

La Medicina Familiar en el Modelo de Atención Integral de Salud en Chile

Family Medicine in the Comprehensive Health Care Model in Chile

Carmen Nadal Agost ^a, Victoria Alarcón ^b, Javiera Flores ^c, Camila Jiménez ^d,
Paulina Leyton ^e, Beatriz Maza ^f, German Miranda ^g, José Sotomayor ^h, Ignacio Urzúa ⁱ

Resumen

La Medicina Familiar es la especialidad médica heredera de las cualidades generalistas e integrales que antiguamente ejercían los médicos de cabecera. Esta disciplina surge como respuesta a la fragmentación de la atención sanitaria en órganos y sistemas, arraigada en el modelo biomédico centrado en la enfermedad, el cual excluye los aspectos psico-sociales como parte del origen y del modo para intervenir en el proceso salud-enfermedad de los individuos. El Dr. Ian Mc Whinney, considerado el padre de la medicina general, declara 9 principios que sientan los pilares del ejercicio de la Medicina General en los nuevos tiempos, aspirando a un perfil de profesionales altamente capacitados para resolver las patologías más prevalentes de la atención médica ambulatoria con un enfoque biopsicosocial y preparado para orientar y educar al paciente, su familia y la comunidad, en aspectos promocionales y preventivos con el fin de mantener una población saludable. Debido a los cambios demográficos y epidemiológicos, Chile apuesta en su reforma sanitaria a un modelo de atención diferente para enfrentar la demanda creciente de problemas asociados a estilos de vida y determinantes sociales: el Modelo Integral de Salud Familiar y Comunitario (MAIS). Los lineamientos de este modelo están basados en la centralidad en las personas, el enfoque integral y la continuidad asistencial, lo que representa la esencia de la Medicina Familiar y es como la transforma en la especialidad médica líder en la implementación de este modelo en el país, sentando su práctica a nivel de la Atención Primaria, por ser el punto de inicio de la atención, en el sistema de salud, el medio selector para acceder a los servicios especializados, y el articulador con otros niveles asistenciales e intersector, actuando desde lo preventivo, participativo y territorial.

Palabras Clave

Medicina familiar, Atención integral de salud, Atención primaria

Abstract

Family Medicine is the medical specialty inheriting the general and comprehensive qualities formerly exercised by general practitioners. This discipline arises as a response to the fragmentation of health care in organs and systems, rooted in the biomedical model focused on the disease, which excludes psychosocial aspects as part of the origin and the way of intervening health and illness of individuals. Dr. Ian Mc Whinney, the father of family medicine, declares 9 principles that lay the foundations for the practice of general medicine in modern times, aspiring to a highly trained professionals who solve the most prevalent pathologies in medical care outpatient with a biopsychosocial approach and prepared to guide and educate the patient, his family and the community, in promotional and preventive aspects in order to keep the population as healthy as possible. Due to demographic and epidemiological changes, Chile is committed to a different care model in its health reform to face the growing demand for problems associated with lifestyles and social determinants: the Comprehensive Health Model. The Comprehensive Health Model guidelines based on person-centered focus, the comprehensive approach and the continuity of care, represent the essence of family medicine and

^a MD, Master of Clinical Science Family Medicine, UWO, Canada.

Docente encargada de la asignatura de Medicina Familiar, Universidad de O'Higgins, Chile.

^{b, c, d, f, g, h, i} Estudiantes 5to año de la carrera de Medicina (2021), Universidad de O'Higgins, Chile.

transforms it into the leading medical specialty in the implementation of this model in the country, establishing its work at the level of Primary Care, which represents the starting point of care in the health system, the filter to access specialized services, and the coordinator with other levels of care and institutions in the community, with emphasis in preventive medicine, social participation and territorial approach.

Keywords

Family practice, Comprehensive Health Care, Primary Health Care

Introducción

La Medicina Familiar corresponde a una “especialidad médica con enfoque de atención integral del paciente y su familia, siendo profesionales altamente capacitados para resolver alrededor del 85-90% de las patologías que presentan las personas que acuden por una atención médica ambulatoria, así como también, preparados para orientar y educar al paciente, su familia y comunidad en aspectos promocionales, preventivos y de rehabilitación, con el fin de mantener a la población lo más sana posible y empoderada en su autocuidado”¹. En el plano internacional, esta especialidad surge como respuesta ante la insatisfacción de los pacientes por la disgregación de los cuidados, la despreocupación por la persona en su totalidad y la centralidad en las enfermedades de manera descontextualizada, debido al auge de la hiperespecialización y la fragmentación de la asistencia médica en órganos y sistemas. En el plano nacional, la Medicina Familiar no fue impulsada por la presión de la ciudadanía ni por los gestores o planificadores de salud, sino más bien surgió desde el ámbito académico². Esta especialidad médica es aquella que rescató las características de la Medicina General que en épocas anteriores representaba al médico de cabecera (aquel facultativo que estrechaba una relación de máxima confianza con sus pacientes y familias a través del tiempo, conociendo los aspectos objetivos y subjetivos que influyen en la mantención y/o recuperación de su salud) y cuyo campo de acción no se limitaba sólo a cuestiones médicas focalizadas, sino de toda índole³.

1. Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile [Internet] [Consultado 4 Jul 2021]. Disponible en: <https://medicina.uc.cl/divisiones/medicina/salud-publica-y-medicina-familiar/medicina-familiar/>

2. Bozzo, G. Desarrollo de la Medicina Familiar en Chile [Internet] 1999 [Consultado 6 Jul 2021]. Disponible en: <https://www.medicinafamiliar.cl/mf/word-press/desarrollo-de-la-medicina-familiar-en-chile/>

3. Lovo, J. Ian McWhinney: los nueve principios de la medicina familiar. Archivos en Medicina Familiar [Internet]. 2021 [Consultado 4 jul 2021]; 23 (2), 101-108. Disponible en <https://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2021/amf212f.pdf>

Uno de los principales exponentes de la especialidad, y considerado el padre de la Medicina Familiar, es el médico general británico: Ian Mc Whinney⁴, quien, aplicando teorías del modelo biopsicosocial de Engel y de la psicología humanista de Carl Rogers, transmitió como docente e investigador la importancia de rescatar las cualidades específicas de los médicos generalistas, que les hacen diferentes del resto de las especialidades médicas, reconociendo una identidad propia.

Es así como en el año 1981, Mc Whinney establece los 9 principios de la Medicina Familiar⁵ que modelan una nueva relación clínica e inspiran las bases para una atención sanitaria centrada en la persona.

Los principios de este perfil médico son: su compromiso particular con los pacientes, la comprensión del contexto de la enfermedad, la oportunidad de cada atención con fines preventivos, la visión de una población a cargo en riesgo, el uso de la red comunitaria como apoyo al ámbito sanitario, la consideración de la ventaja de compartir el hábitat del paciente, el cuidado ambulatorio, el reconocimiento de los aspectos subjetivos de la medicina y la conciencia de una óptima gestión de los recursos sanitarios. Estos principios integran las vertientes biológicas, psicológicas y sociales, detrás del proceso de salud y enfermedad, proponiendo un enfoque integral para la búsqueda del bienestar de la persona con énfasis en la prevención, como estrategia para el mantenimiento de la salud, y la resolución de los problemas

4. Abadín, F. Casado, S. Lozano, C. Ian McWhinney y la importancia de los referentes en medicina de familia para crear una identidad profesional propia. Medicina Familiar SEMERGEN. [Internet]. 2018 [Consultado 4 jul 2021]; 44 (4), 293-294. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-ian-mcwhinney-importancia-los-referentes-S1138359317302769>

5. McWhinney IR. Teaching the principles of family medicine. Can Fam Physician. [Internet] 1981 [Consultado 4 jul 2021];27:801-804. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2305997/>

sanitarios, considerando el contexto familiar y comunitario. Ian McWhinney promueve en la práctica médica, la integración entre ciencia, tecnología y arte.

La Medicina Familiar es un programa de post-grado impartido en Chile desde el año 1982 y representa la especialidad médica propia de la Atención Primaria de Salud⁶, pues ofrece una visión del proceso salud-enfermedad que, sin desconocer sus aspectos biomédicos, incorpora las dimensiones psicosociales, imprescindibles para el abordaje integral del complejo panorama socio-sanitario y del cambio de visión hacia un usuario del sistema sanitario más proactivo, responsable de su propia salud y de la salud de la sociedad⁷.

El escenario actual demográfico y epidemiológico de Chile, asociado a estilos de vida y determinantes sociales, refleja una baja natalidad, el envejecimiento de la población, la multimorbilidad y el surgimiento de nuevas enfermedades infecto-contagiosas. Lo anterior requiere una adaptación del modelo de atención en salud para enfrentar estos desafíos de forma oportuna y eficiente. El modelo tradicional basado en lo curativo, con los hospitales como espacios de resolución de los problemas de salud, no sólo ha demostrado quedar sobrepasado por la demanda, sino también aumenta los costos en salud, genera ineficiencias e ineficacia y aumenta la inequidad. Durante el año 2005, en el marco de la Reforma de Salud de Chile, empezó el cambio hacia un nuevo modelo de atención haciendo fuerte hincapié en la promoción, prevención, resolución ambulatoria de los problemas prevalentes de salud de la población, el uso eficiente de los recursos basados en la evidencia científica y el fortalecimiento de la Atención Primaria⁸. Esta nueva propuesta se conoce como el Modelo de Atención Integral

6. Bertossi, C. Rubio, J. Troncoso, J. González, C. Inostroza, C. Neira, F. Oyarzun F. Herrera, K. Silva, V. Cortes, A. Heitmann, J. Arrosamena, P. La especialidad de la APS es la Medicina Familiar – Carta Abierta al Ministro de Salud. [Internet] 2018 [Consultado 4 jul 2021] Disponible en: <https://familiarcomunitaria.cl/FyC/2018/06/01/la-especialidad-de-la-aps-es-la-medicina-familiar-carta-abierta-al-ministro-de-salud/>

7. Ministerio de Salud. Modelo de atención integral en salud. Subsecretaría de Redes Asistenciales. [Internet] 2005 [Consultado 4 jul 2021] Disponible en: <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/03/1.pdf>

8. García, D., Barros, X., Quiroz, A., Barría, M., Soto, G. y Vargas, I. Modelo de atención integral en salud familiar y comunitaria en la atención primaria chilena. *Rev Panam Salud Publica* [Internet] 2018 [Consultado 4 jul 2021] 42 (1), 1-9.

Disponible en: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.160>

de Salud Familiar y Comunitario (MAIS), la cual se define como “*el conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna, que se dirige más que al paciente o la enfermedad como hechos aislados, a las personas consideradas en su integralidad física y mental, como seres sociales pertenecientes a distintas familias y comunidades, que están en permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente*”⁹. En el MAIS se describen las condiciones que permitirían satisfacer las necesidades y expectativas de las personas para mantenerse saludables y mejorar su bienestar, lo que, además, se complementa con políticas públicas que fomentan la promoción de la salud en la comunidad, mejorando los determinantes sociales que a ella le afectan. Como una manera de operacionalizar este modelo en el trabajo de los equipos sanitarios, es que se declaran tres principios irrenunciables en el Modelo Integral de Salud Familiar y Comunitario: centrar las acciones en las personas, brindar integralidad en la atención y garantizar la continuidad del cuidado a lo largo del tiempo y en todos los niveles asistenciales. Desde estos principios emergen nueve ejes de acción: promoción de salud, prevención de enfermedades, enfoque de salud familiar, intersectorialidad y territorialidad, calidad de la atención, enfoque en atención abierta, participación social, tecnología y desarrollo de las personas y la organización¹⁰.

Para un modelo integral en salud se hace necesario que el perfil del médico en el primer nivel de atención se base en un profesional integrador que aporte con su mirada global y generalista. Por ello, la relación entre los principios propuestos por Ian McWhinney y los ejes del MAIS, demuestran que la especialidad de Medicina Familiar será protagonista en el cambio hacia una atención sanitaria en Chile centrada en las personas y coloca al médico de familia en una posición de liderazgo para encabezar esta transformación del sistema de salud chileno.

9. Ministerio de Salud. Orientaciones para la Planificación y Programación en red. [Internet] 2021 [Consultado 4 jul 2021] pág 25. Disponible en: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/09/20200908_ORIENTACIONES-PARA-LA-PLANIFICACION-EN-RED-2021.pdf

10. Ministerio de salud. División de Atención Primaria. Subsecretaría de redes asistenciales. Instrumento para la evaluación y certificación de desarrollo en el modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria en establecimientos de atención primaria. Año 2020.

Desarrollo del tema

Principios y ejes

Principio 1: “El Médico de Familia está comprometido más con la persona que con un cuerpo particular de conocimientos, grupos de enfermedades o técnicas especiales”

En este principio se reconoce la humanidad detrás del enfermo y la persona detrás de la enfermedad, pues la experiencia vivida, aún compartiendo diagnósticos similares con otras personas, es única y particular. Este principio se relaciona con los ejes del MAIS de *participación, calidad y gestión del desarrollo de personas y la organización*. El eje de *participación* hace referencia a “*comprometer y desarrollar todos los esfuerzos necesarios para promover la participación social en salud como práctica habitual...*”; a considerar “*el diagnóstico participativo en salud, como herramienta de detección de necesidades...*”, a contar con “*el enfoque intercultural que incluya el análisis de los problemas de salud...*”, e “*incluye la consulta permanente en relación a la satisfacción usuaria*” y la “*existencia de un protocolo de buen trato...*”. El eje de *calidad* hace referencia a “*desarrollar acciones necesarias para instalar una cultura de calidad, y con pertinencia intercultural, levantada a partir de las necesidades de las personas*”. El Médico de Familia es quien aborda los problemas que perciben los pacientes, centrándose en ellos como un todo y asistiéndoles a lo largo del tiempo (longitudinalidad) en las diferentes etapas de su curso de vida, ante todo tipo de patología y en cualquier contexto. El compromiso con la persona se inicia con su participación (individual o comunitaria), el reconocimiento de su protagonismo para tomar decisiones y la identificación de sus necesidades y expectativas, tal como ella las define y prioriza, para incorporar esos puntos de vistas en los planes de cuidados. La percepción de las personas respecto a los servicios sanitarios representa la satisfacción usuaria. Ésta se mide por el “buen trato”, el cual representa en la práctica el modo en que las actitudes profesionales demuestran el reconocimiento de la dignidad y los derechos de los pacientes. Para lograr el desarrollo de una cultura de calidad centrada en las personas, más que en las enfermedades propiamente tales, es necesario modelar el pensamiento, el comportamiento, los valores, las creencias, las experiencias y las normas

del personal de salud, basándose en las necesidades de la población y la exploración de sus expectativas¹¹. Esto representaría las directrices del emergente modelo de relación clínica-asistencial con enfoque en los derechos de las personas. Es así como el rol del profesional médico no sólo sería prevenir y curar enfermedades, sino que es exigible que demuestre un trato amable y acogedor con su paciente, una preocupación genuina por sus problemas y una actitud de valorización de sus necesidades individuales para empoderarlo y compartir su cuidado. Para que esto se haga efectivo a nivel de la organización de un centro de salud primaria, debe ir de la mano con el *eje de gestión del desarrollo de personas y la organización*, principalmente en el componente que señala que “*El establecimiento capacita a las personas que trabajan en el Modelo de Atención Integral de salud familiar y comunitario orientado al desarrollo de competencias*”. El Médico de Familia es quien cuenta con esta formación en el enfoque centrado en las personas como parte esencial de su disciplina, por lo que la transmisión de este conocimiento al resto de su equipo de trabajo, es una valiosa contribución que se realiza mediante la docencia directa y el modelaje.

Principio 2: “El Médico de Familia intenta comprender el contexto de la enfermedad”.

En este principio es esencial relacionar los conceptos de salud y enfermedad en un proceso continuo, es decir, la “enfermedad como un proceso que no resulta sólo de la acción externa de un agente ambiental agresivo, ni de la reacción internalizada de un huésped susceptible, sino de un proceso totalizador de efectos patológicos, y la salud como un continuo en permanente tensión y conflicto en la búsqueda de una mejor calidad de vida”¹². Este proceso está afectado por el contexto personal, social, cultural, económico y ambiental, que genera un dinamismo distintivo en constante evolución, lo que hace complejo definir la salud o la enfermedad en una persona. Esa complejidad requiere un abordaje integral que sea efectivo

11 Ministerio de Salud. Orientaciones para la Planificación y Programación en red. [Internet] 2021 [Consultado 4 jul 2021] pág 32. Disponible: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/09/20200908_ORIENTACIONES-PA-RA-LA-PLANIFICACION-EN-RED-2021.pdf

12. Ciuffolini, María B.; y Col. Rev. Fac. Med. UNNE XXXVII.: 1, 27-33, [Internet] 2017 [Consultado 7 jul 2021] Disponible <http://revista.med.unne.edu.ar/index.php/med/article/view/37/136>

y sustentable, comenzando por el contexto más proximal a una persona: su familia. La familia representa un sistema que integra elementos interdependientes que se relacionan entre sí y con el medio externo. Este principio se relaciona con el eje de *salud familiar*. Este eje hace referencia a *“proporcionar apoyo y abordaje a familias con factores de riesgo familiar..., con el fin de mejorar sus condiciones de vida, a través de sus capacidades instaladas”* y *“La familia que requiere intervención, debido a sus factores de riesgo y considerando sus factores protectores, cuenta con estudio de familia”*. El Médico de Familia es quien asiste a los pacientes, explorando la influencia de su contexto, pues comprende que la existencia de factores que protegen la salud o la ponen en riesgo son consecuencia de la interacción social. Los individuos y sus familias se relacionan en el mismo hábitat, compartiendo determinantes como la vivienda, los hábitos, la cultura o la situación económica. Una intervención integral es la que incluye a las familias de los pacientes, facilitando una atención eficiente, eficaz y oportuna, pues está dirigida más que a la enfermedad como hecho aislado, a las personas como seres sociales y consideradas en la integridad biopsicosocial que sustenta la familia en un proceso permanente de adaptación a su medio ambiente. Es así como las familias contribuyen a la recuperación de la salud y a la prevención de la enfermedad, o, todo lo contrario, por eso la importancia de este enfoque contextual.

Principio 3: “El Médico de Familia considera cada contacto con sus pacientes como una ocasión ideal para aplicar medidas de prevención o educación sanitaria”

Este principio ubica a la educación en salud y la prevención de la enfermedad como actividades primordiales en cada encuentro con el paciente, independiente de la causa que originó ese contacto. Es importante tener en cuenta que la educación y la prevención son claves para mantener a la población más saludable y reducir las atenciones hospitalarias, los ingresos nosocomiales y la mortalidad¹³. La educación representa una de las principales herramientas de promoción, pues la capacitación acerca de patologías, de

hábitos saludables y de cómo abandonar conductas de riesgo, aumenta competencias y habilidades que fortalecen la salud individual y colectiva, disminuyendo el riesgo de enfermar y aumentando el bienestar de las personas. Por su parte, la prevención involucra acciones concretas en población “supuestamente” sana, basadas en la mejor evidencia científica disponible. Ejemplo de ello son los tamizajes o screening poblacionales, cuyo impacto es minimizar el daño en la salud mediante una respuesta temprana, de forma costo-efectiva. Este principio se relaciona con los ejes de promoción y prevención, cuyo fin común es fomentar estilos de vida saludables, anticiparse a morbilidades y disminuir la prevalencia de enfermedades infecciosas y crónicas no transmisibles. En el eje de *promoción* se distinguen algunos componentes que aluden directamente a este principio: *“potenciar factores protectores durante todo el ciclo vital a nivel individual, familiar y en la comunidad”*, que las *“personas embarazadas, adultos responsables de niños/as, adultos y personas mayores reciban guías anticipatorias”* para fomentar la actividad física, la alimentación saludable, el consumo responsable de alcohol y evitar el consumo de tabaco; y se promueva una *“comunidad activa en la promoción de la salud”*. Dentro de las competencias del Médico de Familia se encuentra la educación para adultos (andragogía), formación que aprovecha en cada contacto con sus pacientes para cumplir la función primordial de educar en salud, con herramientas didácticas (como son las guías anticipatorias) y acorde a los objetivos sanitarios según el ciclo vital de las personas. En el eje de *prevención* se observa este principio dentro de sus componentes, ya que se incluyen *“consejerías durante todo el curso de vida del individuo y de la familia, para prevenir la aparición de enfermedades o atenuar las consecuencias de ellas”*. El Médico de Familia, quien asiste a sus pacientes por largo tiempo, logra establecer una relación permanente con la biografía de las personas, anticipando el daño mediante actividades preventivas en cada etapa del ciclo vital y según el perfil epidemiológico local. La educación sanitaria es fundamental en la prevención primaria de la enfermedad. En este sentido, el Médico de Familia no sólo representa el primer contacto con el sistema de salud, sino que también ofrece una atención longitudinal y actúa en el territorio, lo que lo posiciona en un escenario privilegiado para actuar de forma precoz en los contextos socio-culturales

13. Lovo, J. Ian McWhinney: los nueve principios de la medicina familiar. Archivos en Medicina Familiar [Internet]. 2021 [Consultado 4 jul 2021]; 23 (2), 101-108. Disponible <https://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2021/amf212f.pdf>

y ambientales, tanto a nivel individual como colectivo, empoderando a las personas, familias y comunidades para mejorar su bienestar, vez que contacta con ellos a lo largo de sus vidas.

Principio 4: “El Médico de Familia ve al conjunto de pacientes como una población en riesgo”.

Este principio implica que toda persona dentro de una población se encuentra en riesgo potencial de desarrollar enfermedades por factores genéticos, contextuales o por conductas de riesgo como fumar tabaco, no adherir a tratamientos, consumir dietas con alto porcentaje de carbohidratos refinados, sedentarismo o relaciones sexuales promiscuas sin protección. Este principio se relaciona con los ejes de *prevención* y *salud familiar*. En el eje de *prevención*, las estrategias van dirigidas a población “aparentemente sana” en distintos niveles de prevención: primaria (evitar la enfermedad), secundaria (tratar precozmente y evitar complicaciones de la enfermedad), terciaria (rehabilitar) y cuaternaria (evitar el sobrediagnóstico o el sobretratamiento). Las consejerías preventivas en relación al contexto biopsicosociocultural y durante todo el curso de vida de las personas, son las herramientas por excelencia del MAIS, que, utilizadas y valoradas en su aplicación a la población en riesgo, podrán impactar significativamente, tal como lo señala este eje: *“articular un conjunto de acciones específicas en familias evaluadas con riesgo leve a moderado para prevenir la aparición de enfermedades o atenuar las consecuencias de ellas”*. El eje de *Salud Familiar* aborda el riesgo familiar, a través de instrumentos exploratorios como el estudio de familia, el cual permite caracterizar al grupo familiar e intervenir de manera integral y focalizada en los problemas detectados, considerando tanto sus factores de riesgo, como los factores protectores. En uno de sus componentes se señala que *“el equipo multidisciplinario del establecimiento de atención primaria evalúa e interviene en familias con riesgo familiar de forma integral”*. El Médico de Familia es quien visualiza a la población desde el riesgo, pues cuenta con la formación para favorecer la adaptación positiva a las problemáticas existentes, acompañando y asistiendo a las familias desde un enfoque psicosocial. Por otra parte, este profesional previene la aparición de enfermedades en la población de su área de influencia, ya que su rol a nivel

de la Atención Primaria es pesquisar, atenuar y controlar los factores de riesgo de manera colaborativa con su equipo de trabajo y la comunidad.

Principio 5. “El Médico de Familia se considera a sí mismo parte de la red comunitaria de apoyo y atención sanitaria”.

Este principio comprende que el rol del médico, como parte de una red asistencial integrada y coordinada con otras áreas dentro o fuera de salud, está involucrado con múltiples profesionales e instituciones para lograr una mejor resolutivez de los casos. Por lo anterior, es que se precisan habilidades de trabajo en equipo y una organización entre los niveles de atención con calidad y eficiencia que coloque el trabajo colaborativo de la red al servicio de las personas. Este principio se relaciona con el eje de *intersectorialidad y territorialidad*. Este eje insta a *“abordar, desde un enfoque intersectorial, el estado de salud y bienestar de la población”* e *“identificar las instituciones que componen el intersector del establecimiento de salud”* y *“coordinar acciones efectivas con el intersector con el fin de mejorar las perspectivas de desarrollo y bienestar de la población...”*. Importante será materializar la articulación de la red a través de un plan de trabajo que estipule el actuar de las organizaciones en mesas de trabajo intersectorial y genere espacios de discusión, integración y colaboración. Además, es determinante establecer canales interdependientes de comunicación entre distintos servicios sociosanitarios para ofrecer una respuesta eficiente a la población. Esta articulación comienza en la Atención Primaria y se extiende a los distintos actores de la red, tanto hospitalarios como comunitarios. El Médico de Familia en el contexto de salud primaria no trabaja aislado, por el contrario, es un eslabón importante de la cadena asistencial que enfrenta diversos problemas de manera mancomunada con la red sanitaria y comunitaria, tales como hospitales, centros de salud, grupos de autoayuda, instituciones públicas, organizaciones no gubernamentales y gubernamentales, iglesias, municipalidades, entre otros. Al ejercer en el primer nivel de atención, las acciones del Médico de Familia, inevitablemente, se interrelacionan con otros niveles asistenciales, por eso este profesional ofrece una mayor resolutivez de los casos, evitando innecesarias derivaciones a centros de mayor complejidad técnica, no

obstante, si esto se requiere, el Médico de Familia no pierde el seguimiento de sus pacientes, pues representa la figura del “Médico de Cabecera”, el cual asiste a las personas a lo largo del tiempo, independiente de las patologías, edad o estado de salud.

Principio 6. “Desde un punto ideal, el médico de familia debe compartir el mismo hábitat que sus pacientes”.

Este principio reconoce que dentro del ambiente físico y comunitario se identifican las determinantes de la salud y su influencia en las personas y colectivos. Para modificar estos factores, se hace necesario comprenderlos “en terreno”, donde las personas nacen, viven, enferman y mueren. Esas características socioeconómicas, ambientales y culturales del medio, son las que el Médico de Familia comparte con sus pacientes para una mayor comprensión de la situación basada en la experiencia y en la cercanía que esto genera. En Chile, los centros de salud primaria se emplazan dentro de los territorios donde habitan las personas que se atienden en ellos, logrando esa cercanía. Este principio se relaciona con el eje de **intersectorialidad y territorialidad**. Este eje señala que “*el establecimiento se encuentra inserto en una red intersectorial activa*”, “*conoce el intersector, en el cual se encuentra inserto, y lo articula para el trabajo colaborativo*” y cuenta con “*un mapa del territorio incluyendo las instituciones que operan en él y los recursos disponibles en el sector en el cual está*”. Los centros de salud primaria están administrativamente divididos por sectores geográficos a cargos de equipos de cabecera, quienes aprenden a conocer su territorio asignado a lo largo del tiempo y cuentan con mapas epidemiológicos y de redes. De esta forma, el Médico de Familia forma parte de un equipo de sector y conoce a los líderes comunitarios, las organizaciones y las características socioeconómicas y culturales de la zona geográfica específica donde ejerce, estableciendo vínculos con las personas que comparten sus condiciones de vida. Esto permite conocer la magnitud y extensión de los problemas en salud, así como también, actuar con pertinencia cultural.

Principio 7: “El Médico de Familia atiende a sus pacientes en la consulta, en sus domicilios y en el hospital”.

Este principio reconoce la diferencia entre la atención ambulatoria y hospitalaria en cuanto a su enfoque y

asume que el Médico de Familia ejerce, sin dificultad, en ambos niveles. En la atención ambulatoria es el enfoque biopsicosocial de la Medicina Familiar, la que cobra real importancia por ser el primer contacto y establecer una atención longitudinal con las personas, las familias y su comunidad. En este sentido, la Atención Primaria establece vínculos de mayor cercanía con la cotidianidad de las personas, en comparación con la atención hospitalaria, y a su vez, es la que articula las atenciones entre ambos niveles. La atención hospitalaria es importante para casos de gran complejidad técnica y atenciones diferidas por especialistas focales, pero esto representa una pequeña proporción de las morbilidades que se atienden habitualmente. La salud comunitaria y territorial ofrece ventajas que no son superadas por una atención cerrada en una institución, por ejemplo, la recuperación del enfermo o su fallecimiento en ambientes personalizados dentro de sus contextos familiares. Este principio se relaciona con el eje de **atención abierta**. En este eje se “*fomenta la relación y tránsito de los usuarios de la Red de Salud, desde el modelo hospitalario hacia el modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria*”, y “*pone énfasis en las acciones de promoción, prevención en personas con alto riesgo de hospitalización*”. Para la atención ambulatoria se exige un alto nivel de resolutivez a través del enfoque familiar, comunitario e integral. Esto refiere a las nuevas necesidades de personas que padecen varias patologías crónicas de forma simultánea (multimorbilidad) como son las del tipo cardiovascular, respiratoria o de salud mental, que representan un alto riesgo de agravar su situación de salud y requerir hospitalización. La complejidad social captada durante la atención ambulatoria se incluye en el análisis y abordaje de las enfermedades por parte del Médico de Familia, impactando en los factores perpetuadores de los problemas y evitando el gasto innecesario de recursos cuando se reduce el enfoque sólo a lo biomédico. El Médico de Familia se adapta a las necesidades de sus pacientes, ofreciendo una atención integral tanto en sus hogares como en establecimientos de salud.

Principio 8: “El Médico de Familia concede más importancia a los aspectos subjetivos de la medicina”.

Este principio considera, además de la dimensión corporal, otras dimensiones como la mental, emocional,

conductual, social y existencial, pues todas conforman la vida de una persona y son mutuamente influyentes. La multidimensionalidad de una persona representa un sistema que, de ser segmentado, despersonaliza la esencia humana. Esto promueve la revalorización de los factores subjetivos detrás del proceso de salud-enfermedad, contrario a la alta valorización de los factores biológicos del modelo biomédico, previamente predominante¹⁴. Este principio se relaciona con el eje de salud familiar, calidad y gestión de desarrollo de personas y organización. Desde esta perspectiva, en el eje de **Salud Familiar**, se indica la asistencia a familias “en el proceso de alguna crisis normativa o no normativa que estén experimentando”, lo que considera aspectos psicosociales, algunos esperados y otros sorpresivos que viven las personas en su curso de vida. En el eje de **calidad**, es importante la percepción y la experiencia de cómo se vive la enfermedad y el contacto con el servicio sanitario, como lo señala el indicador “Existencia de planes de mejora continua que aborde problemas pesquisados en Diagnósticos Participativo” y “estudio de satisfacción de las personas...”. En el eje de **desarrollo de personas y la organización**, se hace esencial capacitar a los miembros del equipo sanitario en el modelo de atención integral, con un fuerte enfoque hacia el modelo biopsicosocial. El Médico de Familia centra su atención en la persona como un todo, considerando los aspectos psicosociales para intervenir las enfermedades, pues es conocido que los efectos que ejercen los profesionales sanitarios sobre sus pacientes, disminuyen en la medida que la percepción sobre la atención es despersonalizada, poco acogedora o los releva a un rol pasivo en el manejo de su cuidado.

Principio 9: “El Médico de Familia es un gestor de recursos”.

Este principio enfrenta el panorama sanitario habitual de recursos limitados frente a una demanda ilimitada. Esto afecta más aún al considerar que la Atención Primaria es acceso y articulador del sistema sanitario. Por lo anterior, es menester gestionar los recursos materiales y humanos

disponibles, de manera tal que se distribuyan de forma equitativa y eficiente. Este principio se relaciona con el eje de atención abierta, calidad y tecnología. En el eje de **atención abierta** se señala la existencia de un “*mecanismo de articulación de los diferentes puntos de atención en la red asistencial*”, lo que intrínsecamente implica la correcta utilización de recursos para una derivación a nivel hospitalario pertinente y oportuna, por parte del médico de Atención Primaria. En el eje de **calidad** se exige que “*el establecimiento realiza informe anual de proporción de interconsultas emitidas a nivel hospitalario y propone estrategias de mejorías de la resolutiveidad*”, “*los usuarios reciban servicios de salud efectivos, reflejado en la baja incidencia de hospitalizaciones...*”, “*los usuarios del establecimiento, según su grupo etario, resuelven sus problemas de morbilidad localmente*” y que se cuente con un “*plan de gestión de demanda*”, considerando capacidad resolutive, mediante recursos tecnológicos y humanos dentro del centro de salud primaria. En el eje de **tecnología**, es esperable el uso adecuado de ésta para “*la promoción de la salud, prevención, diagnóstico o tratamiento de una enfermedad, rehabilitación o cuidados de largo plazo*”, como por ejemplo, la “*existencia de plataforma informática que permita la coordinación del establecimiento con su red local y/o con la red del Servicio de Salud*”, el uso de “*tecnología de la información para estrategias de promoción-prevención a nivel individual y comunitaria*” y contar con “*un registro clínico electrónico que incluya ficha clínica electrónica y despacho de recetas*”. El Médico de Familia asume un triple rol: agente, gestor y articulador. Como agente de su paciente, este profesional se dispone para el servicio del bienestar de otro (rol de abogacía). Como un gestor permanente de recursos, este médico es quien cuenta con una mirada poblacional, lo que facilita la optimización de los preciados recursos sanitarios para una distribución de las prestaciones y del uso de la tecnología de acuerdo a la realidad local de su comunidad. Como articulador, el Médico de Familia se preocupa que la derivación de su paciente a otros profesionales o al nivel hospitalario sea oportuna y pertinente. Es indudable que la tecnología ha mejorado el flujo de información entre profesionales, ha optimizado los tiempos para prestar atenciones y ha sido una forma de asegurar, en cierta medida, la continuidad

14 Lovo, J. Ian McWhinney: los nueve principios de la medicina familiar. Archivos en Medicina Familiar [Internet]. 2021 [Consultado 4 jul 2021]; 23 (2), 101-108. Disponible en <https://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2021/amf212f.pdf>

asistencial a través de un sistema informático. Con el uso adecuado de tecnología, en especial aquella que mejora los procesos y que está al alcance de la comunidad de forma equitativa, se ejemplifica una adecuada gestión de recursos, buscando obtener el máximo potencial de lo que se tiene a disposición. Ahora bien, la tecnología no puede representar

una barrera en el sistema sanitario para aquellas personas que no acceden a ella por falta de insumos o alfabetización digital. El Médico de Familia es capaz de detectar estas debilidades y adaptar su servicio en estas situaciones.

La relación entre principios y ejes se esquematiza en la tabla 1.

Principios MF / Ejes MAIS	1. Enfoque en las personas	2. Comprensión del contexto	3. Prevención y educación	4. Considerar población en riesgo	5. Ser parte de la red comunitaria	6. Compartir hábitat con los pacientes	7. Consulta, domicilio y hospital	8. Relevancia de los aspectos subjetivos de la medicina	9. Ser gestor de recursos
Promoción			x						
Prevención			x	x					
Atención abierta							x		x
Salud Familiar		x		x				x	
Intersector					x	x			
Participación	x								
Calidad	x							x	x
Gestión de personas	x							x	
Tecnología									x

Tabla 1: Relación entre los principios de la Medicina Familiar y los ejes del Modelo de Atención Integral en Salud Familiar y Comunitaria (Elaboración propia).

Conclusión

Con la reforma de salud del año 2005, Chile asume el gran desafío de adaptar su sistema sanitario a las nuevas demandas y necesidades de su población. Paralelo a ello, la asistencia médica da un vuelco importante en el paradigma tradicional de relación clínica hacia un mayor empoderamiento de las personas, como pacientes, para tomar decisiones en relación a su proceso de salud-enfermedad. De este modo se va instaurando, paulatinamente, un modelo asistencial integral con énfasis en el rol de la Atención Primaria como base del sistema sanitario y como articulador de la red asistencial. Este modelo declara en sus principios, centrarse en las personas, brindar una atención integral y asegurar la continuidad asistencial. A las personas en el rol de pacientes, se les reconoce como miembros de una familia y de una comunidad, cuya salud está influenciada, además de la expresión genética, por factores protectores o de riesgo presentes en su contexto más próximo. Por lo tanto, este nuevo paradigma de

atención requiere de profesionales idóneos para un manejo integral de los problemas de salud que afectan a la población. El rol del médico en la Atención Primaria es trascendental para el cambio de modelo, por ello la formación en Medicina Familiar y el aumento de médicos de familia en la Atención Primaria, responde a una necesidad sentida por la población ante el auge de la fragmentación de las atenciones sanitarias en distintas especialidades y niveles de complejidad. El médico integral rememora al antiguo “médico de cabecera”, pues es quien conoce a sus pacientes, familias y contextos a lo largo de sus vidas, brindando una atención personalizada que se adecúa a las necesidades de las personas. La Medicina Familiar podría considerarse una de las especialidades médicas más integrales por cuanto su campo de acción no se reduce a órganos, sistemas o enfermedades, sino a las personas como un todo y a la comunidad como el escenario donde las determinantes sociales de salud juegan un rol fundamental en el bienestar de la población. Ya lo declaró el padre de la

Medicina Familiar, Dr. Ian Mc Whinney, a través de sus 9 principios, que los aspectos subjetivos de la medicina, la prevención, la educación en salud, la atención ambulatoria, el trabajo en red, la influencia del contexto y la mirada poblacional de los problemas sanitarios asociada a la gestión de recursos, representan la esencia del *médico de familia*, cuyas capacidades y habilidades le permiten integrar la ciencia y el arte de la práctica médica, sirviendo a los intereses de las personas que atiende, pues en ellas está el centro de su quehacer.

A través del análisis comparativo entre los principios propios de la Medicina Familiar y los distintos ejes del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria, es posible aseverar la existencia de una estrecha relación entre ellos, pues comparten conceptos comunes de integralidad, aspectos actitudinales en el perfil del profesional sanitario y objetivos generales, como la prevención de enfermedades con enfoque comunitario, y específicos, como el enfoque centrado en las personas dentro de sus contextos. Se puede concluir que el profesional médico que ejerza la Medicina Familiar, fiel a sus enfoques, y guiado por los principios del Dr. Ian Mc Whinney que se integran con los ejes del MAIS, no perderá el rumbo hacia el nuevo modelo asistencial que el país anhela, es más, continuará identificando elementos comunes que conformen esa sinergia necesaria para impulsar la integralidad en la práctica clínica de la Atención Primaria.

Bibliografía

I. Abadín, F. Casado, S. Lozano, C. Ian McWhinney y la importancia de los referentes en medicina de familia para crear una identidad profesional propia. *Medicina Familiar SEMERGEN*. [Internet]. 2018 [Consultado 4 jul 2021]; 44 (4), 293-294. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-ian-mcwhinney-importancia-los-referentes-S1138359317302769>

II. Aguayo, E. Rojas, V. “Manual de Apoyo a la Implementación del Modelo de Atención Integral con Enfoque Familiar y Comunitario en Establecimientos de la Red de Salud”. Serie de cuadernos de redes n° 18 [Internet]. 2016 [Consultado 6 jul 2021] Disponible en: <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/03/18.pdf>

III. Bertossi, C. Rubio, J. Troncoso, J. González, C. Inostroza, C. Neira, F. Oyarzun F. Herrera, K. Silva, V. Cortes, A. Heitmann, J. Arrosamena, P. La especialidad de la APS es la Medicina Familiar – Carta Abierta al Ministro de Salud. [Internet] 2018 [Consultado 4 jul 2021] Disponible en: <https://famiariycomunitaria.cl/FyC/2018/06/01/la-especialidad-de-la-aps-es-la-medicina-familiar-carta-abierta-al-ministro-de-salud/>

IV. Bozzo, G. Desarrollo de la Medicina Familiar en Chile [Internet] [Consultado 6 Jul 2021]. 1999. Disponible en: <https://www.medicinafamiliar.cl/mf/wordpress/desarrollo-de-la-medicina-familiar-en-chile/>

V. Ciuffolini, María B.; y Col. Rev. Fac. Med. UNNE XXXVII.: 1, 27-33, [Internet] 2017 [Consultado 7 jul 2021] Disponible en <http://revista.med.unne.edu.ar/index.php/med/article/view/37/136>

VI. Dois Angelina, Contreras Aixa, Bravo Paulina, Mora Isabel, Soto Gabriela, Solís Claudia. Principios orientadores del Modelo Integral de Salud Familiar y Comunitario desde la perspectiva de los usuarios. *Rev. méd. Chile* [Internet]. 2016 Mayo [citado 2021 Jul 07]; 144(5): 585-592. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872016000500005&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872016000500005>.

VII. Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile [Internet] [Consultado 4 Jul 2021]. Disponible en: <https://medicina.uc.cl/divisiones/medicina/salud-publica-y-medicina-familiar/medicina-familiar/>

VIII. García, D., Barros, X., Quiroz, A., Barría, M., Soto, G. y Vargas, I. Modelo de atención integral en

salud familiar y comunitaria en la atención primaria chilena. Rev Panam Salud Publica [Internet] 2018 [Consultado 4 jul 2021] 42 (1), 1-9. Disponible en: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.160>

IX. Lovo, J. Ian McWhinney: los nueve principios de la medicina familiar. Archivos en Medicina Familiar [Internet]. 2021 [Consultado 4 jul 2021]; 23 (2), 101-108. Disponible <https://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2021/amf212f.pdf>

X. Mc Whinney, I. Teaching the Principles of Family Medicine. Can. Fam. Physician [Internet] 1981 [Consultado 6 jul 2021] 27, 801-804. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2305997/pdf/canfamphys00254-0081.pdf>

XI. Mc Whinney, I. Freeman, T. Textbook of Family Medicine. 3ed. Oxford University press. 2009

XII. Ministerio de Salud. Orientaciones para la Planificación y Programación en red. [Internet] 2021 [Consultado 4 jul 2021] pág 25. Disponible en: [https://www.minsal.cl/wp-content/](https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/09/20200908_ORIENTACIONES-PARA-LA-PLANIFICACION-EN-RED-2021.pdf)

[uploads/2020/09/20200908_ORIENTACIONES-PARA-LA-PLANIFICACION-EN-RED-2021.pdf](https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2020/09/20200908_ORIENTACIONES-PARA-LA-PLANIFICACION-EN-RED-2021.pdf)

XIII. Ministerio de Salud. Modelo de atención integral en salud. Subsecretaria de Redes Asistenciales. [Internet] 2005 [Consultado 4 jul 2021] Disponible en: <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/03/1.pdf>

XIV. Ministerio de Salud de Chile. Instrumento para la evaluación y certificación de desarrollo en el modelo de atención integral de salud familiar y comunitario en establecimientos de atención primaria. [Internet] 2015 [Consultado 6 jul 2021] p.13-57. Disponible en: <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2018/01/017.Instrumento-para-la-evaluaci%C3%B3n-y-certificaci%C3%B3n.pdf>

XV. Ministerio de salud. División de Atención Primaria. Subsecretaria de redes asistenciales. Instrumento para la evaluación y certificación de desarrollo en el modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria en establecimientos de atención primaria. Año 2020.