

REVISTA CHILENA DE

MEDICINA *familiar*



VOLUMEN XV N°3 DICIEMBRE 2021 SANTIAGO DE CHILE

30 años

ARTÍCULO ESPECIAL
Hospitalización
Domiciliaria y la
Atención Primaria
en Salud: Desde el
Hospital al Domicilio

ARTÍCULO ESPECIAL
La Medicina Familiar
en el Modelo de
Atención Integral
de Salud en Chile.

Vol XVI, N°3, diciembre de 2021
ISSN 0717-5965

Portada: Ilustración silueta de Familia
creado por freepik - www.freepik.es

La Revista Chilena de Medicina Familiar es una publicación oficial de la Sociedad Científica de Medicina Familiar y General de Chile, fundada en 1999. Está dirigida a los equipos de salud que se desempeñan en el ámbito de la Salud Familiar y Comunitaria.

Su objetivo es la publicación y consulta de trabajos originales, revisión de temas de interés, análisis de casos y experiencias locales que lleven a fortalecer los pilares del modelo de Medicina Familiar a través de profundización de temas de utilidad común.

Este número pretende retomar el curso de las publicaciones anteriores a la edición especial sobre Persona Mayor, incorporando una editorial sobre el año en que vivimos el miedo a la pandemia.

Como comité editorial esperamos se sigan entusiasmando con el envío de propuestas para generar una dinámica de revisión y contraste de la información en donde se enriquezca la experiencia literaria desde la perspectiva científica.

Directores Editoriales

Diana Carolina Cáceres Vásquez
Fernando Alexis Cáceres Herrera

Editores Ejecutivos

Eleana Oyarzún Neumann
Isabel Segovia Dreyer
Andrea Del Pilar Gomez

Diseño y Maquetación

Antonio Segovia

Revisores

María José Hernández
María José Insunza
Patricia Perez Wilson
Paula Tellez
Carolina González
Philippa Moore
Álvaro Téllez

- 3** EDITORIAL:
Aniversario 30 SOCHIMEF
- 5** ARTÍCULO ESPECIAL:
La Medicina Familiar en el Modelo de Atención Integral de Salud en Chile.
- 16** ARTÍCULO ESPECIAL- EXPERIENCIA:
Hospitalización Domiciliaria y la Atención Primaria en Salud: Desde el Hospital al Domicilio
- 24** ARTÍCULO ORIGINAL:
Gasto Familiar COVID-19
Gastos catastróficos de la familia para prevención de COVID-19
- 32** ACTUALIZACIÓN:
Flunarizina para prevención de migraña en niños
- 37** ARTÍCULO ESPECIAL:
SOCHIMEF, sus 30 años y el desarrollo de la Medicina Familiar en primera persona
- 44** ARTÍCULO ESPECIAL:
Línea de Tiempo Historia de SOCHIMEF



Política de acceso abierto

Esta revista proporciona un acceso abierto inmediato a su contenido, amigable con el medio ambiente y basado en el principio de solidaridad que ofrece al público un acceso libre a las investigaciones que ayudan a un mayor intercambio global de conocimiento.

Aniversario 30 SOCHIMEF

SOCHIMEF 30th Anniversary

Al cumplirse 30 años de la Sociedad Científica de Medicina Familiar y General de Chile, es importante revisar sus orígenes y mirar hacia el futuro.

Nuestra Sociedad Científica de Medicina Familiar y General de Chile declara como su Misión “promover el crecimiento científico y profesional de los Médicos de Familia y contribuir al desarrollo de la Medicina y Salud Familiar de nuestro país, en el marco de la Estrategia de Atención Primaria de Salud”.

Nacemos como Sociedad Científica en el año 1985, cuando se reúnen 20 médicos y médicas a conformar la Sociedad Científica de Medicina Familiar y General de Chile, entusiasmados y entusiasmadas con desarrollar la disciplina de Medicina Familiar. Redactan los estatutos de la Sociedad y firman el Acta de Constitución, sin lograr su inscripción legal. Más tarde, en 1991 algunos de ellos se reúnen nuevamente junto con otros médicos y médicas para firmar una nueva Acta de Constitución de esta Sociedad Científica, materializando su legalización ante el Ministerio de Justicia en julio de 1993, fecha de publicada su creación en el Diario Oficial bajo el Decreto ley N° 805, confiriéndole personalidad jurídica. Entonces, se conforma el primer Directorio, presidido por el Doctor Roberto Barna Juri.

Durante estos primeros años los socios y socias, comprometidos y comprometidas con la Medicina Familiar y General, realizan actividades científicas y de reflexión sobre la disciplina y su desarrollo en Chile.

A lo largo de los años, diferentes Médicos y Médicas Familiares han presidido la Sociedad, es importante

traerlos a la memoria y agradecer su entrega y aporte a las Doctoras Patricia Sepúlveda, Irma Guajardo y Gloria Bozzo. También a los doctores Óscar Fernández, Reinaldo Muñoz, y Flavio Zepeda. Además de las Doctoras Ruth Depaux, Macarena Moral, Carolina Posada, Patricia Vargas y nuestra actual presidenta, Doctora Carolina González.

En estos 30 años de existencia, la Sociedad Chilena de Medicina Familiar ha crecido enormemente, contando hoy con alrededor de 400 socios y socias activos todos, avanzando en cumplir con la misión y objetivos planteados. Se han conformado múltiples grupos de trabajo que desarrollan áreas de la disciplina y responden a las necesidades percibidas por los Médicos y Médicas Familiares y Generales y los equipos de salud de Atención Primaria.

De esta forma, actualmente existen la Comisión de Ética, el Grupo de Trabajo de Bioética, Grupo de Trabajo sobre Prevención Cuaternaria, además de los Comités de Cuidados Espirituales, Persona Mayor, Niños-niñas y adolescentes, Abogacía, Educación, Congreso, Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS) y la Agrupación Waynakay-Chile. Además, contamos con 2 filiales: Araucanía Sur y Valparaíso.

En lo científico no podemos dejar de mencionar nuestros Congresos, que se iniciaron en el año 1995, cuando nuestra Sociedad junto a la Sociedad Médica de Santiago organizan las Jornadas de Medicina General del Adulto y Atención Primaria, con el objetivo de contribuir a la educación continua de las Médicas y Médicos Generales no especialistas que se desempeñan en

la Atención Primaria. Esto se mantuvo algunos años, permitiendo a nuestra Sociedad adquirir experiencia y la necesidad de encontrarnos en un Congreso propio, lo que se hizo realidad el año 1999, con el Primer Congreso Chileno de Medicina Familiar, al cual asistieron autoridades nacionales e internacionales. Hoy, con orgullo podemos decir que este año 2021 se desarrolló el exitoso XXII Congreso Chileno de Medicina Familiar, Construyendo Salud en Sociedad, que por segundo año consecutivo se llevó a cabo en modalidad virtual con la relevante participación de connotados invitados.

Otro hito importante dentro de nuestra historia es la participación e incorporación en organizaciones internacionales. En el año 1999 la Sociedad Científica de Medicina Familiar y General de Chile se hace parte de la Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar (CIMF), que reúne las Asociaciones Nacionales de Medicina Familiar de América, España y Portugal, y el año 2004, nos unimos, junto a 19 países de Iberoamérica, a la Organización Mundial de Médicos Familiares (WONCA) a través de CIMF, como una región de WONCA. En ambas instancias su directorio y socios participan en las diferentes actividades internacionales, logrando el año 2005 ser los organizadores de la II Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar en Santiago.

Hoy, nuestra Sociedad es referente de la especialidad en el MINSAL, siendo convocada para aportar en

la elaboración de guías, protocolos y reuniones de reflexión que involucran a la especialidad. Celebramos los hitos que nos unen siendo, como es el Día Internacional del Médico y Médica de Familia, el reencuentro cada año en los Congresos, las Asambleas, y, por cierto, nuestros 30 años de existencia. En la Sociedad nos encontramos en nuestros sueños, compartimos y planificamos para avanzar en el logro de los desafíos de una Medicina Familiar de calidad en Chile.

Permanentemente debemos revisar nuestro entorno y sus cambios. Mirar a las personas y familias a las cuales atendemos, así como nuestro propio quehacer, el rol del Médico y Médica Familiar, sus principios y valores, la integridad profesional, la disciplina misma. Logrando cada día una atención de calidad, desde lo promocional, hasta los cuidados paliativos y el fin de la vida, a lo largo del ciclo vital y curso de vida, centrada en la persona, con continuidad e integralidad.

Con sus 30 años, la Sociedad Científica de Medicina Familiar y General de Chile ha alcanzado su adultez, es un adulto joven, vital, lleno de energía y proyectos. Para seguir creciendo requiere de cada uno de sus socios y socias, lo jóvenes y los más experimentados, de su compromiso, su experiencia, sus sueños y generosidad. Todos y todas somos necesarios e importantes en el desarrollo de la Medicina Familiar en Chile y el mundo.

Isabel Segovia y Eleana Oyarzún

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 las 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 resolutiveidad 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://familiarcomunitaria.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.

Hospitalización Domiciliaria y la Atención Primaria en Salud: Desde el Hospital al Domicilio

Home Hospitalization and Primary Health Care: From Hospital to Home

Edison Orlando Hernández Mora ^a

Resumen

En el año 2004 se implementó el programa de hospitalización Domiciliaria en el Consultorio del Adulto para traslados al Hospital Eduardo Pereira (HEP) con el propósito de establecer una continuidad en red con la atención primaria. El objetivo de la Hospitalización Domiciliaria (HD) atiende a la necesidad de optimizar recursos brindando una mejor atención, atendiendo a personas con patologías frecuentes tanto como a los adultos mayores, quienes son una población que ha ido creciendo en Chile; además de alcanzar beneficios para el paciente como la disminución del trauma psicológico que puede llegar a generar una hospitalización.

Se evidenció una dificultad en la comunicación entre la atención de salud en el programa de Hospitalización Domiciliaria y la Atención Primaria, por lo que, con el fin de que esta iniciativa prosperara, se estableció como un aspecto importante la continuidad con la Atención Primaria y, con la finalidad de realizar todos los controles correspondientes, ingresarlos a los programas de la APS.

Se evaluó el programa durante los años 2016 y 2017 que mostró un aumento en el número de usuarios atendidos. Adicionalmente se observó que los pacientes provenían mayoritariamente del Cesfam Jean Marie Thierry y del Cesfam Placilla.

Para lograr que el programa se pudiera mantener en el tiempo, se constituyó como un centro de costos a la Unidad de Hospitalización Domiciliaria, que también aplicaba para el resto de las unidades del hospital, con financiamiento del propio. Gracias a la experiencia analizada se hicieron algunas recomendaciones como, por ejemplo, relevar la importancia de la incorporación del grupo familiar, aspectos para mejorar en la capacitación del equipo profesional y en la comunicación entre el especialista tratante y el médico de Hospitalización Domiciliaria, entre otros.

Palabras Clave

Atención Integral de Salud, Atención Primaria en Salud, Hospitalización Domiciliaria, Medicina Familiar y Comunitaria.

Abstract

In 2004, the Home Hospitalization Program was implemented in the Adult Office for transfers to the Eduardo Pereira Hospital (HEP), with the purpose of establishing continuity in the network with primary care. The objective of Home Hospitalization (HD) addresses the need to optimize resources by providing better care to patients, managing to incorporate people with frequent pathologies, as well as older adults who are a population that has been growing in Chile. In addition to achieving benefits for the patient such as the reduction of the psychological trauma that hospitalization can generate.

^a Residente Medicina Familiar Universidad de Valparaíso

A difficulty in communication between health care in the Home Hospitalization program and primary care was evidenced, therefore, in order for this initiative to prosper, continuity with primary care was established as an important aspect in order to be able to carry out all the corresponding controls and to gain access to users in other programs of the office.

The program was evaluated during 2016 and 2017, which showed an increase in the number of users served by it. Additionally, it was observed that the patients came mainly from Cesfam Jean Marie Thierry and Cesfam Placilla.

To ensure that the program could be maintained over time, the Home Hospitalization Unit was established as a cost center, which applied to the rest of the hospital units with its own financing.

Thanks to the analyzed experience, some recommendations were made, for example, to highlight the importance of the incorporation of the family group, aspects to improve the training of the professional team and the communication between the treating specialist and the Home Hospitalization doctor, among other aspects.

Keywords

Comprehensive Health Care, Primary Health Care, Home Hospitalization, Family and Community Medicine.

Introducción

El Programa de Hospitalización Domiciliaria (HD) fue creado en el año 2004 en el consultorio del adulto como estrategia de campaña de invierno por la alta incidencia de ingresos hospitalarios por patologías respiratorias crónicas y agudas descompensadas. Un equipo integrado por un médico, un técnico paramédico, enfermeros y kinesiólogos, durante tres meses. Posteriormente fue trasladado, en el año 2015, al Hospital Eduardo Pereira con el fin generar una red con los centros de atención primaria de la comuna de Valparaíso y permitir la continuidad de los cuidados en salud.

En el Hospital Dr. Eduardo Pereira, tanto como en el resto del sistema público de salud, hay un alto porcentaje de camas hospitalarias de menor complejidad, así como el uso de los recursos destinados para su funcionamiento.

Debido a esto, acciones como la hospitalización domiciliaria se hacen más necesarias y van en aumento, ya que han demostrado la optimización de recursos sanitarios, al brindar una atención de calidad. Adicionalmente se han ido incorporando patologías en esta modalidad, en adultos mayores, en respuesta al fenómeno demográfico poblacional, con un incremento en el porcentaje de la población de este rango de edades. Según Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud de la Organización Mundial de Salud, del año 2015, “entre

2000 y 2050, la proporción de los habitantes del planeta mayores de 60 años se duplicará, pasando del 11% al 22%. En números absolutos, este grupo de edad pasará de 605 millones a 2000 millones en el transcurso de medio siglo”. Este envejecimiento progresivo viene acompañado de enfermedades e incapacidades con altas demandas médicas y psicosociales, implicando un mayor consumo de recursos y la implementación de una estructura adecuada para dar respuesta a esta problemática.

Es importante considerar que el sistema de cuidado de salud domiciliaria es una alternativa viable para la atención en momentos de crisis y configura una disminución del gasto en camas hospitalarias. También es una alternativa no tradicional de hospitalización que consigue grandes beneficios para el paciente como una disminución o ausencia del trauma psicológico causado por el proceso hospitalario. Además, incorpora de forma participativa al núcleo familiar haciéndolo parte del proceso de recuperación. De igual manera logra la disminución de los reingresos hospitalarios generando una mejora directa en la salud y en la calidad de vida de los pacientes.

Desde la Atención Primaria de Salud se propuso trabajar en red con los centros de atención primaria y mantener la continuidad en la atención, así como mantener los controles en los programas de dependencia severa, Programa ERA, Programa de Salud Cardiovascular y Programa del adulto;

generando mayores grados de compensación de las patologías y mayor satisfacción del usuario.

Desarrollo del Tema

Problema

El crecimiento de la población y la recurrencia de ciertas enfermedades han generado alta demanda asistencial sobre hospitales de segundo y tercer nivel, lo que conlleva un incremento en las listas de espera, debido a la escasez de camas de mayor complejidad.

Ante esta situación, la HD nace como una alternativa a implementar, pero, en la práctica se ha observado una mala comunicación entre el programa de Hospitalización Domiciliaria y la Atención Primaria. Esto ha generado grandes brechas en la continuidad de los cuidados de nuestra población, limitando una atención de calidad.

También se evidenció que existen adultos y adultos mayores que, durante el proceso de hospitalización aguda, desean continuarla en casa a través del programa de hospitalización domiciliaria del HEP y, de igual manera, requieren ingresar a la Atención Primaria en Salud (APS) para la continuidad su atención.

Es importante tener en cuenta que en particular los adultos mayores requieren cuidados en salud más específicos, que desde la APS demandan de la articulación de diferentes programas, por lo que es importante lograr la correcta coordinación entre el programa de HD y la APS.

Adicionalmente mantener a una persona enferma o incapacitada en su domicilio, con todas las connotaciones de tipo asistencial u organizativo que ello lleva consigo, hace que los usuarios y sus familias presenten sentimientos de preocupación y ansiedad sobre el proceso, su implementación y si se conseguirá la recuperación que esperan, por lo que se hace necesario que el equipo del programa de HD pueda generar un acompañamiento efectivo desde el ámbito médico y humano.

Fundamentación

La encuesta de satisfacción usuaria-hospitalaria del HEP, reflejó la preocupación tanto de pacientes como de sus

familias sobre la continuidad de la atención del enfermo, después de su alta, además de no tener claridad en cuales eran los cuidados que este debería tener en su domicilio.

Adicionalmente, la Unidad de Gestión de Camas Hospitalaria observó un alto reingreso de pacientes post hospitalarios, por el inadecuado cuidado que tenían en sus hogares.

Estos hechos dieron origen a la idea de implementar el Programa Hospitalización Domiciliaria del HEP, que tiene como propósito mejorar la calidad de vida del paciente y la de su entorno familiar, de contribuir a la Unidad de Gestión y Control de Cama (UGCC) y liberar al recinto de pacientes de Categorización de Riesgo de Dependencia Hospitalaria C2: Mediano riesgo y dependencia parcial, C3: Mediano riesgo y autosuficiencia, D1: Bajo riesgo y dependencia total, D2: Bajo riesgo y dependencia parcial y D3= Bajo riesgo y autosuficiencia.

El Hospital Dr. Eduardo Pereira otorga continuidad en las atenciones entregadas por los distintos servicios (Medicina, cirugía, pensionado y Unidad de Paciente Crítico), con la finalidad de proporcionar en el domicilio una atención personalizada, integral, accesible, oportuna, eficiente y efectiva en los ámbitos de prevención, fomento, tratamiento y rehabilitación de la salud, con el fin de trabajar en conjunto con los centros de APS para proporcionar mayor accesibilidad a la atención integral.

Esta práctica es una forma de potenciar la red de salud, la que, a su vez, permite potenciar el Modelo de Atención Integral en Salud de la APS que tiene principios como la atención centrada en el individuo, la continuidad del cuidado y la integralidad. Desde la atención centrada en la persona se consideran sus necesidades y expectativas generando un modelo relacional con el equipo del programa de hospitalización domiciliaria al procurar una comunicación efectiva que prioriza el respeto y la dignidad, protegiendo las relaciones de confianza y ayuda, facilitando el acceso a los programas establecidos en Atención Primaria que aseguran la atención a todas personas.

La integralidad depende de dos factores; los niveles de atención y la comprensión multidimensional de los problemas de las personas que ingresan al programa de

Hospitalización domiciliaria, ambos permiten una mirada más amplia de los múltiples aspectos de la salud.

La continuidad del cuidado fomenta las conexiones con la unidad de Atención primaria y la de cuidado asistencial, mejorando la accesibilidad al sistema, atendiendo a las necesidades de las personas y a las expectativas de los usuarios, apoyando al cuidado de la salud a lo largo del ciclo vital individual y familiar.

Teniendo en cuenta esto, la Dirección del Servicio de Salud, la Dirección del Hospital Dr. Eduardo Pereira, en conjunto con la Unidad de Gestión de Control de Cama, decidieron conformar el Equipo de Hospitalización Domiciliaria (HD).

Con el propósito de difundir y socializar el inicio del Programa se envió una serie de emails a los jefes encargados de las Unidades, comunicándoles los objetivos del programa, así como los criterios de ingreso y egreso y como se favorecería la accesibilidad a los distintos programas dentro de la APS.

Se estableció como horario de atención del equipo de hospitalización domiciliaria de lunes a jueves, de 08:00 am a 17:00 y viernes, de 08:00 a 16:00. Las visitas se realizan desde las 09:00 am y se efectúan según indicación del médico asignado al programa. Aquellos que no son visitados son contactados, vía telefónica, por el equipo con el fin de conocer su estado general.

Se definieron los siguientes objetivos:

- Establecer la continuidad desde el Programa de Hospitalización Domiciliaria y el acceso a los diferentes Centros de Atención Primaria. (CESFAM), en los programas de salud integral.
- Aportar en la rotación paciente-cama, reduciendo la lista de espera, mejorando el acceso al recurso Hospitalario a través de la estrategia de hospitalización domiciliaria.
- Permitir el acceso a las personas que requieran de Hospitalización Domiciliaria, independientemente del rango etario, priorizando a las mayores.

- Conocer la percepción de nuestra población a través de una encuesta al realizar la epicrisis del alta del Programa de Hospitalización Domiciliaria.

Destinatarios

La población objetivo es aquella que ingresa al programa de hospitalización domiciliaria del Hospital Dr. Eduardo Pereira. Debe ser mayor de 15 años, beneficiaria de FONASA o PRAIS, perteneciente al SSVSA (Servicio de Salud Valparaíso San Antonio) de Valparaíso.

Criterios de Inclusión de Pacientes al Programa:

- Pertenecer al Sistema Público de Salud (FONASA o PRAIS).
- Tener residencia en la comuna de Valparaíso.
- Contar con teléfono(s) de contacto.
- Presencia de cuidador adulto responsable residente en el mismo hogar o ser completamente autovalente.
- Vivienda con servicios básicos (luz y agua).
- Paciente con necesidad de intervención de Enfermería y/o kinesiología, requerimientos de kinesioterapia motora o respiratoria.
- Pacientes que requieran manejo avanzado de heridas y/o pacientes que requieran iniciación de tratamiento como insulino terapia y/o traslape de TACO.
- Aceptación voluntaria de inclusión en HD por parte del paciente.
- Diagnóstico conocido y establecido.

Criterios de Exclusión:

- Condiciones sociales y ambientales que limiten el ingreso del equipo.
- Pacientes con tratamiento parental más de 1 vez al día o más de 5 días continuos.
- Pacientes con comorbilidad descompensada.
- Pacientes sin red de apoyo familiar.
- Pacientes dependientes de dispositivos que requieren manejo estricto y vigilancia continua por enfermería (Traqueotomía, Sonda de Alimentación, Drenajes Pleurales, Ventilación Mecánica Invasiva y no Invasiva).

Proceso de egreso del programa de hospitalización domiciliaria.

- El programa realizará la atención al paciente durante un periodo de 10 días, luego de esto el médico evalúa las condiciones de éste. Si la evaluación no es favorable se decide el reingreso al hospital. En el caso de que sea favorable será derivado a la APS. Posteriormente, el profesional de Enfermería del programa será el encargado de realizar las derivaciones pertinentes según la indicación del médico.
- En las derivaciones realizadas a la APS, de acuerdo con la necesidad de control, seguimiento y continuidad en la atención, vía email, en adjunto con la epicrisis de alta de Hospitalización Domiciliaria,

al encargado del Programa Cardiovascular, Programa ERA, o Curaciones, se le explicarán las necesidades percibidas del paciente y las prioridades de acuerdo con la atención.

Equipo Responsable

- Kinesióloga
- Enfermera
- Tens
- Médico egresado de Medicina Familiar

Principales Resultados

Durante los años 2016 y 2017 se evaluaron los resultados más importantes en la implementación del programa, algunos de ellos se presentan en los siguientes gráficos.

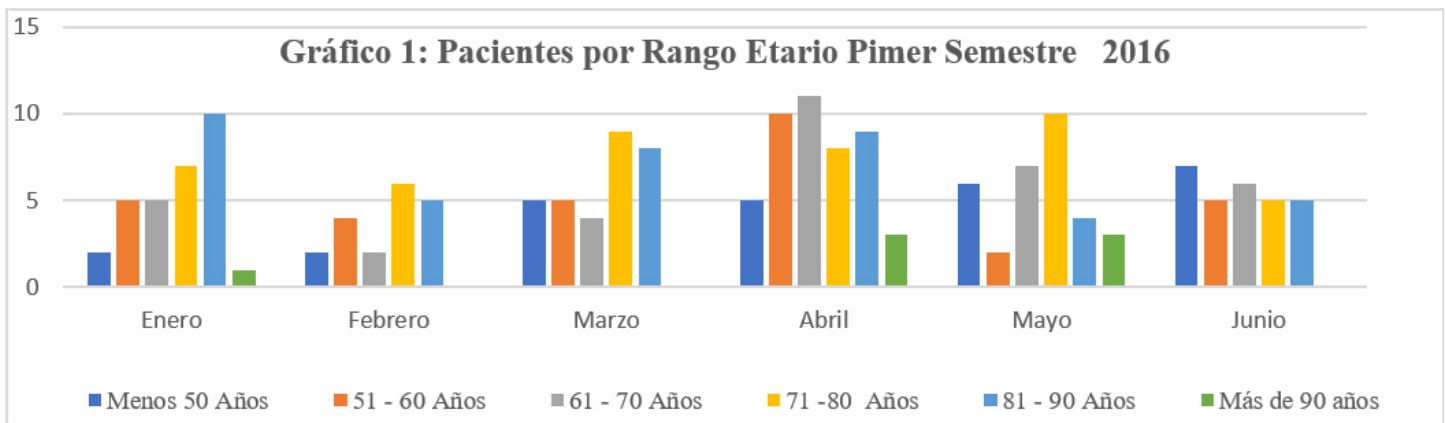


Gráfico 1: Se puede observar que, durante el primer semestre del año 2016, en el mes de enero se generó un ingreso mayor de pacientes menores de 50 años, en febrero, marzo y mayo la mayor proporción corresponde a personas entre 71 y 80 años, mientras que en abril y junio las personas entre 61 y 70 años fueron las de mayor ingreso al programa.

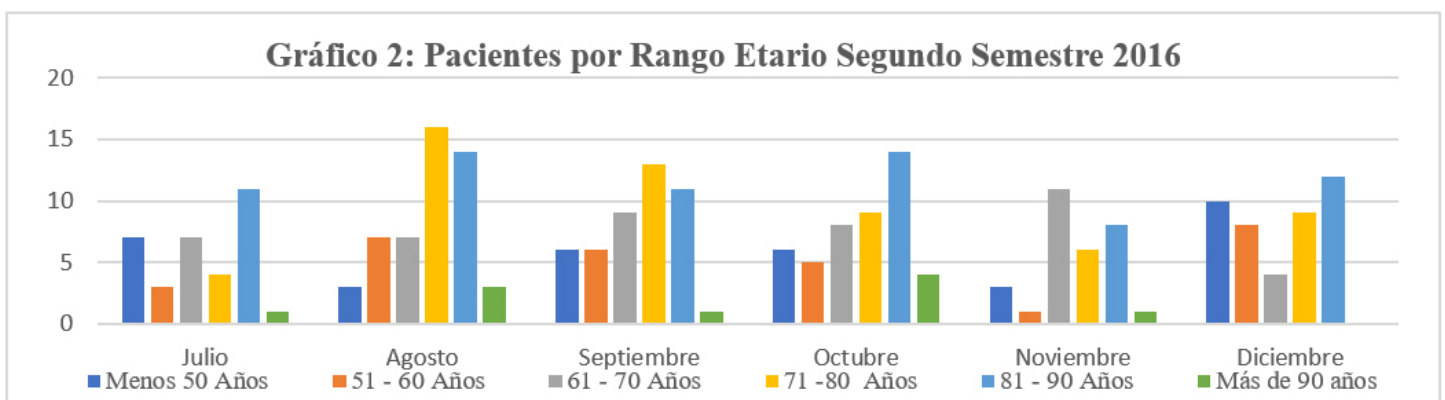
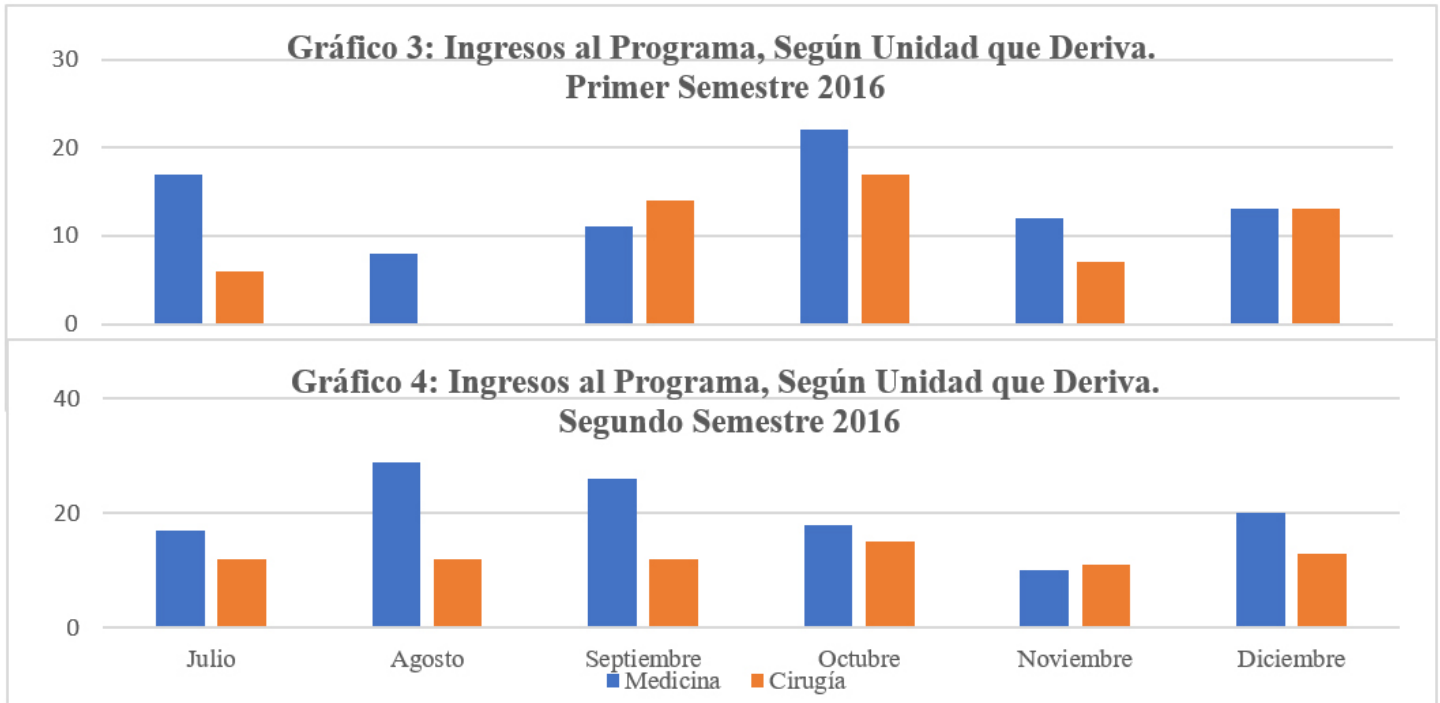


Gráfico 2: Durante el segundo semestre, en los meses de julio, octubre y diciembre, se registraron los mayores ingresos de personas menores de 50 años, a diferencia de los meses de agosto y septiembre en los que los mayores ingresos corresponden a pacientes entre 71 y 80 años; en noviembre la mayoría de los pacientes estaba entre los 61 a 70 años.



Gráficos 3 y 4: Se observa que, durante el año 2016, los pacientes que ingresaban al programa provenían mayoritariamente de la Unidad de Medicina Interna, a excepción de los meses de marzo y noviembre en donde la mayoría corresponde a ingresos desde la Unidad de Cirugía; en el mes de junio se presentó igual número de ingresos desde cada unidad.

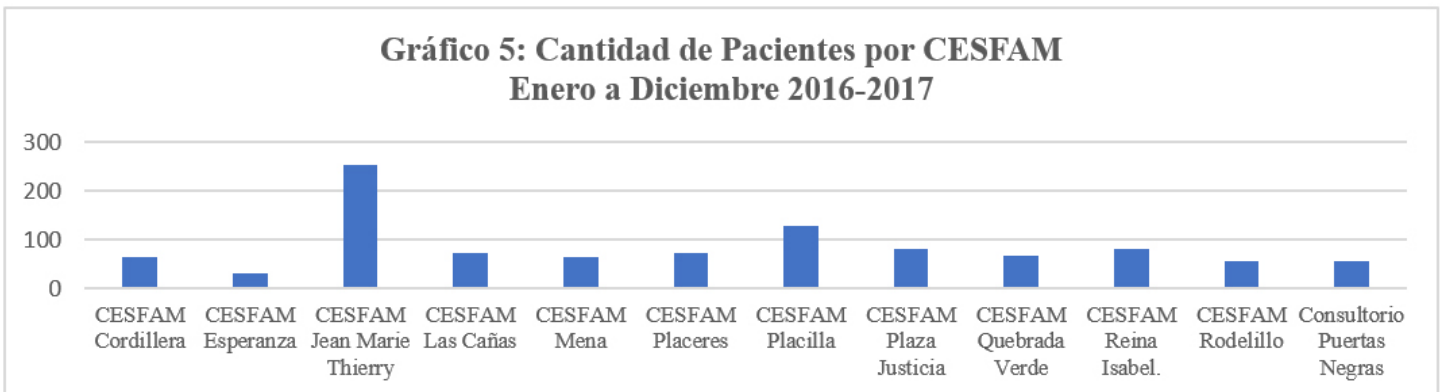
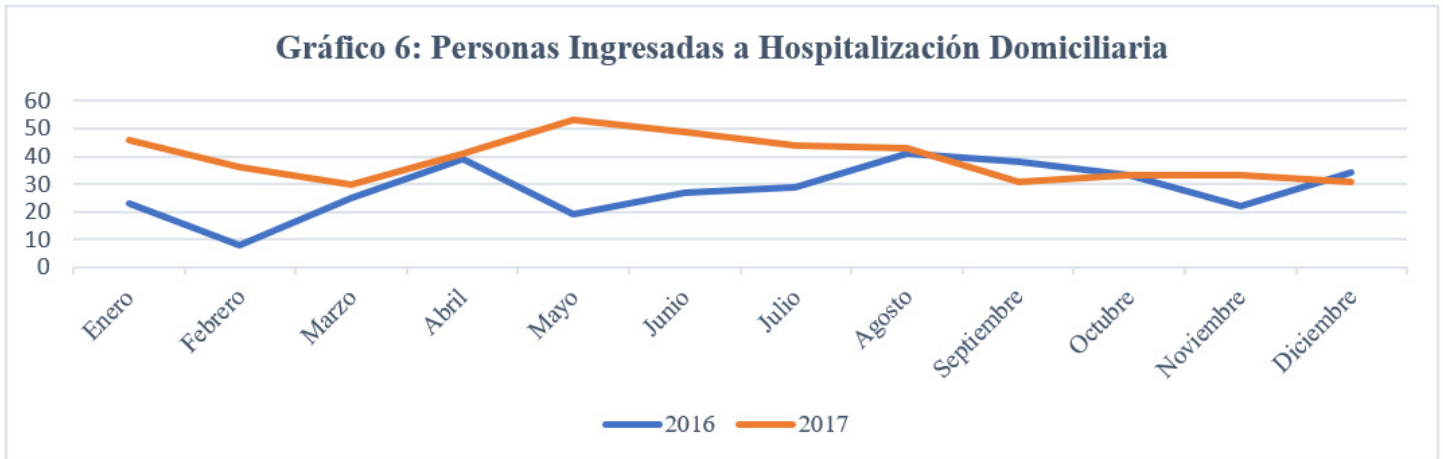


Gráfico 5: Se observa que entre 2016 y 2017, del total de pacientes que ingresaron al programa, la mayoría provenía del CESFAM Jean Marie Thierry (252 personas) y del Cesfam Placilla (128 personas), a diferencia de los demás centros de atención primaria donde se registró un número considerablemente menor de pacientes.

Gráfico 6: Personas Ingresadas a Hospitalización Domiciliaria



Se compararon los ingresos al programa entre los años 2016 y 2017, observado mayor número de personas ingresadas al Programa de Hospitalización Domiciliaria en el año 2017, como se puede observar en el Gráfico número 6.

Al analizar la implementación del programa los principales logros fueron:

- Facilitar la comunicación entre la familia y el personal de salud del Hospital Dr. Eduardo Pereira a través del Programa de Hospitalización Domiciliaria.
- Promover e integrar a la familia en el proceso de recuperación durante la Hospitalización Domiciliaria.
- Durante el periodo de Crisis sanitaria, el Programa de Hospitalización Domiciliaria ha contribuido como una de las estrategias y pilar fundamental en la atención en domicilio para reducir los contagios en medios hospitalarios.

Conclusiones

1. Para que el Programas sea sostenible en el tiempo, se hizo necesario que la Unidad de Hospitalización Domiciliaria del HEP constituyera un Centro de Costos, igual que el restoas unidades del hospital. Su financiamiento viene directamente del compromiso de prestaciones del HEP a través del programa de prestaciones valoradas PPV, que se incluye dentro del arancel FONASA “Programas no GES”, dentro de la planificación anual de la unidad, cumpliéndose con más del 50% de lo programado para PPV.

2. Es importante fortalecer algunos aspectos para que la implementación sea exitosa, dentro de los cuales podemos mencionar:

2.1. Aspectos Técnicos-administrativos

2.1.1. Horas de capacitación del personal paramédico y de enfermería en el manejo de curaciones avanzadas como de procedimientos de mayor complejidad.

2.1.2. El mantenimiento del equipo de salud (Coaguchek, tensiómetros digitales etc.) con el fin de evitar la pérdida de este.

2.2. Aspectos Clínicos

2.2.1. Claridad en la simbología utilizada en la epicrisis de alta hospitalaria, ya que algunas de ellas son poco entendibles por parte del médico de Atención Primaria.

2.2.2. Comunicación por parte del especialista con el médico de Hospitalización Domiciliaria

3. Dada la experiencia vivida en el Hospital Eduardo Pereira es importante tener en cuenta los siguientes aspectos para garantizar el éxito en la replicación de ésta:

3.1. Integrar a la familia en el cuidado de salud y permitirle la comunicación con el personal de salud.

3.2. Lograr el cuidado de la salud en domicilio y en lugares apartados que dificultan el desplazamiento del enfermo al hospital.

3.3. Desarrollo del seguimiento a aquellos pacientes con Covid-19, post alta hospitalaria o control de patologías crónicas en domicilio.

Bibliografía

1. Bibliotecaminsal.cl [internet] Chile. Biblioteca MINSAL; [actualizado marzo del 2016]. Disponible en: [www.bibliotecaminsal.cl › wp-content › uploads › 2016/03 › 9.pdf](http://www.bibliotecaminsal.cl/wp-content/uploads/2016/03/9.pdf).
2. UN: Organización de Naciones Unidas [internet]. New York: UN; 2019, [Citado 18 de septiembre 2019]. Disponible en : <https://www.un.org › sections › issues-depth › ageing>.
3. OMS: Organización Mundial de la Salud [internet]. Suiza: OMS; 2019, [Citado 20 de septiembre 2019]. Disponible en: <https://www.who.int › ageing › about › facts>
4. OMS: Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud. 2015. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf?sequence=1
5. Juan C.B, Ernesto A.B, Melissa G.O, Características psicológicas de los pacientes con larga estancia hospitalaria y propuesta de protocolo para su manejo clínico. Cir. plást. iberolatinoam. Madrid [internet]. 2016. [Citado diciembre 2016]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0376-78922016000400012
6. MINSAL: Ministerio de salud [internet]. Santiago de Chile; MINSAL; 2015 [Citado en agosto 2019]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2015/09/Dra.-Elizabeth-Casanova-Hospitalizac%C3%ADon-Domiciliaria-en-AM.pdfv>.
7. M Angélica García G, Luis Castillo F. Categorización de usuarios: una herramienta para evaluar las cargas de trabajo de enfermería. Rev. méd. Chile.2000.128.

Gasto Familiar COVID-19

COVID-19 Family Expense

Gastos catastróficos de la familia para prevención de COVID-19

Catastrophic family expenses of preventive care for COVID-19

Enrique Villarreal Ríos^{1a}, Carmen Andrea Gama Del Valle^{2b}, Liliana Galicia Rodríguez^{1c},
Emma Rosa Vargas Daza^{1d}

Resumen

El objetivo fue identificar en la familia los gastos catastróficos en la atención preventiva por COVID-19 y el porcentaje del ingreso familiar destinado a este ítem. El tamaño de la muestra fue de 141 familias. El gasto familiar se calculó para la higiene de mano (agua, jabón y alcohol gel), cubrebocas, protección ocular, guantes y productos desinfectantes. Para estimar el gasto familiar se entrevistó a la familia y su (perfil de uso) y se adoptaron supuestos productos de investigación de mercado (costos unitarios). Para la proyección del gasto familiar se empleó la Encuesta de Ingreso y Gasto de Hogares (número de familias y decil de ingreso) y el reporte del Banco de México (Producto Interno Bruto). El gasto familiar se comparó con el ingreso familiar por decil de ingreso y con el producto interno bruto. El promedio de integrantes por familia fue de 3.74 (IC 95%;3.50-3.99), el promedio de edad de la familia, 31.26 años (IC 95%;29.65-32.86), y predominó la familia nuclear simple en 43.2% (IC 95%;35.0-51.3).

El gasto diario por familia en agua fue de \$5.82 y en alcohol gel \$6.20, el total por día fue \$28.78. El gasto anual por familia fue \$10,502, representa el 5.29% del ingreso promedio anual, 28.81% para el decil I y 1.57% para el decil X. El gasto total de las familias representó el 1.47% del producto interno bruto. El gasto anual familiar en acciones preventivas para COVID-19 fue \$10,502, cantidad que representa entre el 28.81% y el 1.57% del ingreso familiar.

Palabras Clave

Familia; gasto catastrófico; infección por coronavirus.

Abstract

The objective was to identify in the family the catastrophic expenses of preventive care due to COVID-19 and the percentage of family income. Study of spending on families, the sample size was 141 families. Family expenditure was calculated for hand hygiene (water, soap and alcohol gel), face masks, eye protection, gloves and disinfectant products; To estimate family spending, the family was interviewed (use profile) and assumptions were adopted from market research (unit costs). For the projection of family spending, the Household Income and Expenditure Survey was used (number of families and income decile) and the Banco de México report (Gross Domestic Product). Family spending was compared with family income by income decile and with gross

^{1a}- Instituto Mexicano del Seguro Social, Unidad de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud Querétaro, Querétaro, México.

²⁻ Instituto Mexicano del Seguro Social, Unidad de Medicina Familiar No 9 Querétaro, Residencia de Medicina Familiar, Querétaro, México.

^a <https://orcid.org/0000-0002-5455-2383>

^b <https://orcid.org/0000-0003-3719-0103>

^c <https://orcid.org/0000-0001-5140-8434>

^d <https://orcid.org/0000-0002-7005-0076>

domestic product. The average number of members per family was 3.74 (95% CI; 3.50-3.99), the average age of the family was 31.26 years (95% CI; 29.65-32.86), and the simple nuclear family predominated 43.2% (95% CI; 35.0-51.3). The expenditure per day per family in water was \$ 5.82 and in alcohol gel \$ 6.20, the total per day was \$ 28.78. Annual spending per family was \$ 10,502, representing 5.29% of the average annual income, 28.81% for decile I and 1.57% for decile X. Total family spending represented 1.47% of gross domestic product. Annual family spending on preventive actions for COVID-19 was \$ 10,502, an amount that represents between 28.81% and 1.57% of family income.

Keywords

Family; catastrophic expenditure; coronavirus Infections.

Introducción

En el contexto de la salud, el gasto de bolsillo es la erogación realizada por la familia para cubrir servicios preventivos o curativos a fin de mantener o restituir la salud; se convierte en gasto catastrófico cuando implica la reducción del gasto básico familiar entre el 10%, 30% o 40% del ingreso familiar.^{1,2,3,4}

Las enfermedades consideradas como gastos catastróficos son definidas por el Consejo de Salubridad General como aquellas con alto costo de tratamiento, alta complejidad y baja frecuencia^{5,6,7,8}

Evidentemente aquí se exponen dos posturas con diferente argumentación: la primera, desde la perspectiva económica familiar y la segunda desde la perspectiva de la propia patología y de los servicios de salud, pero ambas con repercusión en la familia.^{2,5,6,9,10}

En el contexto de la epidemia por SARS-CoV-2 (COVID-19); el gasto público, el gasto de bolsillo y el gasto catastrófico para la atención curativa o preventiva son una realidad. En relación al tema, las publicaciones que aborden el gasto catastrófico realizado por la familia en acciones preventivas para COVID-19 son escasas, lo cual ofrece un área de oportunidad que genere información útil en la toma de decisiones para elaborar políticas de salud ante un problema que no se resolverá en el corto plazo.^{9,11,12,13,14}

Para atender la salud con enfoque preventivo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha propuesto una serie de acciones que se engloban en medidas básicas de protección contra la COVID-19, las propuestas incluyen

higiene de manos, que involucra lavado de manos y uso de alcohol-gel, y la higiene respiratoria, específicamente uso de cubrebocas, entre otras^{15,16,17,18,19}. Estas acciones implican gastos que se han convertido en permanentes para la familia, sin fecha límite de término debido al comportamiento de la enfermedad^{20, 21, 22}

En este contexto, el objetivo del artículo es identificar en la familia los gastos catastróficos de la atención preventiva por COVID-19, el porcentaje del ingreso familiar y la incidencia en la economía del hogar como consecuencia colateral y motivo de preocupación en cambios de medidas preventivas de salud pública.

Material y métodos

Se realizó un estudio de gasto en familias durante la época de pandemia por COVID-19 en el año 2020, la investigación se aplicó en población perteneciente a una Institución de Seguridad Social de la Ciudad de Querétaro, México.

Se incluyeron todas las familias en las que al menos uno de sus integrantes acudió a la institución de salud a solicitar atención médica o realizar algún trámite por cualquier motivo. Aunado a ello, los entrevistados para este estudio estuvieron de acuerdo en contestar el cuestionario de forma completa.

Se tomó como unidad de análisis a la familia y se identificó a uno de sus integrantes como informante de las actividades propias de ésta.

El tamaño de la muestra (n=141) se calculó con la fórmula de promedios para población infinita, con nivel de confianza del 94% para una zona de rechazo de la

hipótesis nula ($Z=1.58$), asumiendo que el costo promedio mensual de la familia en agua para higiene de manos fue \$150 ($\mu=150$), desviación estándar de 15 ($\sigma=15$) y con un margen de error de 2 ($d=2$).

La técnica muestral fue No Aleatoria por casos consecutivos, empleado como marco muestral el número de personas presentes en la sala de espera de la unidad médica citada.

Se identificaron las características sociodemográficas de la familia, entre ellas edad familiar, predominio de género en la familia, nivel escolar de la familia y número de integrantes del núcleo que comparte dependencias.

En el estudio se identificó la tipología familiar, incluyó su parentesco, presencia física, ciclo vital familiar, subsistencia familiar, nivel de pobreza, demografía y grado de desarrollo familiar.

También se midió el antecedente de COVID-19 en la familia, se definió a la familia con COVID-19 cuando al menos uno de los integrantes presentó la enfermedad en el último año.

Para estimar el gasto familiar se adoptaron supuestos a partir de dos fuentes: la primera fuente fue la entrevista realizada a la familia (141 encuestas) para identificar el perfil de uso de cada uno de los insumos estudiados; la segunda fuente de información fue la investigación de mercado para identificar el costo unitario de los insumos. El gasto familiar se calculó para higiene de manos (agua, jabón y alcohol gel), uso de cubrebocas, protección ocular, uso de guantes y productos desinfectantes.

Para cada uno de ellos se identificó la frecuencia de uso mensual de estos elementos, por integrante, cantidad que se multiplicó por el número de personas que componen la familia; paralelamente se identificó el costo unitario del insumo y se multiplicó por el número total de insumo-familia al mes.

Usando como referencia el gasto promedio mensual se calculó el gasto promedio por día, semana y año; se plantearon dos escenarios de gasto: el escenario bajo y el

escenario alto, empleando para ello la desviación estándar. En un escenario hipotético, para determinar el porcentaje del ingreso familiar destinado al gasto en acciones preventivas para COVID-19, se adoptó el ingreso hogar por decil establecido en la Encuesta Nacional de Ingreso Gasto²³, la cantidad se comparó con el gasto por familia en los tres escenarios (promedio, bajo y alto).

En el mismo escenario hipotético, para identificar el porcentaje del Producto Interno Bruto²⁴ destinado al gasto en acciones preventivas para COVID-19 se definieron tres momentos; se adoptó el Producto Interno Bruto del país en el año 2020 determinado por el Banco de México²⁴; se identificó el total de hogares reportado en la Encuesta Nacional de Ingreso y Gasto²¹ y se multiplicó por el gasto familiar en acciones preventivas COVID-19 (promedio, bajo y alto), relación que permitió conocer el gasto total de hogares; y se identificó el porcentaje del producto interno bruto gastado en acciones preventivas COVID-19 al compararlo con el gasto familiar total.

El análisis estadístico incluyó promedios, intervalos de confianza para promedios, porcentajes e intervalos de confianza para porcentajes.

El protocolo se apegó a los principios éticos, se aprobó por el Comité de Investigación y el Comité de Ética con el número R-2021-2201-034 y se contó con el consentimiento informado de los participantes.

Resultados

El promedio de integrantes por familia es 3.74 (IC 95%; 3.50-3.99), el promedio de edad de la familia 31.26 años (IC 95%; 29.65-32.86), predomina el sexo femenino con 57.6% (IC 95%; 53.2-62.0), y la escolaridad preparatoria o más con 60.9% (IC 95%; 55.5-66.4).

Con base en el parentesco, predomina la familia nuclear simple con 43.2% (IC 95%;35.0-51.3); con base en la presencia física en el hogar, predomina la familia núcleo integrado con 67.4% (IC 95%; 59.6-75.1); y de acuerdo al ciclo vital familiar, predomina la familia procreativa 43.6% (IC 95%; 35.4-51.8). En el cuadro 1 se presenta el resto de la información.

Tipo de Familia	Porcentaje	IC 95%	
		Inferior	Superior
Parentesco			
Nuclear simple	43,2	35	51,3
Nuclear	11,5	6,2	16,8
Extensa	10,8	5,7	15,9
Monoparental extendida	7,9	3,5	12,4
Reconstruida	7,2	2,9	11,5
Monoparental	6,5	2,4	10,5
Extensa compuesta	5,8	1,9	9,6
Monoparental extendida compuesta	3,6	0,5	6,7
Nuclear numerosa	2,9	0,1	5,6
No parental	0,7	0	2,1
Presencia Física			
Núcleo integrado	67,4	59,6	75,1
Núcleo no integrado	12,8	7,3	18,3
Extensa ascendente	12,8	7,3	18,3
Extensa descendente	4,3	0,9	7,6
Extensa colateral	2,8	0,1	5,6
Etapas del ciclo vital familiar			
Procreativa	43,6	35,4	51,8
Dispersión	22,1	15,3	29
Constitutiva	14,3	8,5	20,1
Mixta	11,4	6,2	16,7
Final	8,6	4	13,2

En el artículo la unidad de análisis es la familia, la información es producto del trabajo de campo

Higiene de manos. Agua	
Lavado de manos al día por persona (cantidad)	14,6
Duración del lavado de manos (segundos)	33,3
Tiempo total por día individuo (minutos)	8,1
Tiempo total por día familia (minutos)	30,31
Cantidad de agua por minuto en la llave (mililitros)	2.000
Cantidad de agua por día familia (metros cúbicos)	0,0606
Costo del metro cúbico de agua (pesos)	96
Higiene de manos. Jabón	
Cantidad de jabón por lavada (mililitros)	0,5
Cantidad de jabón por día individuo (mililitros)	7,3
Cantidad de jabón por día familia (mililitros)	27,3
Cantidad de jabón por envase (mililitros)	500
Costo envase de jabón (pesos)	42
Costo del mililitro de jabón (pesos)	0,084
Higiene de manos. Alcohol gel	
Aplicaciones de alcohol gel al día por persona (número)	14,81
Cantidad de alcohol gel por aplicación (mililitros)	1
Cantidad alcohol gel por día individuo (mililitros)	14,81
Cantidad de alcohol gel por día familia (mililitros)	55,39
Cantidad de alcohol gel por envase (mililitros)	500
Costo envase alcohol gel de 500 ml (pesos)	56
Costo del mililitro de alcohol gel (pesos)	0,112
Cubre bocas	
Cubre bocas por individuo día (cantidad)	0,2811
Cubre bocas por individuo semana (cantidad)	1,9679
Cubre bocas por día familia (cantidad)	1,0514
Costo de cubre bocas (pesos)	2,5
Guantes	
Guantes por individuo día (cantidad)	0,5029
Guantes por individuo por semana (cantidad)	3,52
Guantes por día familia (cantidad)	1,8807
Costo de guantes (pesos)	2
Producto desinfectante	
Desinfectante líquido por día (mililitros)	60
Desinfectante líquido (costo por mililitro)	0,02
Desinfectante aerosol por día (gramos)	5
Desinfectante aerosol (costo por gramo)	0,41
Desinfectante toallas (cantidad por día)	3
Desinfectante toallas (costo por unidad)	1,15
Protector facial (careta)	
Protectores faciales individuo año (cantidad)	1,08
Protectores faciales familia año (cantidad)	4,06
Costo de protector facial (pesos)	126,32

*Encuesta a las familias e investigación de mercado

Con base en la subsistencia familiar se identifica tipo de servicios con 94.3% (IC 95%; 90.5-98.1) y comercial con 5.7% (IC 95%; 1.9 – 9.5); el 100% de las familias se clasificaron de acuerdo al índice simplificado de pobreza familiar (ISPF) sin evidencia de pobreza familiar; de acuerdo a la demografía el 100% de las familias se identifican como urbanas; y de acuerdo al grado de desarrollo familiar, la familia moderna representa el 82.3% (IC 95%; 76.0-88.6) y la tradicional 17.7% (IC 95%; 11.4 – 24.0).

EL 34.0% (IC 95%; 26.2 a 41.9) de las familias refieren haber presentado COVID-19 en alguno de sus miembros. Para cada uno de los rubros costeados se identificaron supuestos, estos se presentan en el cuadro 2.

Los insumos con los gastos más altos incluyen alcohol gel \$6.20 al día por familia y agua \$5.82 al día por familia, el gasto total por familia al día es \$28.78, al mes \$863.26 y al año \$10,502.94. Identificar el agua y el alcohol gel como los insumos con la contribución más alta al gasto familiar, está determinado por el costo y la frecuencia de uso, esto de alguna manera reflejan la ponderación que la Familia le otorga a las medidas preventivas. En el cuadro 3 se presenta el gasto por insumo y por periodo de tiempo.

Insumo	Costo por familia			
	Día	Semana	Mes	Año
Agua	\$5,82	\$40,73	\$174,56	\$2.123,79
Jabón	\$2,29	\$16,05	\$68,80	\$837,08
Alcohol Gel	\$6,20	\$43,43	\$186,11	\$2.264,32
Cubre bocas	\$2,63	\$18,40	\$78,86	\$959,43
Gautes	\$3,76	\$26,33	\$112,84	\$1.372,90
Desinfectante líquido	\$1,20	\$8,40	\$36,00	\$438,00
Desinfectante aerosol	\$2,03	\$14,20	\$60,86	\$740,43
Desinfectante toallas	\$3,44	\$24,06	\$103,13	\$1.254,69
Protector facial	\$1,40	\$9,83	\$42,11	\$512,31
Total	\$28,78	\$201,43	\$863,26	\$10.502,94

Las cantidades se expresan en pesos mexicanos

En el escenario promedio el gasto anual por familia representa el 5.29% del ingreso familiar, y por decil fluctúa entre el 1.57% y el 28.81% del ingreso familiar anual. En el cuadro 4 se presenta la información por decil para el escenario promedio, bajo y alto.

Decil de hogar	Ingreso anual hogar *	Escenario Promedio		Escenario Bajo		Escenario Alto	
		Gasto anual hogar en COVID-19 **	Porcentaje del ingreso	Gasto anual hogar en COVID-19 **	Porcentaje del ingreso	Gasto anual hogar en COVID-19 **	Porcentaje del ingreso
Nacional	\$198.440		5,29%		4,96%		5,62%
I	\$36.452		28,81%		27,01%		30,62%
II	\$64.400		16,31%		15,29%		17,33%
III	\$85.712		12,25%		11,49%		13,02%
IV	\$106.784		9,84%		9,22%		10,45%
V	\$129.272	\$10.503	8,12%	\$9.845	7,62%	\$11.161	8,63%
VI	\$155.828		6,74%		6,32%		7,16%
VII	\$189.056		5,56%		5,21%		5,90%
VIII	\$235.540		4,46%		4,18%		4,74%
IX	\$314.364		3,34%		3,13%		3,55%
X	\$667.000		1,57%		1,48%		1,67%

*Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 2018. INEGI²¹
**Estimación producto de la investigación²²

El gasto de las acciones realizadas por la familia para la prevención para COVID-19 representa el 1.47% del producto interno bruto. En el cuadro 5 se presenta por escenario la información al respecto.

Producto Interno Bruto 2020 *	Total de familias (hogares) **	Gasto por hogar ***	Gasto total de hogares	Porcentaje de PIB
\$24.903.000.000.000	34.744.818	\$10.503	\$364.922.860.018	1,47%
		\$9.845	\$342.061.154.952	1,37%
		\$11.161	\$387.784.565.083	1,56%

* Banco de México. Sistema de Información Económica. Datos Económicos y Financieros de México. 2021. Pesos mexicanos²²
** Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares 2018. INEGI²¹
*** Estimación producto de la investigación.

Discusión

La importancia de estudiar los gastos catastróficos en la familia tiene dos implicaciones. La primera, porque la familia concentra a un grupo de individuos que interactúan y comparten ingresos y egresos económicos; la segunda, por las repercusiones grupales que se dan al interior y las afectaciones individuales en el corto, mediano y largo plazo.²⁵ Es verdad que en este trabajo no se han medido todas las implicaciones, pero sí involucra las económicas en el corto plazo. En ello radica la importancia del artículo que se presenta.

Identificar en la práctica el perfil de uso de la familia refleja el comportamiento, y asociarlo con el costo de los insumos en el mercado, permite tener el reflejo de la realidad de la familia y del mercado en el cual se encuentra inserta, esto se puede considerar una fortaleza del trabajo.²⁶

Adoptar los datos como supuestos y presentarlos, ofrece la posibilidad de comparar con una población determinada.²⁷ Establecer el perfil de la familia con base al parentesco, la presencia física y el ciclo vital familiar, pretende contextualizar los resultados en un perfil determinado de población de familias, para así ser referente al momento de tratar de extrapolar los resultados a otra población de familias. Evidentemente los resultados de los gastos catastróficos podrán asumirse semejantes en una población de familias que tengan las mismas características a la aquí presentada, propuesta muy propia de la medicina

basada en evidencias, al respecto se debe señalar que la extrapolación de resultados generalmente se asume para individuos, pero cuando la unidad de análisis es la familia, como en esta investigación, es en ella en quien se deben aplicar los resultados.

Al revisar el gasto catastrófico promedio por día para una familia se podría asumir que es bajo, incluso al compararlo con el ingreso familiar en el mismo periodo de tiempo, se podría mantener la misma opinión.

El porcentaje promedio 5.63% encontrado en este trabajo no rebasa el 10% que proponen algunos autores al definir gasto catastrófico, y se encuentra muy alejado del 40% propuesto por otros autores, sin embargo, cuando la comparación se realiza por decil, el porcentaje se incrementa para los deciles más bajos y se ubica en el rango propuesto para gasto catastrófico. No obstante, lo señalado, a diferencia de otros eventos de salud, en el caso de gastos catastrófico secundarios a acciones para prevenir COVID-19, se debe estar cierto que es un evento de salud de larga evolución en el cual no se tiene certeza de lograr el control, condición que obliga a la familia a mantener indefinidamente los gastos con las consecuentes repercusiones en la economía familiar.

Cuando el análisis se realiza a partir del número absolutos, el panorama no es halagüeño, al menos así lo revela el porcentaje del producto interno bruto (PIB), y si se compara con el gasto en salud del país, asumiendo que los datos aquí presentados son reflejo de las familias del país, la situación se torna crítica y obliga al diseño de políticas de salud que atienda este problema. Ignorarlo probablemente se traduzca en empobrecimiento de la familia con todo lo que ello significa en un país en vías de desarrollo, o en el abandono por parte de la familia de las medidas preventivas, con lo que ello implica en el contexto de la pandemia.

Conclusión

Se puede concluir que las acciones preventivas para COVID-19 se constituyen como un problema de economía de la salud que impacta en el gasto familiar y representan

un importante porcentaje del producto interno bruto, ante este escenario es necesario el diseño de políticas públicas que refuercen las recomendaciones de salud preventiva.

Referencias

- 1.- Díaz González E., Ramírez García JB. Gastos catastróficos en salud, transferencias gubernamentales y remesas de México. *Papeles de Población*, 2017; 23(19):65-91. <https://doi.org/10.22185/24487147.2017.91.0042>.- Xu K., Evans DB., Kawabata K., Zeramdini R., Klavus J., y Murray CJL., Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis. *The Lancet*, 2003;362:111-117. http://www.who.int/health_financing/documents/lancet-catastrophic-expenditure
- 3.- Santos-Padrón, Hilda, Martínez-Calvo, Silvia, Martínez-López, Miriam Carolina, Álvarez-Malpica, Iván Leonel, La demanda potencial y la oferta de servicios de salud para las enfermedades catastróficas en México. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 2011;10(21):33-47. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=54522293003>
- 4.- Gil Ospina A., Martínez Jaramillo H., Gutiérrez Giraldo J., Díaz Apache RD. Determinantes del gasto de bolsillo y gasto catastrófico en la Región Central de Colombia (2008). *Revista GESTIÓN & REGIÓN* No.11, 2011. <https://revistas.ucp.edu.co/index.php/gestionyregion/article/view/858/850>
- 5.- Comisión Nacional de Protección Social en Salud. Septiembre de 2019. <https://www.gob.mx/salud%7Cseguropopular/articulos/que-es-el-fondo-de-proteccion-contragastos-catastrofos>
- 6.- Consejo de Salubridad General. Reglamento Interior de la Comisión para definir tratamientos y medicamentos asociados a enfermedades que ocasionan gastos catastróficos. *Diario Oficial de la Federación*. Tercera sección. 27 de marzo de 2017. http://www.csg.gob.mx/descargas/pdf/priorizacion/gastos-catastrofos/normatividad/2017_03_27_GC.pdf
- 7.- Sheng-wen Z., Xiao-yan Z., Wei D., Yue-xia D., Jiangyun Ch., Peng-qian F. Effect of the catastrophic medical insurance on household catastrophic health expenditure: evidence from China. *Gac Sanit*, 2020; 34(4):370-376. <https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2018.10.005>
- 8.- Amaya-Lara JL. Catastrophic expenditure due to out-of-

pocket health payments and its determinants in Colombian households. *Int J Equity Health*. 2016;15:182-93.

9.- Méndez Méndez JS. Financiamiento del sistema de salud: antes, durante y después de COVID-19. *Covid-19, Salud y finanzas públicas*. Centro de Investigación Económica y Presupuestaria, A.C. 2021. <https://ciep.mx/financiamiento-del-sistema-de-salud-antes-durante-y-despues-de-covid-19/>

10.- Alvis-Zakzuk J., Marrugo-Arnedo C., Alvis-Zakzuk NJ., Gómez de la Rosa F., Álvaro Florez-Tanus A., Moreno-Ruiz D., Alvis-Guzmán N. Gasto de bolsillo y gasto catastrófico en salud en los hogares de Cartagena, Colombia. *Rev Salud Pública*, 2018; 20 (5). <https://doi.org/10.15446/rsap.V20n5.61403>

11.- Elola-Somoza FJ., Bas-Villalobos MC., Pérez-Villacastín J., Macaya-Miguel C. Public healthcare expenditure and COVID-19 mortality in Spain and in Europe.

Revista Clínica Española, 2021; 1-4. doi: 10.1016/j.rceng.2020.11.003

12.- Huerta Cuervo R., Vanegas López M. El gasto público en salud frente a la pandemia por CoVid 19 en México. *Revista Mexicana de Análisis Político y Administración Pública*, 2020; IX (2):47-31. <http://www.remap.ugto.mx/index.php/remap/article/view/349/266>

13.- Cortés D., Gallegos A., Londoño D. Vulnerabilidad económica y gasto de los hogares en Colombia: Elementos para una política pública en tiempos del COVID. Documento de Trabajo. Alianza EFI-Colombia Científica, 2021. Número de serie: WP2-2021-002. <file:///C:/Users/enriq/Downloads/Vulnerabilidad%20econ%C3%B3mica%20y%20gasto%20de%20los%20hogares%20en%20Colombia.pdf>

14.- Mora-Rivera J., García Amador MC., Sosa Rodríguez LD. Remesas internacionales y altruismo en el contexto de la pandemia de COVID-19. *Econ: teor. Práct*, 2021; (54): 161-188. <https://doi.org/10.24275/etypuam/ne/542021/mora>.

15.- Li Q, Guan X, Wu P, Wang X, Zhou L, Tong Y, et al. Early Transmission Dynamics in Wuhan, China, of Novel Coronavirus-Infected Pneumonia. *N Engl J Med*. 2020;382(13):1199-207.

16.- Organización Mundial de la Salud. Uso racional de

equipos de protección personal frente a la COVID-19 y aspectos que considerar en situaciones de escasez graves. Orientaciones provisionales, 2020. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331810/WHO-2019-nCoV-IPC_PPE_use-2020.3-spa.pdf

17.- Organización Mundial de la Salud. Mask use in the context of COVID-19. Interim guidance, 2020. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/337199/WHO-2019-nCoV-IPC_Masks-2020.5-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y

18.- Organización Mundial de la Salud. (2020) Previsión y control de infecciones en los centros de atención de larga estancia en el contexto de la COVID-19: orientaciones provisionales, 21 marzo de 2020. Organización Mundial de la Salud. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331643/WHO-2019-nCoV-IPC_long_term_care-2020.1-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

19.- Worby CJ., Chang HH. Face mask use in the general population and optimal resource allocation during the COVID-19 pandemic. *Nature communications*, 2020; 11(1), 4049. <https://doi.org/10.1038/d41586-020-00822-x>

20.- Mojica Crespo R., Morales Crepo MM. Pandemia COVID-19, la nueva emergencia sanitaria de preocupación internacional: una revisión. *Medicina Familiar SEMERGEN*, 2020; 46(S1):72-84. <https://doi.org/10.1016/j.semerg.2020.05.010>

21.- Curristine T., Doherty L., Imbert B., Rahim FS., Tang V., Wendling C. Elaboración de presupuestos en tiempos de crisis: Guía para preparar el presupuesto de 2021. Fondo Monetario Internacional. Finanzas Públicas. Serie Especial sobre COVID-19, 2020.

22.- Elola-Somoza FJ., Bas-Villalobos MC., Pérez-Villacastín J., Macaya-Miguel C. Public healthcare expenditure and COVID-19 mortality in Spain and in Europe. *Revista Clínica Española*, 2021; 221(7): 400-403. <https://doi.org/10.1016/j.rceng.2020.11.003>

23.- Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos de los Hogares (ENIGH), 2018. México 2018 <https://www.inegi.org.mx/temas/ingresoshog/>
https://www.inegi.org.mx/contenidos/programas/enigh/nc/2018/doc/enigh2018_ns_presentacion_resultados.pdf

24.- Banco de México. Sistema de Información Económica. Datos Económicos y Financieros de México. 2021
<https://www.banxico.org.mx/SieInternet/consultarDirectorioInternetAction.consultarCuadroAnalitico?idCuadro=CA126&locale=es>

26.- Ypanaque-Luyo P, Martins M. Uso de los servicios de

salud ambulatorios en la población peruana. Rev Peru Med Exp Salud Publica. 2015;32(3):464-70.

27.- Lena-Alcayaga R. Análisis de costos en evaluaciones económicas en salud: Aspectos introductorios. Rev. Méd. Chile, 2010; 138(Suppl 2):88-92. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872010001000006>.

Flunarizina para prevención de migraña en niños

Flunarizine as prophylaxis for migraine in children

Josefina Sofía San Martín Covacevich ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0002-8365-6851>^{1,2}

Pamela Rojas González ORCID iD: <https://orcid.org/0000-0001-6708-0824>^{2,3}

Resumen

La migraña es una condición altamente prevalente en la población pediátrica y puede tener grandes repercusiones en la calidad de vida. Se han planteado varias opciones terapéuticas, siendo la flunarizina una alternativa profiláctica altamente utilizada en la práctica clínica. Existe incertidumbre, sin embargo, en relación a su efectividad y seguridad, ya que el uso en niños se extrapola mayoritariamente desde estudios realizados en adultos. En este resumen sintetizamos la evidencia disponible exclusivamente en la población infantil. Realizamos una búsqueda en Epistemonikos, la mayor base de datos de revisiones sistemáticas en salud, la cual es mantenida mediante el cribado de múltiples fuentes de información, incluyendo MEDLINE, EMBASE, Cochrane, entre otras. Extrajimos los datos desde las revisiones identificadas, analizamos los datos de los estudios primarios, realizamos un metanálisis y preparamos una tabla de resumen de los resultados utilizando el método GRADE. Identificamos nueve revisiones sistemáticas, que en conjunto incluyeron cuatro estudios primarios, siendo todos ellos ensayos aleatorizados. Concluimos que el uso de flunarizina podría disminuir el número de ataques de migraña al mes y podría disminuir la frecuencia de ataques, sin embargo, la certeza de la evidencia es baja. Por otro lado, podría aumentar el riesgo de sufrir efectos adversos y la consecuente discontinuación del fármaco, pero la certeza de evidencia es baja.

Palabras Clave

Trastornos Migrañosos; Flunarizina; Prevención secundaria; Niños

Abstract

Migraine is an extremely prevalent condition in the pediatric population and it may have a big impact on quality of life. Many therapeutical options have been suggested, being flunarizine a highly used prophylactic alternative in clinical practice. There is uncertainty, however, in terms of its efficacy and safety, since the use in children is mostly extrapolated from studies conducted in adults. In this review we synthesized the evidence gathered exclusively in children. We searched in Epistemonikos, the largest database of systematic reviews in health, which is maintained by screening multiple information sources, including MEDLINE, EMBASE, Cochrane, among others. We extracted data from the systematic reviews, reanalyzed data of primary studies, conducted a meta-analysis and generated a summary of findings table using the GRADE approach. We identified nine systematic reviews including four studies overall, all of which were randomized trials. We concluded that the use of flunarizine may decrease the number of migraine attacks per month and may reduce the frequency of attacks, yet the certainty of evidence is low. On the other hand, it may increase the risk of side effects and the consequent medication discontinuation, though the certainty of evidence is low.

Keywords

Migraine Disorders; Flunarizine; Secondary Prevention; Children

Filiaciones

¹ Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

² Proyecto Epistemonikos, Santiago, Chile

³ Departamento de Medicina Familiar, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

Correo: projasgo@uc.cl

Dirección postal: Centro Evidencia UC

Pontificia Universidad Católica de Chile Diagonal Paraguay 476

Santiago

Chile

Introducción

La migraña corresponde a una condición relativamente frecuente¹, teniendo una prevalencia de 7,7% en niños y adolescentes, cifra que aumenta de acuerdo a la edad². Su fisiopatología no ha sido completamente dilucidada, existiendo diferentes teorías sobre los mecanismos involucrados. Esto explica, en parte, la variedad de opciones farmacológicas existentes¹.

Cuando la frecuencia y/o severidad de la migraña es tal, que repercute de manera significativa en la calidad de vida de un niño, se sugiere considerar una profilaxis farmacológica³. Flunarizina es una de las alternativas terapéuticas más utilizadas para la profilaxis de la migraña, sin embargo, aún existe incertidumbre en relación a su eficacia y seguridad, ya que ha sido estudiado principalmente en población adulta². Este resumen busca sintetizar la evidencia disponible exclusivamente en la población infantil.

Métodos

Realizamos una búsqueda en Epistemonikos, la mayor base de datos de revisiones sistemáticas en salud, la cual es mantenida mediante búsquedas en múltiples fuentes de información, incluyendo MEDLINE, EMBASE, Cochrane, entre otras. Extrajimos los datos desde las revisiones identificadas y analizamos los datos de los estudios primarios. Con esta información, generamos un resumen estructurado denominado FRISBEE (Friendly Summaries of Body of Evidence using Epistemonikos), siguiendo un formato preestablecido, que incluye mensajes clave, un resumen del conjunto de evidencia (presentado como matriz de evidencia en Epistemonikos), metanálisis del total de los estudios cuando sea posible, una tabla de resumen de resultados con el método GRADE y una sección de otras consideraciones para la toma de decisión.

Resultados

Evidencia

Encontramos nueve revisiones sistemáticas^{1,2,3,4,5,6,7,8,9} que incluyeron cuatro estudios primarios^{10,11,12,13}, siendo todos ellos ensayos aleatorizados. El resumen en general se basa en estos últimos, dado que los estudios observacionales no aumentaban la certeza de la evidencia existente, ni entregaban información adicional relevante.

El resumen de los resultados se muestra en la tabla 1 en conjunto con la certeza de evidencia (GRADE).

Flunarizina para la prevención de migraña en niños				
Pacientes	Niños que sufren de migraña			
Intervención	Flunarizina			
Comparación	Placebo			
Desenlaces	Efecto absoluto*		Efecto relativo (IC 95%)	Certeza de la evidencia (GRADE)
	SIN FLUNARIZINA	CON FLUNARIZINA		
	Diferencia: pacientes por 1000			
Frecuencia de crisis **	4,26	2,14	--	⊕⊕○○ ^{1,2} BAJA
	DM: 2,12 menos (Margen de error: 1,23 a 3 menos)			
Remisión total	Un ensayo [13] reportó que el porcentaje de remisión total fue de 38,4% con flunarizina y de 41,7% con placebo. Otro ensayo [12] reportó 27% de remisión total en ambos grupos.			⊕⊕○○ ^{1,3} BAJA
Disminución de la frecuencia de crisis ***	190 por 1000	762 por 1000	RR 4,0 (1,6 a 9,97)	⊕⊕○○ ^{1,3} BAJA
	Diferencia: 572 más (Margen de error: 114 a 1710 más)			
Calidad de vida	El desenlace calidad de vida no fue medido o reportado			--
Necesidad de consulta en el servicio de urgencias	El desenlace necesidad de consulta en el servicio de urgencias no fue medido o reportado			--
Efectos adversos	Cuatro ensayos [10][12][13][14] reportaron un mayor riesgo de aumento de peso, somnolencia diurna, síntomas gastrointestinales y fatiga en el grupo que recibió flunarizina comparado contra placebo.			⊕⊕○○ ^{1,3} BAJA
Efectos adversos que generan discontinuación del tratamiento	0 por 1000	1 por 1000	RR 5,0 (0,6 a 41,42)	⊕⊕○○ ^{1,3} BAJA
	Diferencia: 1 paciente más (Margen de error: 0 a 7 más)			

Margen de error: Intervalo de confianza del 95% (IC 95%).
RR: Riesgo relativo.
DM: Diferencia de medias.
GRADE: Grados de evidencia del GRADE Working Group (ver más adelante).
 * Los riesgos/promedio **SIN FLUNARIZINA** están basados en los riesgos/promedio del grupo control en los estudios. El riesgo/promedio **CON FLUNARIZINA** (y su margen de error) está calculado a partir del efecto relativo/diferencia de medias (y su margen de error).
 ** El desenlace frecuencia de crisis fue medido de acuerdo al número de ataques por mes.
 *** El desenlace disminución de la frecuencia de crisis fue medido como una reducción de éstas en al menos un 50% a partir del baseline.
¹ Se disminuyó un nivel de certeza de evidencia por riesgo de sesgo dado que uno de los ensayos incluidos no dio detalles sobre cómo se generó la secuencia aleatoria y tampoco tenía los datos de los resultados completos, consecuente a pacientes que abandonaron la terapia. Otro de los ensayos no detalló sobre el ciego tanto de pacientes, personal como de los outcomes. Ninguno de los estudios describió cómo se llevó a cabo la ocultación de la asignación.
² Se disminuyó un nivel de certeza de evidencia por inconsistencia ya que la heterogeneidad entre estudios medida por Chi2 es de 6.54 y el I2 es de 85%.
³ Se disminuyó un nivel de certeza de evidencia por imprecisión debido al pequeño tamaño muestral.

Tabla 1: Resumen de resultados

Ninguna revisión permitió la extracción de datos sobre remisión total ni eventos adversos, de manera que pudieran ser incorporados a un metanálisis, por lo que la información de ambos desenlaces se presenta como síntesis narrativa

A partir de esta información podemos decir que:

- La flunarizina podría disminuir el número de ataques de migraña al mes (certeza de evidencia baja).
- La flunarizina podría resultar en poca o nula diferencia en remisión total de la migraña (certeza de evidencia baja).
- La flunarizina podría disminuir la frecuencia de ataques de migraña (certeza de evidencia baja).
- La flunarizina podría aumentar el riesgo de sufrir efectos adversos (certeza de la evidencia baja).
- La flunarizina podría aumentar la discontinuación del fármaco por efectos adversos (certeza de evidencia baja).

Tipo de pacientes que incluyeron los estudios

Los cuatro ensayos^{10,11,12,13} incluyeron pacientes menores de 18 años; dos de estos excluyeron adolescentes^{11,12}. Todos los pacientes incluidos cumplían con el diagnóstico de migraña crónica según los criterios de Vahlquist^{10,11}, de la International Headache Society¹² o de la Ad Hoc¹³.

Tres estudios excluyeron pacientes cuya migraña estuviese asociada a algún otro síndrome^{10,11,12} y dos ensayos excluyeron niños hospitalizados o en el servicio de urgencias^{10,11}.

Tipo de intervenciones que incluyeron los estudios

Todos los ensayos compararon flunarizina contra placebo^{10,11,12,13}. Tres ensayos usaron una dosis de flunarizina de 5 mg/día^{10,11,12} y un ensayo usó una dosis de 0,15 mg/kg/día¹³.

Tipo de desenlaces que se midieron

Los ensayos reportaron múltiples desenlaces, los cuales fueron agrupados por las revisiones sistemáticas de la siguiente manera:

- Frecuencia crisis (ataques/mes)
- Remisión total
- Disminución de la frecuencia de crisis de migraña
- Presencia de efectos adversos
- Discontinuación de la intervención por efectos adversos

El seguimiento promedio de los ensayos fue de 12 semanas con un rango que fluctúa entre 8 y 16 semanas

Discusión

La información sobre los efectos de la flunarizina está basada en cuatro ensayos aleatorizados que incluyeron 261 pacientes.

Dos ensayos midieron el desenlace “frecuencia de crisis” (145 pacientes)^{10,12}. Sólo un ensayo midió el desenlace “disminución de la frecuencia de crisis” (48 pacientes)¹⁰.

Dos ensayos midieron el desenlace “eventos adversos que generan discontinuación del tratamiento” (108 pacientes)^{10,11}.

Otras consideraciones para la toma de decisiones

A quién se aplica y a quién no se aplica esta evidencia

Los resultados de este resumen son aplicables a pacientes menores de 18 años con diagnóstico de migraña, de alta frecuencia y/o severidad.

Los resultados podrían extrapolarse a niños con cefalea mixta dado que, al igual que la migraña, corresponde a una cefalea vascular. Esta evidencia no aplica para migraña asociada a otros síndromes ni en niños hospitalizados o que consultan en el servicio de urgencias.

Sobre los resultados incluidos en este resumen

Los desenlaces incluidos en esta tabla son aquellos considerados críticos para la toma de decisiones de acuerdo a la opinión de los autores de este resumen y se encuentran en concordancia con las revisiones sistemáticas identificadas.

Los autores consideran que otros desenlaces relevantes para la toma de decisiones son la calidad de vida y la necesidad de consulta en el servicio de urgencias, los cuales no fueron reportados por los estudios primarios.

Balance daño/beneficio y certeza de la evidencia

El conjunto de evidencia podría mostrar un posible beneficio en la disminución en el número de ataques de migraña al mes y la frecuencia de ataques, pero la certeza de la evidencia baja.

Por otro lado, la flunarizina podría aumentar el riesgo de sufrir efectos adversos y la discontinuación del fármaco por efectos adversos, pero la certeza de evidencia baja.

Dado que la certeza de la evidencia es baja para todos los desenlaces, no es posible realizar un correcto análisis del balance daño/beneficio, por lo que otros aspectos deben ser considerados para la toma de decisiones.

Consideraciones de recursos

Flunarizina es un fármaco fácilmente accesible y de bajo costo.

Qué piensan los pacientes y sus tratantes

La aceptación parental de la toma de un medicamento diario en un niño varía entre familias. Es importante discutir este punto con padres y/o cuidadores antes de tomar una decisión clínica que incluya fármacos profilácticos.

Los tratantes deberían incluir recomendaciones conductuales para el manejo de migraña, y considerar el uso de fármacos sólo cuando el efecto de estas sea insuficiente.

Es recomendable que los padres registren los episodios de migraña de los niños y su desencadenante, como herramienta para la toma de decisiones clínicas y como estrategia para evaluar la efectividad de la terapia farmacológica.

El clínico debe advertir y controlar un posible aumento de peso y el efecto de sedación asociados a la intervención, y estar atentos a suspender el fármaco si las reacciones adversas superan los beneficios percibidos por el paciente y sus cuidadores.

Diferencias entre este resumen y otras fuentes

Dos revisiones sistemáticas^{6,7} encontraron un gran efecto en el uso de placebo, incluso reportando tener mejores resultados que otras drogas.

Las diferencias de los resultados presentados por este resumen y las revisiones sistemáticas podrían deberse a la falta de estudios con alta certeza de evidencia y a la antigüedad de los mismos. Por otro lado, factores estresantes pueden desencadenar crisis de migraña, haciendo necesario el ajuste de los resultados en base a estos mismos.

Tres guías clínicas recomiendan la flunarizina como primera línea para profilaxis de migraña en adultos^{14,15,16}. Esta diferencia con nuestro resumen probablemente se debe a que los resultados en adultos no necesariamente son extrapolables a niños.

No se encontraron guías clínicas con recomendaciones para la población pediátrica.

¿Puede que cambie esta información en el futuro?

Es muy probable que cambie a futuro la evidencia respecto a todos los resultados discutidos en este resumen.

Luego de realizar una búsqueda en la International Clinical Trials Registry Platform de la Organización Mundial de la Salud y en la base de datos PROSPERO, no se encontraron otras revisiones sistemáticas o ensayos respecto al tema que estuvieran en curso.

Declaración de conflictos de intereses

Los autores declaran no tener conflictos de intereses con la materia de este artículo.

Agradecimientos

Este resumen de evidencia fue elaborado con el apoyo metodológico del Centro Evidencia UC, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile

Bibliografía

- Orr, Serena. The Pharmacologic Prophylaxis of Pediatric Migraine: A Systematic Review, Survey and Design of a Randomized Controlled Trial. University of Ottawa. 2016;
- Locher C, Kossowsky J, Koechlin H, Lam TL, Barthel J, Berde CB, Gaab J, Schwarzer G, Linde K, Meissner K. Efficacy, Safety, and Acceptability of Pharmacologic Treatments for Pediatric Migraine Prophylaxis: A Systematic Review and Network Meta-analysis. *JAMA pediatrics*. 2020;174(4):341-349.
- Oskoui M, Pringsheim T, Billingham L, Potrebic S, Gersz EM, Gloss D, Holler-Managan Y, Leininger E, Licking N, Mack K, Powers SW, Sowell M, Victorio MC, Yonker M, Zanitsch H, Hershey AD. Practice guideline update summary: Pharmacologic treatment for pediatric migraine prevention: Report of the Guideline Development, Dissemination, and Implementation Subcommittee of the American Academy of

Neurology and the American Headache Society. *Neurology*. 2019;93(11):500-509.

4. Stubberud A, Flaaen NM, McCrory DC, Pedersen SA, Linde M. Flunarizine as prophylaxis for episodic migraine: a systematic review with meta-analysis. *Pain*. 2019;160(4):762-772.

5. Shamliyan TA, Kane RL, Ramakrishnan R, Taylor FR. Episodic migraines in children: limited evidence on preventive pharmacological treatments. *Journal of child neurology*. 2013;28(10):1320-41.

6. El-Chammas K, Keyes J, Thompson N, Vijayakumar J, Becher D, Jackson JL. Pharmacologic treatment of pediatric headaches: a meta-analysis. *JAMA pediatrics*. 2013;167(3):250-8.

7. Eiland LS, Jenkins LS, Durham SH. Pediatric migraine: pharmacologic agents for prophylaxis. *The Annals of pharmacotherapy*. 2007;41(7):1181-90

8. Damen L, Bruijn J, Verhagen AP, Berger MY, Passchier J, Koes BW. Prophylactic treatment of migraine in children. Part 2. A systematic review of pharmacological trials. *Cephalalgia : an international journal of headache*. 2006;26(5):497-505.

9. Hermann C, Kim M, Blanchard EB. Behavioral and prophylactic pharmacological intervention studies of pediatric migraine: an exploratory meta-analysis. *Pain*. 1995;60(3):239-55.

10. Sorge F, Marano E. Flunarizine v. placebo in childhood migraine. A double-blind study. *Cephalalgia : an international journal of headache*. 1985;5 Suppl 2:145-8.

11. Sorge F, De Simone R, Marano E, Nolano M, Orefice G, Carrieri P. Flunarizine in prophylaxis of childhood migraine. A double-blind, placebo-controlled, crossover study. *Cephalalgia : an international journal of headache*. 1988;8(1):1-6.

12. Garaizar C, Prats JM, Zuazo E. [Response to prophylactic treatment of benign headache in children]. *Revista de neurologia*. 1998;26(151):380-5.

13. Machin Valtuena M, Aparicio Meix J.. Valoracion del la flunarizina, dimetotiazina y placebo en el tratamiento profilactico de la migrana en la infancia. 1987;

14. Dansk Hovedpine Selskab. Referenceprogram, Diagnostik og behandling af hovedpinesygdomme og ansigtssmerter. Dansk Hovedpine Selskab 2. udgave, 2010.

15. Matre C, Linde M, Ljøstad U, Mygland °A. Migrene. 2018. Available at: <http://nevro.legehandboka.no/handboken/sykdommer/hodepine/migrene/migrene2/>. Accessed 15 October 2018.

16. Steiner TJ, Paemeleire K, Jensen R, Valade D, Savi L, Lainez MJ, Diener HC, Martelletti P, Couturier EG. European principles of management of common headache disorders in primary care. *J Headache Pain* 2007;8(suppl 1):S3–S47

SOCHIMEF, sus 30 años y el desarrollo de la Medicina Familiar en primera persona

Por Andrea del Pilar Gómez López

A través de entrevistas a Médicos y Médicas de Familia que han sido actores relevantes en la trayectoria de SOCHIMEF, conoceremos pormenores y anécdotas del proceso de formación de nuestra Sociedad Científica de Medicina Familiar y General de Chile, además del desarrollo de la especialidad en nuestro país.

Tal compilación plasmada en este artículo, no pretende ser una bitácora de la historia de SOCHIMEF, sino tal vez, la primera de varios relatos de quienes representan el compromiso por la Medicina Familiar y la convicción sobre el aporte para nuestro país del modelo de MF centrado en la persona y su comunidad.



Doctora Isabel Segovia, primera Médica de Familia en Chile: “Todo se conjugó”

Yo me di cuenta por una actividad extraprogramática que me gustaba lo ambulatorio, trabajaba como interna en la Fuerza Aérea y en el hospital Salvador. Después tuve la suerte de tener la Beca de Honor en la Universidad de Chile, entonces pedí si podría hacer un programa mitad pediatría y mitad medicina interna. Justo la Universidad estaba evaluando

la necesidad de hacer más docencia en Atención Primaria en lo ambulatorio, pensé que sería fantástico ser docente para la Atención Primaria y se conjugó. Tuve la suerte, se dan las cosas, además, volvía desde EEUU el doctor Ramón Florenzano, médico psiquiatra, él conoció la Medicina Familiar y fue el tutor de mi programa. Me dio los primeros papers para ver si eso me gustaba”.

De esta forma, la Doctora Isabel Segovia¹, Socia Honoraria de SOCHIMEF, recuerda los inicios de la Medicina Familiar en Chile, quien acotó que otra semilla hizo germinar esta especialidad, además del programa en Valparaíso², “se dio con anterioridad, en la Universidad de Chile, la creación del internado rural en 1978, donde existían la ficha familiar, el auxiliar rural; había ciertos instrumentos que ayudaban a desarrollar el enfoque de MF y los alumnos de pregrado lo expresaron como un gran aporte y creo que también ayudó”.

1. En 1982, “la Dra. Isabel Segovia, médico recién egresada con el mejor puntaje de su promoción, plantea a la Universidad de Chile su deseo de formarse como especialista de Medicina General. La Universidad de Chile, quien había iniciado la experiencia de docencia en medicina general en pregrado, abre ese año dos becas para postgrado en el mismo centro docente asistencial. Las Becas fueron obtenidas por la Dra. Segovia y el Dr. Enrique Corvalán, académico del internado rural de la Facultad de Medicina de la U. de Chile. Desarrollo de la Medicina Familiar en Chile. Dra. Gloria Bozzo. Revista Chilena de Medicina Familiar. Vol. 1 Núm. 1. 1999. <https://www.medicinafamiliar.cl/mf/wordpress/desarrollo-de-la-medicina-familiar-en-chile/>

2. En 1979, en Valparaíso el Dr. Adolfo Tannenbaum, junto a estudiantes de carreras de la salud, impulsó la especialidad al realizar atenciones voluntarias de una forma integral y multidisciplinaria. En esta experiencia contó con el apoyo del Dr. Sergio Santibáñez, fuertemente involucrado en el modelo de salud familiar y el desarrollo de la especialidad en el V Región. Ibidem.



Consultorio La Reina, y sábados de decisiones- “El programa se hizo en un centro de salud donde había dos médicos que estaban haciendo el de Médico General de zona urbano en Santiago. Ellos se habían enamorado de la Atención Primaria, estando en el Consultorio de La Reina³. Entonces ya teníamos fuerza, ya éramos tres médicos en ese consultorio con la idea de desarrollar la Medicina Familiar y al poco andar nos dimos cuenta que el Médico está inserto en un equipo y ahí nació el modelo de Salud Familiar de atención con población a cargo, nos encargamos de unidades vecinales. El programa de formación de la especialidad lo fuimos creando, al inicio lo trabajó la doctora Gabriela Venturini⁴ como salubrista, el doctor Rodolfo Florenzano, un internista y un pediatra. Obviamente no teníamos ningún tutor Médico Familiar y fue más bien ir aprendiendo a través de la bibliografía y discutiendo cómo aplicar el modelo en Chile. Ya en esa época acá se trabajaba en equipo, en general lo que había en el mundo era mucho más medicalizado, aquí teníamos un buen equipo de salud al que se han ido agregando otros tipos de profesionales, por lo tanto, el modelo tenía que

3. En 1981, contando con el financiamiento de la Fundación W.K. Kellogg, la U. de Chile desarrolla el proyecto de transformación del Consultorio La Reina, en un centro docente asistencial de Salud Familiar. *Ibidem*.

4. Dra Gabriela Venturini, En 1975 crea la enseñanza de Epidemiología y Salud Pública en la carrera de medicina U de Chile con enfoque centrado en el método epidemiológico y la Medicina Comunitaria para los médicos generales de atención primaria del servicio local de salud. También realizó tutoría de becados de Medicina General Familiar. <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2019/06/Biograf%C3%ADa-Dra.-Gabriela-Venturini.pdf>

ser distinto. Había que hacer uno propio, uno chileno. Y para eso nos reuníamos los días sábado, en la casa del Dr. Armando González Benedetti, internista convencido de la importancia de la medicina general, para discutir la disciplina de la Medicina Familiar y las características del médico familiar”.

A esa discusión le siguió la inquietud de encontrar un título a la especialidad. “El nombre que en esa época nos hubiese gustado era el de Medicina Integral, pero así se conocía a médicos recién recibidos, que no tenían especialidad. Y ahí empezamos a buscar, surgió la idea de que, si decíamos Médico Familiar, la gente iba a pensar que sólo tratábamos enfermedades de la familia, por ejemplo, por eso acordamos ser Médico General Familiar, para que se entendiera que atendíamos a personas de todas las edades y todo tipo de enfermedades más prevalentes como parte de nuestro quehacer, con enfoque familiar, y también se nos reconozca en el extranjero, donde se llamaba Medicina Familiar”.

“En la Universidad de Chile hubo un punto importante, también en la Universidad Católica, que es tener un Médico Familiar como director de la Escuela de pre grado. La Dra. Christel Hanne⁵, facilitó que nos conocieran los otros especialistas, porque estábamos discutiendo cómo formar a los médicos y tuvo un peso, ella marcaba la relevancia de la MF. Con el tiempo, creo que cada Universidad ha dado un sello, y ha desarrollado distintas áreas y más tarde, gracias al Consorcio Universitario de Medicina Familiar, nos pudimos apoyar de forma colaborativa y generosa, aportamos cada una para que los médicos en formación a especialistas en MF en Chile tengan un desarrollo completo. Lo que también se ha dado en SOCHIMEF, es algo tan propio de la Medicina Familiar en el mundo”.

La Doctora Segovia reconoce el largo trayecto recorrido para la certificación de la especialidad por parte de CONACEM y cuenta que esto pudo deberse a la transversalidad y versatilidad de un médico de estas características. “Hay una anécdota que recibí de escuchas, en una reunión de la Asociación de Medicina Interna, que tiene gran cantidad

5. Dra. Christel Hanne, fue parte de la primera directiva fundadora de la Sociedad Chilena de Medicina Familiar en 1991.

de socios, habían visto al Médico Familiar como no muy buenos médicos, lo que formó parte de las dificultades en la aceptación de la especialidad de Medicina Familiar en el proceso de certificación. Otro de los obstáculos que íbamos a tener, según nos advirtieron, es que algunos desde Dermatología, nos veían como competencia en lo que podría ser en el sistema privado. Nos hicieron ver eso. Pasa con muchas especialidades, porque compartimos parte de su disciplina, pero atendemos con otra profundidad y otra visión a la persona”.

Sociedad Chilena de Medicina Familiar. - “Estuvimos desde el comienzo,⁶ pusimos plata para pagar al abogado (risas) y, después el abogado no hizo los papeles. No fue fácil, porque había que ver cómo eran otras sociedades, cómo eran los estatutos de otras sociedades y empezar a escribir los propios. Pero lo que teníamos claro es que, para tener fuerza como disciplina, la Sociedad Científica de Medicina Familiar era fundamental, tanto como introducimos en las universidades. Hoy SOCHIMEF está mucho más fuerte, me encanta. Quiero felicitar a los directorios que han estado empoderados trabajando en conjunto con el MINSAL. El modelo de Salud Familiar se lo arroga el Ministerio y la verdad es que no, porque la verdad es que nació en el cambio de paradigma que se dio, entre el desarrollo de los programas en las universidades, el trabajo colectivo. Pero el Ministerio nos llamó y trabajamos con ellos, eso fue entre los años 1993-1995”.

“Debo confesar que algunos dejamos paso a que los jóvenes tomaran la posta en SOCHIMEF y ha sido fantástico”.

Doctor Óscar Fernández, ex presidente Sochimef y primer representante en Wonca: “Había un gusto por trabajar y mejorar las cosas en APS, a pesar de las dificultades”

Según recuerda el doctor Óscar Fernández “el año 1992 se retomó el desarrollo de la especialidad en la Universidad de Chile y el año 1993 en la Universidad Católica y, yo soy parte del primer grupo de la especialidad de MF. Nos formamos siete colegas, yo trabajé tres años en Atención Primaria desde el 90’ al 93’, siempre me gustó la Medicina

6. La Dra. Segovia formó parte del primer Directorio de nuestra Sociedad Chilena de Medicina Familiar, siendo directora junto a las Dras. Eleana Oyarzun y Christel Hanne.



General, conociendo un poco esa historia de MF en otros países, había un potencial de desarrollo tremendo y así lo creía también gente que estaba a cargo de la especialidad en lo académico docente. En la Universidad de Chile, la Dra. Segovia, el Dr. Joaquín Montero en la Universidad Católica, la Dra. Patricia Villaseca⁷ en Concepción, el Dr. Santibáñez en Valparaíso, este grupo de colegas incentivaron el desarrollo académico de la especialidad en las diferentes Facultades de Medicina, junto con esto, el proceso chileno político de salud también fue desarrollando la noción de la salud integral, salud familiar que no es solamente la atención médica, de la asistencialidad, sino que el trabajo en equipo y lo biopsicosocial que le pertenece a la especialidad. Entonces, todos esos conceptos se fueron desarrollando paralelamente. Se suma el hecho que aparecieran Médicos de Familia formados en las Universidades que se fueron integrando a proyectos docentes asistenciales en centros de Atención Primaria. Cuando hice la especialidad en Pirque y tenía una comunidad a cargo, otros colegas también lo hicieron en comunas como La Florida, La Pintana y fuimos

7. Dra. Patricia Villaseca, se desempeñó en proyectos territoriales focalizados en la familia, comunidad y adulto mayor, línea de trabajo que la llevó hasta la Región del Biobío, donde diseñó e implementó modelos integrales de cuidados para las personas de la tercera edad. Al poco tiempo, la Universidad de Concepción la invitó a sumarse a su plantel para encabezar un plan académico para formar médicos familiares. <https://www.savlnet.cl/mundo-medico/entrevistas/el-individuo-termina-corporizando-todo-lo-que-ocurre-en-su-entorno.html>

desarrollando proyectos de mejorías en APS. Era tratar de formar algo que fuera diferente, buscar cómo podíamos mejorar y hacer trabajo comunitario, intervención con diferentes poblaciones que estaban a cargo de estos centros de salud”

“Todo ese desarrollo se hizo paralelamente a la formación de los especialistas en Santiago, después de Concepción, se fue sumando Valparaíso, Temuco, y la especialidad fue adquiriendo fuerza y la Sociedad Chilena de Medicina Familiar también. Fuimos acreditando más Médicos de Familia, aceptando a MF que tenían formación fuera de Chile que se estaban incorporando y trabajando en Atención Primaria. Había un gusto por trabajar y mejorar las cosas en APS a pesar de las dificultades. Paralelamente también hubo incentivo al desarrollo de los centros de atención porque durante la dictadura tenían muy pocos recursos y en la medida que hubo un gobierno democrático pudimos tener acceso al desarrollo de muchos recursos para mejorar la atención, contratar más personal, y como la atención primaria pública en Chile tiene una tradición, se fue mejorando toda la gestión y se dieron cosas buenas. La sinergia en todo esto, hizo que los consultorios públicos pasaran a ser Centros de Salud Familiar, se pudo mejorar la gestión para evitar las colas, solucionar la agenda de las personas mayores vía telefónica, se mejoró el acceso a exámenes, medicamentos, a la derivación de atención hospitalaria cuando era necesario. Siempre con dificultades, mejorando gestión y todo esto no solamente por los Médicos de Familia, sino por los equipos, profesionales que se fueron capacitando en los temas de Salud Familiar”.

Sociedad Chilena de Medicina Familiar y su rol en la región - “En 1998, comencé mi trabajo en SOCHIMEF⁸, fui tesorero, después fui vicepresidente, luego presidente. Más tarde tuve un cargo internacional en la Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar, donde estuve más de un período, eran tres años, pero estuve seis, creo. La representación en el Cono Sur fue una experiencia muy bonita que nos permitió conocer las APS en otros países

8. Dr. Óscar Fernández fue presidente Sochimef durante el período 2002-2003. Fue parte del directorio en varias oportunidades, siendo tesorero en el año 1998; vicepresidente los años 2000, 2004 y 2010. Además de Director en el año 2006. En 2003 es elegido vicepresidente de la región cono sur de WONCA Iberoamericana CIME.

latinoamericanos, por lo tanto, las ventajas y desventajas de algunas realidades, compartí con muchos colegas y su mirada del desarrollo científico, social, político que marcan las políticas públicas. La verdad es que nosotros con la tradición de Atención Primaria que teníamos, habíamos avanzado mucho, Brasil creó los Centros de Salud Familiar en todo el país haciendo cambios, así se fue consolidando la especialidad, cambiando la forma de trabajar, gestionando recursos”.

En octubre del año 2005 se realizó la II Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar⁹, con sede en Santiago y organizada por la Sociedad Chilena de Medicina Familiar, cuyo directorio era presidido por el Dr. Reinaldo Muñoz. El Dr. Fernández, era su vicepresidente, y aseguró que tal como las instancias que la antecedieron- Sevilla, y un encuentro previo en Isla Margarita- la Cumbre de Santiago “tuvo la intención de ser el empuje político del desarrollo de la Medicina Familiar y la Atención Primaria, no solamente para Chile, sino que también en los países de Iberoamérica. En esa oportunidad, nosotros conseguimos a través de buenos vínculos con el Ministerio de Salud, el financiamiento y eso permitió que llegaran los presidentes de las sociedades de todos los países, e incluso representantes de los distintos gobiernos. Pudimos, además, costear la invitación de la Dra. Barbara Starfield, pediatra promotora de la MF y se firmó un acuerdo que ayudó a implementar los proyectos de la región. Como anécdota, uno de los representantes de un gobierno de Centroamérica, se molestó porque no lo consideramos para la firma del Acuerdo en la Cumbre y casi se creó una especie de problema diplomático. Entonces tuvimos que armar de nuevo el dossier y corregir, agregarlo además del representante de sociedad de MF de su país. ¡No teníamos ninguna experiencia! Nosotros lo que hacíamos era patear fuerte para llamar la atención sobre Medicina Familiar, no teníamos idea de ese tipo de protocolos. Fue un dolor de cabeza, con Reinaldo pedimos ayuda y todos trabajamos con buena voluntad, era todo complejo, pero queríamos mejorar las cosas”.

9. II Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar. Vol. 6 Núm. 3 (2005) Revista de Medicina Familiar <https://www.revistachilenademedicinafamiliar.cl/index.php/sochimef/article/view/118>

“Hubo una conexión, estos son temas que los vas conversando, de la importancia del desarrollo en política pública en Chile, hubo gente que creyó en la MF, la academia a la que le interesó desarrollar la especialidad, aunque había resistencia porque se contraponen a la atomización en algunas otras especialidades para quienes la MF se transforma en competencia. El Médico de Familia que tiene que saber un poco de todo, al revés del especialista que tiene que saber mucho de poco y en realidad, un médico bien entrenado obtiene un 90% de eficiencia, tiene que derivar muy poco. Además, si hay un equipo multidisciplinario que entiende el paradigma biopsicosocial, pueden atender mejor a las familias y su comunidad. Ése es el concepto y sentido de la especialidad”.



Doctor Álvaro Téllez, impulsor red Áncora y médico a cargo del programa de Medicina General mención niño en UC: “El Seminario Viajero tuvo la gracia de

convocar ... a la vuelta se produce este germen del desarrollo de programas de Medicina Familiar”

“La Medicina Familiar y la Atención Primaria no era tema significativo en la Facultad de Medicina en la década del 90, y yo asumo que en el resto de las facultades tampoco. El año 1991 tuvimos la oportunidad, a través de una invitación a la Facultad de Medicina a un Seminario Viajero para conocer la experiencia de MF en distintos puntos de EEUU, Venezuela, y Puerto Rico. El Decano no pudo ir y le pidió al doctor Joaquín Montero¹⁰ quien había tenido experiencia de medicina ambulatoria, si podía representarlo. Él me llama y me invita a acompañarlo porque yo había trabajado en Atención Primaria y desarrollado en conjunto, con otros egresados de la UC un proyecto de salud en Pirque, lugar desde donde me formé en APS durante 10 años. El seminario viajero tuvo la gracia de convocar a todas las Facultades de Medicina del país y a la vuelta se produce este germen de desarrollar programas de Medicina Familiar. La Universidad de Chile había tenido una experiencia años antes, pero eso se había interrumpido. Ahí nace la creación del programa del MF en la Universidad Católica en 1993, se crea el programa de MF que en ese tiempo se llamaba Programa de Medicina General Ambulatoria con Mención en Adultos y Niños. Y después se adopta el término de MF, con el correr del tiempo”.

De MF y caricaturas. – “Empezamos a formar becados con todas las vicisitudes de una especialidad que nadie conocía y “poco glamorosa” para los estudiantes de Medicina, porque era especializarse en un área que va contra la corriente, preocupada de lo general y lo integral, versus, las especialidades médicas con dominios mucho más alcanzables y probablemente mucho más exitosos desde el punto de vista académico, profesional y económico. Era un poco pelear contra la tendencia y en un principio nuestra inquietud eran los pocos postulantes y después de varios años eso repuntó. Incluso se hicieron varias caricaturas con el Dr. Montero basados en los dibujos de Quino, que uno de nuestros becados los transformó y aparecía el

10. Dr. Joaquín Montero, en 1980 comienza una destacada carrera académica en la Pontificia Universidad Católica de Chile donde, en la década de los 90, crea un programa de Salud Familiar el que luego, gracias a su liderazgo y visión, se convierte, años después, en el Departamento de Medicina Familiar en dicha casa de estudios. Sociedad de Medicina Familiar. <https://www.medicinafamiliar.cl/mf/wordpress/biografia-joaquin-montero-labbe/>

doctor Montero yendo a un bar a pasar las penas porque habían llegado pocos postulantes. Ese fue un período desafiante, donde hubo que partir con este programa, que tenía poca estatura académica, no tenía experiencia y tenía poco glamour. Fue un tiempo de conceptualización y de validación en cuanto iniciar una nueva especialidad, una nueva disciplina. Fueron unos primeros años muy intensos”.

“En la práctica, la Universidad Católica no tenía un gran ámbito propio de Atención Primaria y la otra escuela que trabajaba en APS era la Escuela de Enfermería. Con las comunas como Puente Alto, La Florida y Pirque, empezamos a tener convenios docentes, ahí creo fue la primera germinación de Médicos Familiares. Esto pasó en un período desde el 1993 al año 2000. En 2003 se acerca Monseñor Sergio Valech para hacer una donación anónima a la Universidad, para que se comprometiera a mejorar la salud a los sectores más vulnerables. Y el rector de la época, Pedro Pablo Rosso, le pregunta si está de acuerdo con que, en vez de hacer un hospital, se construyeran Centros de Salud Primaria, pensando en darle un espacio de desarrollo a los programas de MF y así comienza el proyecto Áncora¹¹”.

Trabajando de forma colaborativa. – “Simultáneamente otras universidades parten con programas de Medicina Familiar, y empezamos a vincularnos. Ahí hay un hito que me parece súper interesante, es que en la medida que los programas se fueron formando, se creó lo que sería más tarde el Consorcio de Facultades de Medicina con programas de Medicina Familiar¹². Yo creo que fue un hito importante, porque permitió cierto apoyo y colaboración transversal

11. Proyecto Ancora, Red de Centros de Salud Familiares UC, implementados a través de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica y que actualmente sirve a más de 62 mil personas, a través de la aplicación del modelo de atención integral en salud familiar y comunitaria.

12. “Con el objetivo de potenciar la capacidad resolutoria de los médicos que trabajan en atención primaria, a fines de 2003 el Ministerio de Salud convocó a todas las universidades que cuentan con un departamento o unidad de medicina familiar, para solicitarles ayuda en este ámbito. El resultado fue la creación del Consorcio Universitario de Salud y Medicina Familiar que reúne a académicos de las universidades Austral de Valdivia, Pontificia Universidad Católica de Chile, de Concepción, de Chile, de La Frontera, de Santiago de Chile y de Valparaíso. El organismo inició sus funciones en abril de 2005, para brindar respaldo a la autoridad sanitaria en la capacitación resolutoria de los profesionales de la atención primaria”. 25 abril 2005. Portal SAVALnet <https://www.savalnet.cl/mundo-medico/noticias/4961.html>

y más que ser competitivos, fuimos colaborativos. Esto generó una experiencia muy rica, se hacían reuniones, jornadas, nos encontrábamos en distintas instancias”.



Dr. Carolina Posada ex presidenta SOCHIMEF: “Seguí el camino de quienes me estaban formando, imposible no hacerlo”

La doctora Posada¹³ es la autora del trabajo “Salud Familiar y Comunitaria en Chile, 30 años de desarrollo”, julio de 2014, “uno de las bases al recopilar la historia e hitos de la Medicina Familiar, fue el trabajo de la doctora Gloria Bozzo y luego fui recolectando las impresiones con distintas personas. Fue una labor de hormiguita que por alguna razón y menos mal, escribí y quedó ahí como antecedentes de la MF”.

“Yo estudiaba Medicina en la Universidad de Chile, llegué a ser MF ahí porque en ese contexto, durante el internado conocí al doctor Reinaldo Muñoz¹⁴, quien trabajaba en el

13. Dra. Carolina Posada fue presidenta de SOCHIMEF el período 2014- 2015. Ha formado parte de la Directiva en otras ocasiones, como secretaria en 2008 y vicepresidenta en 2012.

14. Dr. Reinaldo Muñoz, ex presidente de SOCHIMEF (2004-2005) es uno de los primeros Médicos Familiares certificados por CONACEM, Corporación Nacional Autónoma de Certificación de Especialidades Médicas, el año 2001, fecha en la que esa institución incorporó a la Medicina Familiar, luego de 12 años de tramitación. Sociedad Chilena de Medicina Familiar, <http://www.medicinafamiliar.cl/mf/wordpress/biografia-dr-reinaldo-munoz-sepulveda/>

CESFAM Cristo Vive y con una amiga, la Doctora Cecilia Plaza¹⁵, también ahora Médica de Familia, nos gustaba la Atención Primaria, la atención integral desde una mirada amplia, pero no le puse nombre a esa inquietud hasta que conocí al doctor Muñoz, trabajé ahí y me gustó. En esa época no había una formación desde pregrado de MF, no existía como opción que te mostraran de qué se trataba, yo me enteré por casualidad y me enamoré de la especialidad. Durante la Beca había varios colegas que eran mi inspiración, la Dra. Irma Guajardo¹⁶, el Dr Jorge Fernández¹⁷, que fue muy importante, también el Dr. Muñoz y la Dra. Gloria Bozzo¹⁸, todos ellos estaban en la Sociedad Chilena de Medicina Familiar. Me motivaron a participar, seguí el camino con quien me formé, estaban tan imbuidos que era imposible no formar parte, era motivante estar”.

Tomar la Posta en SOCHIMEF- “Dentro de SOCHIMEF estuve en varios cargos, en esa época hubo momentos difíciles, no teníamos fondos, éramos pocos, siempre los mismos haciendo las cosas. Era muy agotador, porque nos estábamos distribuyendo las tareas entre pocos y costaba mucho entusiasmar a la gente para que se involucrara. Incluso, una vez pensé que no estaba resultando, pero siempre había alguien que me decía que había que jugársela, la Dra. Macarena Moral¹⁹, la Dra. Ruth Depaux²⁰ eran algunas de ellas, al final recuperaba el entusiasmo y siempre esa fuerza era recíproca. Nos costó crecer, yo creo que entre 2011 y 2012 formamos una masa crítica y ahí empezamos a tomar vuelo. Efectivamente se fueron formando más Médicos de Familia y estaba la sensación de

15. Dra. Cecilia Plaza fue directora de nuestra Sociedad Chilena de Medicina Familiar durante el período 2004-2005 y luego tesorera en período 2008-2009.

16. Dra. Irma Guajardo, fue presidenta de la Sociedad Chilena de Medicina Familiar en período 1998-1999. Además, fue tesorera en el periodo entre los años 2000-2004.

17. Dr. Jorge Fernández, formó parte de la directiva SOCHIMEF como su director el año 2002-2003 y secretario en 2004-2005.

18. Dra. Gloria Bozzo, formó parte de las primeras directivas de la Sociedad Chilena de Medicina Familiar entre los años 1994 y 1999.

19. Dra. Macarena Moral fue presidenta de Sochimef en dos períodos consecutivos, el año 2010-2011 y 2012-2013. Luego en el año 2014 y el 2018 ocupó la vicepresidencia. Actualmente es una de las directoras de la Sociedad Chilena de

Medicina Familiar.

20. Dra. Ruth Depaux, fue presidenta la Sociedad Chilena de Medicina Familiar el período 2008-2009, además, fue directora los años 1996, 1998, 2004 y 2006.

tener más peso, empezamos a participar en la Asociación Iberoamericana, después en la mundial, entonces ya éramos parte de un proyecto más grande. En principio, era poco notoria la participación de MF en política pública junto al Minsal, pero siempre nos han consultado, en cuanta reunión hubiera, ahí estábamos”.

“Creo que un punto importante se marca al andar ya 20 años de Medicina Familiar en Chile, pero con muy pocos profesionales formados en MF, entonces, el Minsal estaba implementado una reforma de salud cuyo discurso era fortalecer la Atención Primaria y hablaban de Salud Familiar, nunca de Medicina Familiar... yo creo que era para no amarrarse con la especialidad. La lucha que nos tocó dar con el Directorio de SOCHIMEF fue al final de un proceso que se venía gestando hace varios años, y el año 2014, por fin logramos que el Ministerio de Salud reconociera que la MF era una especialidad y hubo un incentivo económico, que, si bien eso no es lo más importante, ayudó a que hubiera un plan de formar más Médicos de Familia, y esperamos que ello permita que más médicos de familia lleguen a APS. Eso va a ser gradualmente, va a tomar años.

“Yo creo que ahora SOCHIMEF está en una etapa más madura, en que ya hay una estructura más clara. Fuimos creando estructura, distintos comités, en la medida que crecimos podíamos hacer más cosas, funcionar y deberíamos avanzar hacia difundir más la especialidad y apoyar en la formación continua, por ejemplo. Años después, hubo un cambio de estatutos que dio una estructura nueva que permitió hacer más cosas, restó limitaciones como en el nombre, por ejemplo. Era un tema necesario alinear el discurso con la parte legal y fue un hito cuando se logró, porque dio más libertad de acción. Quienes concretaron ese proceso fueron la Dra. Macarena Moral y la Dra. Carolina Reyes²¹. Siento que la Sociedad ha crecido en este periodo desde el cambio, está más firme, más fuerte”.

21. Dra. Carolina Reyes, actualmente es representante de la Universidad de Valparaíso ante el Consorcio Universitario de Salud y Medicina Familiar.

1981



U de Chile, se desarrolla el proyecto de transformación del Consultorio La Reina, en un Centro Docente Asistencial de Salud Familiar.

1985

20 médicos se reúnen y escriben los estatutos de la futura Sociedad, firmando el primer Acta de Constitución de la Sociedad Científica de Medicina Familiar y General de Chile.



1991



NOVIEMBRE

Se firma Acta de Constitución de la Sociedad Científica de Medicina Familiar y General de Chile.

1993

MINSAL reconoce la Medicina Familiar como especialidad.



JULIO

Se concede la personalidad Jurídica a Sochimef. Se conforma nuestro primer directorio presidido por el Dr. Roberto Barna

1996

La especialidad de Medicina Familiar es reconocida por CONACEM



1999

La Sociedad Chilena de Medicina Familiar pasa a formar parte de la Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar (CIMF), que reúne a todas las Asociaciones Nacionales de Medicina Familiar de América, España y Portugal.



Creación de los primeros dos comités de SOCHIMEF. Comité Congreso y Comité Revista Chilena de Medicina Familiar



AGOSTO

Se realiza Primer Congreso Chileno de Medicina Familiar y se lanza el primer número de la Revista Chilena de Medicina Familiar.

2001

La doctora Eleana Oyarzún junto a los doctores Joaquín Montero y Reinaldo Muñoz, fueron los primeros profesionales reconocidos por CONACEM como Médicos Familiares, a partir de lo cual se validó la especialidad.



2003



Primer Congreso fuera de Santiago. La ciudad de Valdivia fue elegida para comenzar un proceso de descentralización, sello de SOCHIMEF.

2004

SOCHIMEF ingresa a WONCA World Organization of Family Doctors



2005



II Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar, organizada por SOCHIMEF. Un esfuerzo por ampliar el desarrollo de la Medicina Familiar y la Atención Primaria en la región.

2006

DICIEMBRE
SOCHIMEF dicta su primer curso "Curso de Actualización en Factores de Riesgo Cardiovascular"



2014



MINSAL establece por primera vez la Medicina Familiar como el especialista de Atención Primaria de Salud con incentivos concretos, lo que se traduce en un trabajo directo y conjunto con SOCHIMEF

2020

OCTUBRE
Primer Congreso online de SOCHIMEF XX Congreso Chileno de Medicina Familiar "Equidad y Justicia Social en Salud"

