

Resignificando el rol del médico en Atención Primaria

The role of the doctor in Primary Care: new meaning

Jonathan Troncoso R. ¹

RESUMEN

La Atención Primaria de Salud (APS) ha demostrado ser una estrategia que logra mejores resultados, mayor resolutivez, menores costos y mayor equidad en salud en nuestras comunidades. Nuestro país ha avanzado en la implementación del Modelo de Atención Integral en Salud Familiar y Comunitario (MAIS) a lo largo de todo el territorio. Sin embargo, se observan condicionantes laborales (el reduccionismo en lo clínico, bajo tiempo de atención y falta de incentivos para el perfeccionamiento continuo) y de la formación de pregrado (hospitalocentrismo formativo) que actúan desfavoreciendo la elección por la práctica generalista y la elección de la Medicina Familiar como especialidad. Avanzar en la implementación efectiva del MAIS implica dotar del recurso humano calificado a la APS, siendo el Médico de Familia el profesional más capacitado para aquello por sus ámbitos propios de acción.

Palabras claves: Atención Primaria, Medicina Familiar, Recursos Humanos, Educación Médica.

Treinta y nueve años han transcurrido desde que la Declaración de Alma-Ata puso en relieve la importancia de la Atención Primaria (APS) para la salud de las comunidades. Desde aquel entonces hemos transitado desde una concepción de APS como canasta básica de intervenciones en salud para poblaciones desfavorecidas, hacia un Sistema de Salud que tiene al centro la APS como una estrategia que brinda cobertura universal, una atención centrada en las personas y un cuidado continuo de manera integral (1,2).

Durante este transitar se ha acumulado evidencia que muestra que países con una APS fuerte logran mejores indicadores en salud en comparación con aquellos con una APS débil (3). Por otro lado, con el desarrollo de la Medicina Familiar como especialidad se ha evidenciado que existen atributos propios de la disciplina que se asocian a una mejoría en la satisfacción de los usuarios e indicadores de salud: como la continuidad del cuidado, una buena relación médico-paciente y un tiempo adecuado de consulta (4).

La experiencia en EEUU ha mostrado que tener un Médico de Familia a quien consultar con regularidad disminuyó el costo anual de atención de salud, el número de consultas, la prescripción de medicamentos en un 25% y se reportó menor dificultad para acceder a la atención (esto más que un pediatra, internista u otras subespecialidades) (5). Así mismo el aumento de 1 médico en APS por 10.000 habitantes disminuyó en un 2,5% la mortalidad infantil, en 3,2% el bajo peso al nacer y en 1.44 muertes por 10.000 habitantes (5).

En Chile, la experiencia de la Red de Centros de Salud Familiar ANCORA-UC ofrece un ejemplo de resultados similares a nivel local. La red ANCORA mostró un aumento de la efectividad clínica expresada en disminución de 25% derivaciones a nivel secundario, 70% de consultas a urgencias y 30% de hospitalizaciones en comparación con CESFAM municipales de las comunas de Puente Alto y La Pintana donde están insertos. Este aumento de la efectividad clínica se tradujo en un ahorro de 1690 millones de pesos durante el año 2010 y una mayor satisfacción usuaria (6).

Pese a la experiencia y los esfuerzos nacionales por implementar el Modelo de Salud Familiar (7-10) se observa una fuerte brecha entre la teoría y la realidad de la APS municipal chilena, que nos lleva a cuestionarnos las razones por las cuáles la APS y Medicina Familiar no es atractiva para los médicos, pese a la evidencia acumulada que muestra su necesidad para las poblaciones y su efectividad en los sistemas de salud.

Recibido el 17 de mayo de 2018. Aceptado el 04 de octubre de 2018.

¹ Residente de Medicina Familiar UC. Correspondencia a: j.troncoso.rivera@gmail.com

Al analizar los resultados del último concurso de especialidades médicas del Ministerio de Salud (CONISS 2017) se observa que los resultados en la especialidad de Medicina Familiar son preocupantes. De los 41 cupos ofertados por las 7 universidades formadoras sólo se tomaron 12 (29% del total ofertado) y 4 universidades no lograron matricular a ningún residente². Estos resultados no facilitan cerrar la brecha de Médicos de Familia (11).

Aunque estos resultados puedan parecer alarmantes, es una realidad no sólo de Chile, sino que compartida en otras regiones del mundo. En España (un país con una APS fuerte) el último concurso MIR para acceder a especialización fue el peor en 5 años para la Medicina Familiar, ya que de las 1771 plazas ofertadas (la especialidad con más capacidad formadora del país) sólo se tomaron 80, mientras que de los primeros 500 primeros lugares del concurso sólo 3 tomaron Medicina de Familia (12,13).

El siguiente ensayo busca reflexionar sobre las condicionantes laborales y del pregrado que actúan desfavoreciendo la elección por la práctica generalista y la elección de la Medicina de Familia.

EL REDUCCIONISMO DE LO CLÍNICO EN LA APS MUNICIPAL

La labor médica en APS suele reducirse en muchos lugares a lo clínico. Las jefaturas no están interesadas en tener médicos gestores, investigadores, educadores y promotores de salud, pues brindar tiempo laboral a estas áreas resulta una merma en la disponibilidad ya reducida de horas de atención médica. Uno de los enfoques predominantes en el equipo gestor es que *“el médico tiene que estar la mayor parte del tiempo en su box y mientras más número de pacientes vea en una hora mejor”*.

Esta lamentable concepción no está en consonancia con los principios del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria promovido por el MINSAL (7), ni tampoco con los esfuerzos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) por fortalecer el rol de la APS en los sistemas de salud (2).

La APS municipal a través de la contratación vía Ley 19.378 no parece ser una opción atractiva de desarrollo profesional para un médico recién egresado en parte por el reduccionismo de lo clínico, la sobrecarga laboral, el bajo tiempo de atención, la falta de incentivos para el perfeccionamiento continuo, baja integración de la red

(APS y nivel secundario no dialogan), el cumplimiento de las metas absorben el quehacer, sueldos no competitivos y variables entre municipios, falta de insumos, medicamentos e infraestructura, equipos poco motivados y con baja capacitación en el Modelo de Salud Familiar, jefaturas rígidas, entre otras.

No sorprende entonces encontrar médicos frustrados, con un alto nivel de burnout que finalmente redundan en una alta rotación en APS. Se estima que 40% de los Médicos alcanza menos de 1 año de antigüedad como médicos generales y que el 70% no supere los 3 años, evidenciando una fuerte tendencia a la especialización por sobre la práctica generalista (14).

EL HOSPITALOCENTRISMO FORMATIVO DE LAS UNIVERSIDADES

La OMS señala como causa importante de ineficacia y desigualdad la focalización desproporcionada en los hospitales y la subespecialización. Esto generaría en los sistemas de salud mayores costos, una medicalización innecesaria e iatrogenia, dejando de lado aspectos humanos y sociales de la salud (1).

Un sistema formativo centrado en el hospital también es ineficaz y desigual, puesto que distorsiona el proceso de enseñanza y la consecución de los perfiles de egreso declarados. Al analizar la orientación formativa de medicina en Chile se encuentra una alta heterogeneidad entre lo generalista y lo especialista. Diez universidades declaran un perfil generalista, seis orientados hacia la especialización, cinco mencionan ambos y cuatro no especifican un perfil definido (15).

Pese a las declaraciones de las universidades existe una fuerte influencia del currículo oculto e informal que distorsionaría el proceso formativo. En una universidad con perfil generalista se ha observado que sus estudiantes asignan mayor importancia a practicar una atención clínica integral no centrada en especialidades durante los primeros años de la carrera. Sin embargo, al transcurrir los niveles y principalmente en el internado esta relación se invierte cobrando mayor importancia una atención por especialidades (14). Recientemente en Inglaterra un reporte realizado por el *Medical Schools Council* y el *Health Education England* buscó investigar la causas detrás del bajo interés de los estudiantes de medicina por ser *General Practitioner*, proponiendo un sistema de apoyo para orientarlos hacia la Medicina Familiar que incluye entre otras

² Elaboración propia al cruzar los datos de los cupos ofertados y tomados en el Concurso CONISS 2017 del Ministerio de Salud

estrategias intervenir en aspectos del currículo formal, informal y oculto (16).

Este mismo estudio mostró que los estudiantes ingleses perciben la práctica generalista como poco desafiante y con un bajo nivel de reconocimiento social. Esto frente al escenario tecnológico, académico y de retorno monetario propio del nivel secundario y terciario. En este sentido, se ha observado que en EEUU los estudiantes con mayor deuda universitaria tienen más probabilidades de escoger una especialidad con ingreso promedio anual más alto y eran menos propensos a escoger especialidades propias de APS (17). Dichas especialidades con ingreso anual mayor, usualmente se desarrollan en ambientes hospitalarios de alta complejidad.

En el caso chileno, un estudio de seguimiento de la actividad laboral de una cohorte de egresados de Medicina de la Universidad de Chile mostró que el 58% se encontraba trabajando en un ambiente hospitalario, versus un 28% en APS. Esta diferencia era aún mayor si el campus de egreso tenía como hospital docente a un centro fuera de la red pública de salud (18).

RE-SIGNIFICANDO EL ROL DEL MÉDICO EN ATENCIÓN PRIMARIA

La Atención Primaria y Medicina Familiar han demostrado ser una estrategia que logra mejores resultados, mayor resolutivez, menores costos y mayor equidad en salud en nuestras comunidades. Las orientaciones técnicas y recomendaciones ministeriales contrastan con la realidad heterogénea de la implementación del Modelo en los CESFAM municipales, junto con ello se observan bajos estímulos hacia la elección de la especialidad en el pregrado y a la permanencia de médicos generalistas en APS municipal.

Para avanzar hacia una implementación efectiva del modelo - *más allá de una lista de verificación de criterios mínimos con fines instrumentales de acreditación* - es necesario dotar del recurso humano calificado a la APS, siendo el Médico de Familia el profesional más capacitado para aquello por sus ámbitos propios de acción (11).

Es prioritario focalizar los esfuerzos en el pregrado y en los recién egresados identificando personas con intereses en la APS a los cuales se los apoye integralmente en la elección de la especialidad. Esta estrategia en el corto plazo podría aumentar significativamente la tasa de postulación y disminuir los cupos no tomados. Junto con ello es necesario avanzar, mejorando las condiciones de trabajo, capacitando a los equipos sobre el

Modelo y re-orientando la educación médica hacia la APS (19).

REFERENCIAS

1. Allué. DisCapacitados. La reivindicación de la igualdad en la diferencia.. Barcelona, España: Ediciones Bellaterra; 2003.
2. Armus. Cuando los enfermos hacen huelga. Argentina, 1900-1940. Estudios sociales. 2001; 20: 53-80.
3. Bass. Modelo de salud familiar en Chile y mayor resolutivez de la atención primaria de salud: ¿contradictorios o complementarios? Medwave 2012 Dic;12(11):5571
4. Berger, Luckmann. La construcción social de la realidad. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Editores; 2008.
5. Bunge. Filosofía para médicos. Editorial Gedisa. Barcelona, España; 2012
6. Brown. Naming and framing: the social construction of diagnosis and illness. Journal of Health and Social behavior. 1995; Vol. 35, N° extra: 34-52.
7. Callon, Lascoumes, Barthe. Acting in an uncertain world. An essay on technical democracy. Cambridge, Massachusetts: The MIT press; 2011
8. Carvajal. Las transformaciones de la biomedicina y salud pública: ¿Tiene algo por decir la teoría del actor-red? Revista Chilena de Salud Pública. 2012; 16,(3): 272-274.
9. Chan. La creciente importancia de la medicina familiar. XX Congreso Mundial de Medicina Familiar. Praga, República Checa; 2013
10. Centro de Políticas Pública UC. Fortalecimiento de la atención primaria de salud: propuestas para mejorar el sistema sanitario chileno. Santiago, Chile; 2014.
11. Cueto. Los orígenes de la atención primaria de salud y la atención primaria selectiva de salud. En Cueto, Zamora (Eds). Historia, salud y globalización. Lima, Perú: Instituto de Estudios Peruanos; 2006.
12. Engel. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science. 1977; 196 (4286):129-136.
13. González. Del apoyo mutuo a la acción colectiva: Lupus Chile al GES. Primer encuentro de la Red Chilena de Ciencia, Tecnología y Sociedad (CTS-Chile). Santiago, Chile; 2014.
14. Hacking. Historical Ontology. Cambridge, Estados Unidos: Harvard University Press; 2002.

15. Illich. *Némesis médica. La expropiación de la salud.* México D.F., México: Editorial Joaquín Ortiz; 1978.
16. Kleinman. *Writing at the margin. Discourse between anthropology and medicine.* Los Angeles, Estados Unidos: University of California Press; 1995.
17. Kottow. *El Pa(de)ciente.* Santiago, Chile: Editorial Ocho Libros; 2014.
18. Latour. *Science in action.* Cambridge, Estados Unidos: Harvard University Press, 1988.
19. Latour. *La esperanza de Pandora. Ensayo sobre la realidad de los estudios de la ciencia.* Barcelona, España: Editorial Gedisa, 2001.
20. Latour. *Reensamblar lo social. Una introducción a la teoría del actor-red.* Buenos Aires, Argentina: Ediciones Manantial; 2008.
21. Levinas. Heidegger, Gagarin y nosotros. [Internet] 1961 [Fecha de Consulta: julio 2018] Disponible en: https://filosofiacontemporanea.files.wordpress.com/2007/02/levinas-heidegger_gagarine_y_nosotros.pdf
22. Menéndez. *Modelo médico hegemónico y atención primaria. Segunda Jornada de Atención Primaria de Salud.* Buenos Aires, Argentina; 1988.
23. Mol. *The body multiple: ontology in medical practice.* Durham, Estados Unidos: Duke University Press; 2002.
24. Mol. *The logic of care. Health and the problem of patient choice.* Oxon, Estados Unidos: Routledge Press, 2008.
25. Rabeharisoa, Callon. *The involvement of patient's associations in research.* International Social Science Journal. 2002; 53 (171): 57-63.
26. Timmermans, Epstein. *A world of standard but not a standard world: toward a sociology of standards and standardization.* Annual review of sociology. 2010; 36: 69-89