud del nivel primario: falta de horas médicas y de otros/as profesionales, escaso tiempo para la promoción, prevención, atención y rehabilitación en salud, falta de medicamentos y exámenes, falta de especialistas (Medicina Familiar), con una repercusión grave en el resto del sistema público de atención. Para la atención hospitalaria: persisten largas listas de espera para otras especialidades, falta de recursos para una atención digna, discriminación entre pacientes GES y No GES, desvío de recursos hacia el sistema privado, con el consecuente desfinanciamiento del sistema público, con el sistema de urgencias colapsado. Como consecuencia del contexto actual, se ha generado una alta carga de enfermedades crónicas que no están siendo controladas y que seguirán manifestando sus complicaciones a futuro, lo que trae consigo una baja satisfacción usuaria.(cita)

Existen importantes desigualdades en el acceso y estado de salud entre niveles de ingreso y grupos sociales. Estas desigualdades son reforzadas tanto por los seguros privados que discriminan por riesgo a sus propios beneficiarios y a sus potenciales beneficiarios, como por la fuerte dependencia que el sistema tiene del gasto privado, incluyendo en buena parte el gasto de bolsillo de las familias para el pago de prestaciones y medicamentos, entre otros aspectos no cubiertos por los seguros de salud. (11)

Esta situación inequitativa ocasiona que el gasto per cápita en salud de una persona de una ISAPRE sea un 50% mayor que el de una persona en FONASA. Lo que produce segmentación de la población en el acceso a salud, ya que las personas con mayores recursos económicos y mejor estado de salud se encuentran en el sistema privado, recibiendo una atención más rápida e incluso excesiva, a diferencia de las personas con menores recursos y de peor estado de salud que se atienden en el sector público. Se consagra una salud para ricos y sanos y otra para los pobres y enfermos(12); lo que podría incrementar el gasto de bolsillo en nuestro país, representando una proporción muy elevada del gasto total en salud, correspondiente al menos a un 32%, aún puede ser catastrófico para familias de ingresos bajos y medios(13) y reflejado en nuestra red pública de salud con déficit financiero y de infraestructura, dentro de un proceso lento y controlado de desmantelamiento que tiene más de 45 años,

profundizándose a través de una creciente mercantilización generada por la lógica subsidiaria del Estado, en que se ha creado un mercado de compra y venta de atenciones de salud, generando una diferencia entre el precio y el costo real de las atenciones, generando una enorme brecha entre el arancel que paga FONASA y el costo real para el establecimiento público. Esta se materializa en la histórica deuda hospitalaria y en el déficit del financiamiento per cápita para la AP, perjudicando el manejo económico del sector público, haciéndolo incapaz de cumplir con las demandas de salud de la población que requieren mayor acceso estigmatizando el sector público, para sostener el argumento que este sistema sería ineficiente y justificaría millonarios traspasos de recursos a los privados para resolver la brecha existente de la capacidad pública, con lo que se financia el lucro en salud bajo el esquema de subsidios a la demanda y con detrimento de la oferta pública y termina discriminando los hospitales del estado y favoreciendo al sector privado, pues reciben mejores pagos por las mismas actividades, ya que el Fisco termina pagando sobrepagos respecto a los costos reales.

Un principio fundamental que orienta la política de salud en Chile es el paradigma de la focalización, lo que implica que las políticas públicas son diseñadas para grupos específicos de la población que se encuentran en situación de “vulnerabilidad” y, por tanto, requieren de la asistencia del Estado. Este enfoque terminó por liquidar la concepción de la universalidad en uno de los derechos humanos, la salud. Esta lógica se encuentra detrás del sistema GES, que cubre algunas patologías (actualmente solamente 85) y en ciertos tramos de edad, generando un problema de exclusión tanto en la cobertura como también de grupos que no acceden como beneficiarios/as.

Propuestas para la construcción colectiva del Derecho a la Salud

Las siguientes síntesis contiene propuestas de transformaciones que requeriría el sistema de salud chileno, para refundarlo bajo los principios de universalidad, solidaridad, equidad, integralidad, gratuidad y ausencia de lucro. (14)

Derecho a la Salud: El derecho a la salud debe ser consagrado en la Constitución de manera pública, gratuita y de calidad para todo/as. Concebir la salud como un derecho implica que el Estado garantice a toda la población el mayor grado de bienestar en salud, y que este no se encuentre segregado

por capacidad de pago y riesgo de enfermar. La Constitución debe garantizar la cobertura universal de la salud, es decir el acceso, la calidad y la protección financiera al conjunto de los habitantes del país, provisto desde el Estado. Generar un cambio de esta magnitud, obliga al Estado a mejorar y ampliar el sistema público de salud. Sólo en un sistema donde desaparezca la segregación, y que funcione bajo un marco solidario de financiamiento lograremos satisfacer integralmente las necesidades de salud de la población.

Financiamiento solidario: La forma en la cual hoy se está financiando la salud en Chile ha generado una controversia, el sistema privado que cuenta con la mitad de los recursos que el país utiliza en salud, financian las prestaciones y servicios de salud de menos del 20% de la población (con mejores condiciones económicas y de salud), y el sistema público está desfinanciado y es donde se atienden más de 13 millones de personas, que son los más pobres y con mayor probabilidad de enfermar.

Fortalecimiento del sistema público de salud:

- Recursos financieros: Chile está gastando en la salud pública 4,5% del producto interno bruto (PIB) para cubrir el gasto en salud de más de 13 millones de personas. Estos recursos han demostrado ser insuficientes, dado el estado en que se encuentran nuestros consultorios y hospitales, así como la mermada cobertura que se entrega a la población. Las recomendaciones de los organismos internacionales a nuestro país plantean que el gasto público debería alcanzar el 6% del PIB. Es necesario terminar con los traspasos de recursos públicos a los prestadores privados, donde se terminan financiando parte de las atenciones que deberían estar garantizadas en los establecimientos públicos. La red pública de salud debe pasar de una forma de obtener recursos para su funcionamiento basada en esquemas de restricción presupuestaria, a un modelo donde lo que se anteponga sean las necesidades sanitarias de la población.

- Inversión sectorial: Es necesario revertir el proceso de desmantelamiento que ha sufrido el sistema público de salud desde la dictadura, la política de inversiones debe estar en función de las necesidades de la población y no del lucro privado como ocurre con la actual política de concesiones.

- Énfasis en promoción y prevención de salud: Los dineros destinados a prevención y promoción son insuficientes, y

se privilegian programas que no consideran la evidencia producida en los últimos 100 años. Es hora de generar un presupuesto de salud con alto énfasis en la promoción de salud provista por el Estado que equivalga al menos al 1% del total del gasto de salud.

- Atención Primaria: El nivel primario de atención debe ser el pilar fundamental del sistema de salud, en este sentido es fundamental mejorar su financiamiento, ya que hoy existe escasez de personal, de capacidad diagnóstica y terapéutica, entre otros aspectos relacionados con su labor, debido a la falta de presupuesto. De esta forma, debe duplicarse el valor per cápita actual, siendo importante también mejorar la redistribución de recursos desde las comunas ricas hacia las más vulnerables. La gestión de los recursos no puede estar supeditada al criterio de la administración de un alcalde en particular o de corporaciones municipales, es necesario que los funcionarios y la comunidad tengan injerencia en la toma de decisiones con respecto al presupuesto y de esta forma evitar que los recursos de salud se mal utilicen o se desvíen hacia otros gastos. Además, se deben reevaluar las actividades de la APS, reformulando la canasta básica, adecuándola a lo que realmente debiera hacerse, es decir, incorporar acciones de prevención y promoción de salud, así como mejoras a la capacidad resolutoria (apoyo diagnóstico y del arsenal farmacológico).

- Red de salud: Se requiere mejorar la coordinación que existe entre los distintos niveles de atención, para optimizar el trabajo de la red de salud. Para superar los problemas de deuda hospitalaria es necesario abandonar la política arancelaria, y pasar a un esquema de asignación per cápita de acuerdo a la población asignada en las redes de salud, generando ajustes por nivel socioeconómico y riesgo a enfermar. Es necesario avanzar en mejorar la calidad, no tan solo de la prestación de salud, sino que es necesario asegurar la dignidad del/a usuario/a en todas las esferas.

- Formación del recurso humano: Desde hace 30 años ha habido una sistemática precarización laboral en el sistema público, que se ha acrecentado estos últimos 10 años, provocando un déficit de profesionales de la salud, médicos generales y especialistas en el sistema público, con importante migración al sistema privado por las enormes brechas salariales. Parte del fortalecimiento del

sistema pasa por asegurar estabilidad laboral, carrera funcionaria, condiciones adecuadas para el desempeño de las profesiones y opciones de capacitación y formación permanente, en todos los niveles, desde la atención primaria hasta los hospitales de alta complejidad.

- Medicamentos: Actualmente se cuenta con una cartera de medicamentos muy restringida que limita la resolutoria de la atención y la mayor parte de la población debe invertir importantes sumas de dinero en la compra privada de medicamentos en las grandes cadenas de farmacias que controlan la oferta y por ende los precios. Por lo que se requiere con urgencia avanzar en la cobertura universal de medicamentos, asegurando su disponibilidad de un listado de medicamentos actualizados permanentemente en los centros de salud.

- Participación y democratización: El sistema de salud es sumamente jerarquizado y con nula participación de la comunidad. La participación se ha entendido solamente desde una perspectiva consultiva, por lo que es necesario avanzar hacia la triestamentalidad en la toma de decisiones del conjunto del sistema de salud.

La complejidad de los contextos sociales exige que se incorporen, adapten y actualicen programas formativos de modo que médicos y médicas familiares tengan la capacidad de hacer frente a las vicisitudes que se presentan en su práctica cotidiana.

Referencias

1. Breilh J. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2013; 31(supl 1): S13-S27.
2. Morales-Borrero C, Borde E, Eslava-Castañeda J, Concha-Sánchez S. ¿Determinación social o determinantes sociales? Diferencias conceptuales e implicaciones praxiológicas. Rev Salud Pública. 2013;15(6):797-808.
3. Tejerina Silva H, Soors W, de Paepe P, Aguilar Santacruz E, Closos MC, Unger JP. Reforma de gobiernos socialistas a políticas de salud en Bolivia y Ecuador: el potencial subestimado de la Atención Primaria Integral de Salud para impactar los determinantes sociales en salud. Rev Med Social. 2009;4(4):273-82.
4. Bass C. Family health model in Chile and greater

resoluteness of PAH0: contradictory or complementary?. Medwave 2012 Dic;12(11):e5571 doi: 10.5867/medwave.2012.11.5571.

5. Ilanes, MA. (2003). La revolución solidaria. Las Sociedades de socorros mutuos de artesanos y obreros: un proyecto popular democrático, 1840-1887. 22 de julio de 2019, de POLIS, Revista Latinoamericana Sitio web: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=30500514>> ISSN 0717-6554.

6. Oficina Central de Planificación de la Candidatura Presidencial del Dr. Salvador Allende. (2006). Plan de salud, atención médica y medicina social - Chile 1964. Cuadernos Médicos Sociales, 1, 34.

7. Tetelboin, C. (2009). Evaluación de las reformas a la salud y a la seguridad social en América Latina. XXVII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. VIII Jornadas de Sociología de la Universidad de Buenos Aires. 30 de julio de 2019, de Asociación Latinoamericana de Sociología, Buenos Aires. Sitio web: <http://cdsa.academica.org/000-062/1495.pdf>

8. Bustos, R. (1998). La Reforma de la Salud en América Latina: ¿Qué Camino Seguir? (la experiencia chilena). Colegio Médico de Chile.

9. Salinas, H., Lenz R. (1999). Las NO reformas de salud en Latinoamérica, razones que explican su fracaso. Santiago de Chile: Editorial Andros.

10. Escobar, L., Bitrán, R. (2014). Chile: Las Garantías Explícitas de Salud. Planes de Beneficios en Salud de América Latina: Una comparación regional. Banco Interamericano de Desarrollo.

11. Debrott, D. (2018). Sistema de salud chileno: Funcionamiento, problemáticas y propuestas de reforma. . En Chile del Siglo XXI: Propuestas desde la Economía (261-296). Santiago de Chile: Ediciones Böll y Estudios Nueva Economía.

12. Superintendencia de Salud. (2019). Estadísticas consolidada de cartera del sistema isapre año 2017. . 22 de julio de 2019. Sitio web: <http://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/w3-article-15612.html>

13. Benitez A, Hernando A, Velasco C. Radiografía del gasto de bolsillo en salud en Chile: Análisis del cambio en el gasto entre 2012 y 2016. Puntos de Referencia MR, Edición Digital. No. 491, Centro de Estudios Públicos. Octubre 2018.

14. Fundación Creando Salud. (2014). Ejes programáticos.

La última reseña trata un tema innovador en la cultura occidental y nos invita a conectarnos con nosotros mismos, cada día toma más relevancia la práctica del mindfulness y aumenta en esta medida cada vez más el número y calidad de la evidencia disponible; los invitamos a leer la siguiente participación a cargo del Dr. Francisco Villalón.

Mindfulness en la práctica clínica: Burnout, cuidar y autocuidarse

Francisco J. Villalón L. ⁵

El encuentro constante con un otro en condición de vulnerabilidad y sufrimiento crea un espacio que bajo ciertas condiciones organizacionales, laborales e individuales(1-3), es propicio para el agotamiento emocional, despersonalización y disminución percibida del logro. Estos elementos caracterizan el síndrome de burnout que presenta una alta prevalencia en médicos a nivel mundial, alcanzando en promedio un 67% en 45 países(4). Esto afecta al paciente deteriorando la atención, la seguridad y aumentando el error médico, como también al profesional aumentando el riesgo de abusos de sustancias, depresión, suicidio y pobre autocuidado. En consecuencia, afecta al sistema de salud encareciéndolo, disminuyendo la productividad y la accesibilidad.(1,2)

Se han evaluado diferentes alternativas para disminuir este síndrome tanto a nivel individual como a nivel organizacional, siendo las intervenciones basadas en mindfulness (IBM) una de las que ha demostrado mayor efectividad a nivel individual.(1,5) De esta forma, se vuelve una práctica relevante para incorporar en el contexto de la atención primaria, considerando además los beneficios descritos para la salud física como mental de la población(6,7). Basado en esto se realizó un taller sobre la evidencia que sustenta las IBM y una introducción a su práctica personal.

El constructo “mindfulness” se ha definido como un modo de atender a la experiencia momento a momento, con una actitud abierta, libre de juicio y de aceptación(8). Este modo se puede encontrar con distinta frecuencia en las personas

5. Médico, colaborador del Programa Estudios Sociales en Salud del Instituto de Ciencias e Innovación en Medicina y del Centro de Humanidades Médicas de la Facultad de Medicina Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo

considerándose como un rasgo. A su vez este se puede desarrollar mediante prácticas formales o informales, como la meditación o actividades de la vida diaria.

Para esto se han creado diferentes programas, siendo el de reducción de estrés basado en atención plena (REBAP) o mindfulness based stress reduction (MBSR) en inglés, el que presenta mayor evidencia. Este fue creado por Jon Kabat-Zinn de la Universidad de Massachusetts en 1979 (9). Este consta de ocho sesiones de dos horas y un día de retiro donde se abordan diferentes prácticas meditativas y se integran con los principios de mindfulness, junto con los conceptos de conciencia corporal, regulación emocional, regulación cognitiva, comunicación y autocuidado.

Durante el taller presentado en el congreso Iberoamericano de Medicina Familiar en la ciudad de Tijuana el pasado mes de mayo, se realizaron prácticas meditativas comiendo, explorando el cuerpo, respirando y con imaginería basada en compasión, llamada meditación metta. Cada una de ellas con efectos diferentes a nivel subjetivo y cerebral.(10–12) Entre cada práctica se indagó en la experiencia de los participantes, para profundizar en ella y discutir las dudas que surgieron.

Se contrastó la experiencia directa, con la evidencia disponible de los beneficios de estas prácticas en cuanto a lo siguiente: síntomas depresivos, recaída de depresión(13), ansiedad(6), estrés(14), cambio de hábitos alimenticios(15), manejo de dolor crónico(7), cese de tabaquismo entre otros(6). También se conversó sobre los beneficios en la comunicación(16), liderazgo(17) y productividad(18).

Se reflexionó sobre las formas de implementar estas prácticas en la vida diaria, a nivel clínico y organizacional.



Se incluyeron opciones de implementación en los centros de salud como un eje transversal que integre no solo a los profesionales de la salud con espacios de intercuidado, sino que también a los cargos directivos, administrativos y a los pacientes.

De esta forma se busca mejorar la resiliencia en los clínicos, mejorar la calidad del cuidado promoviendo la empatía y la compasión, y mejorar la calidad de la atención para que sea más segura, accesible, centrada en el paciente, implementando así un sistema de salud más atento y amable.(19)

Referencias

1. West CP, Dyrbye LN, Shanafelt TD. Physician burnout: contributors, consequences and solutions. *J Intern Med.* junio de 2018;283(6):516-29.
2. Patel R, Bachu R, Adikey A, Malik M, Shah M. Factors Related to Physician Burnout and Its Consequences: A Review. *Behav Sci.* 25 de octubre de 2018;8(11):98.
3. Azam K, Khan A, Alam MT. Causes and Adverse Impact of Physician Burnout: A Systematic Review. 2017;27:7.
4. Rotenstein LS, Torre M, Ramos MA, Rosales RC, Guille C, Sen S, et al. Prevalence of Burnout Among Physicians: A Systematic Review. *JAMA.* 18 de 2018;320(11):1131-50.
5. Wiederhold BK, Cipresso P, Pizzioli D, Wiederhold M, Riva G. Intervention for Physician Burnout: A Systematic Review. *Open Med.* 4 de julio de 2018;13:253-63.
6. Goldberg S, Tucker R, Greene P, J. Davidson R, Wampold B, J. Kearney D, et al. Mindfulness-based interventions for psychiatric disorders: A systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev.* 1 de noviembre de 2017;59.
7. Khoo E-L, Small R, Cheng W, Hatchard T, Glynn B, Rice DB, et al. Comparative evaluation of group-based mindfulness-based stress reduction and cognitive behavioural therapy for the treatment and management of chronic pain: A systematic review and network meta-analysis. *Evid Based Ment Health.* febrero de 2019;22(1):26-35.
8. Bishop SR. Mindfulness: A Proposed Operational Definition. *Clin Psychol Sci Pract.* 1 de agosto de 2004: 11(3):230-41.
9. Kabat-Zinn J. Vivir con plenitud las crisis: cómo

utilizar la sabiduría del cuerpo y de la mente para afrontar el estrés, el dolor y la enfermedad. Programa de la Clínica de Reducción del Estrés del Centro Médico de la Universidad de Massachusetts. Barcelona: Editorial Kairós; 2012.

10. Kok BE, Singer T. Phenomenological Fingerprints of Four Meditations: Differential State Changes in Affect, Mind-Wandering, Meta-Cognition, and Interoception Before and After Daily Practice Across 9 Months of Training. *Mindfulness*. 1 de febrero de 2017;8(1):218-31.

11. Tang Y-Y, Hölzel BK, Posner MI. The neuroscience of mindfulness meditation. *Nat Rev Neurosci*. abril de 2015;16(4):213-25.

12. Brewer JA, Worhunsky PD, Gray JR, Tang Y-Y, Weber J, Kober H. Meditation experience is associated with differences in default mode network activity and connectivity. *Proc Natl Acad Sci*. 13 de diciembre de 2011;108(50):20254-9.

13. MacKenzie MB, Abbott KA, Kocovski NL. Mindfulness-based cognitive therapy in patients with depression: current perspectives. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 18 de junio de 2018;14:1599-605.

14. Burton A, Burgess C, Dean S, Koutsopoulou GZ, Hugh-Jones S. How Effective are Mindfulness-Based Interventions for Reducing Stress Among Healthcare Professionals? A Systematic Review and Meta-Analysis: Mindfulness Interventions for Stress Reduction. *Stress Health*. febrero de 2017;33(1):3-13.

15. Carrière K, Khoury B, Günak MM, Knäuper B. Mindfulness-based interventions for weight loss: a systematic review and meta-analysis: Mindfulness interventions for weight loss. *Obes Rev*. febrero de 2018;19(2):164-77.

16. Amutio-Kareaga A, García-Campayo J, Delgado LC, Hermosilla D, Martínez-Taboada C. Improving Communication between Physicians and Their Patients through Mindfulness and Compassion-Based Strategies: A Narrative Review. *J Clin Med [Internet]*. 17 de marzo de 2017

17. Reb J, Narayanan J, Chaturvedi S. Leading Mindfully: Two Studies on the Influence of Supervisor Trait Mindfulness on Employee Well-Being and Performance. *Mindfulness*. febrero de 2014;5(1):36-45.

18. Kersemaekers W, Rupperecht S, Wittmann M, Tamdjidi C, Falke P, Donders R, et al. A Workplace

Mindfulness Intervention May Be Associated With Improved Psychological Well-Being and Productivity. A Preliminary Field Study in a Company Setting. *Front Psychol*. 2018

19. Epstein R. *Attending: Medicine, Mindfulness, and Humanity [Internet]*. Scribner. Scribner; 2017

Fundación Creando Salud. (2014). Ejes programáticos.