

# El rol estratégico del Médico de Familia en la Universalización de la Atención Primaria de Salud en Chile

## **Autores:**

**Andrés Glasinovic, Felipe Oyarzun, Martín Plaza, José Zamorano, Fabiola Perazzo, José Alday, María Kast, María Larraín, Ana Sotomayor, Jan Salazar.**

Departamento de Medicina Familiar y APS, Facultad de Medicina, Universidad de Los Andes, Chile.

## **1. Resumen Ejecutivo**

En contexto de los desafíos sanitarios y la oportunidad de una nueva reforma de salud con su eje principal de la universalización de la atención primaria de salud (APS) en Chile, aparece la Medicina Familiar, la especialidad médica por excelencia en la estrategia de APS, que gracias a sus competencias y atributos, ha demostrado múltiples beneficios y resultados de salud para la población, sin embargo, aún es bastante desconocida en nuestro país y sus fortalezas son subutilizadas. El Médico de Familia (MF), dado su enfoque biopsicosocial y comunitario, tiene el potencial de convertirse en un recurso humano clave y estratégico en los Centros de Salud Familiar (CESFAM) y la red asistencial. En este resumen de política pública, se sugieren 6 recomendaciones para optimizar el rol del MF en beneficio de la salud pública de Chile.

## **2. Planteamiento del problema**

En el contexto de la propuesta del gobierno de una nueva reforma de salud con su principal eje de universalización de la atención primaria de salud (APS), nos encontramos como país con importantes desafíos sanitarios que debemos enfrentar (1). En este inicio de año 2025, destacan los determinantes sociales de la salud (2,3,4), las brechas en resolutiveidad que llevan a largas listas de espera (5), el envejecimiento poblacional acelerado (6), gran prevalencia de las enfermedades crónicas no transmisibles (2) en especial, los trastornos de salud mental (7) y una tendencia a una expansión de usuarios inscritos

en el Fondo Nacional de Salud (FONASA) que se atiende principalmente en los CESFAM, determinado por la salida de miles de usuarios de las instituciones de salud previsual (ISAPRES) (8). En lo relacionado al rol del MF, actualmente en Chile no se cuenta con un documento de referencia para los directivos y equipos de salud de los servicios de salud y los CESFAM, que resuma las principales competencias y atributos de este médico especialista que favorezca su inserción laboral en los CESFAM. En la actualidad, es habitual observar que en algunos CESFAM a los MF no se les considera como un profesional que tenga un rol estratégico que pueda contribuir a los objetivos sanitarios y de gestión clínica. Es habitual que se les encomiende un rol predominantemente asistencial de morbilidad y control de pacientes con condiciones crónicas, similar a lo que se le podría encargar a un médico general recién egresado.

Este documento resume las competencias, atributos y beneficios para la salud de las personas del MF, enfocado en APS en Chile.

### **3. Antecedentes y análisis de política pública**

La medicina familiar, es definida según el consejo americano de MF, como la especialidad médica que se preocupa por el cuidado de la salud integral del individuo y la familia, además integra ciencias clínicas, biológicas y del comportamiento. El alcance del MF no está limitada por la edad, sexo, órgano, sistema o entidad mórbida, más bien tiene su foco en la persona y su entorno (9).

La formación del MF en Chile existe desde el año 1982 y al igual que las otras especialidades médicas, cuenta con una formación universitaria de dedicación exclusiva que dura 3 años. Su especialidad está reconocida por la corporación nacional de especialidades médicas (CONACEM) y la principal sociedad que los agrupa es la Sociedad Chilena de Medicina Familiar (SOCHIMEF). En Chile, actualmente existen 14 escuelas de formación de postgrado en medicina familiar, 129 vacantes para postular a sus programas anualmente y ha titulado a 1095 MF por la vía de formación universitaria (10). La formación de postgrado de un MF, ocurre en su mayoría en un contexto ambulatorio, principalmente en los CESFAM, como un miembro del equipo de salud bajo el modelo de atención integral en salud (MAIS) (11).

Históricamente, el MF se ha caracterizado por brindar un especial énfasis a la continuidad y coordinación de los cuidados, una atención de salud integral al paciente en cualquier etapa de su ciclo vital, enriquecida por los vínculos individuales, familiares y comunitarios que se producen a lo largo del tiempo (9). Sin embargo, los desafíos de la APS a nivel mundial y en Chile, ha llevado a esta especialidad a lo largo de los años a ampliar estas competencias clínicas y de liderazgo (13), a otras áreas que van más allá de lo clínico (12) y que son consideradas por CONACEM, como son los temas de salud pública, prevención y promoción de salud, epidemiología, medicina basada en evidencia (MBE), metodología de la investigación, gestión clínica enfocado en APS, educación en salud, trabajo con familia, salud mental, entrevista clínica y consejería en salud (14). Dentro de sus atributos clínicos, se encuentra la profundización clínica de los temas de salud frecuentes de las especialidades más relevantes en un contexto ambulatorio (14). En relación a lo anterior, el MF tiene el potencial de tener un rol clave en los desafíos de la salud mental comunitaria en esta nueva era post COVID 19 (7,15,16), además de realizar sus atenciones de salud desde una perspectiva biopsicosocial espiritual, con un enfoque familiar y comunitario, en línea con la estrategia de cuidados centrados en la persona (ECICEP).

Un estudio realizado en los Centros de salud Ancora UC en Chile (11), nos muestra que los CESFAM en que predominan los MF y su modelo de atención, puede resolver un 96% de los problemas de salud por los cuales consulta un paciente. Además, mantener el mismo médico de familia a lo largo de 15 años, disminuye el uso de servicios de urgencias en un 30%, hospitalizaciones en un 28% y la mortalidad de sus pacientes en un 25% (17). La evidencia internacional nos muestra que una APS fuerte, en el cual el MF tiene un rol fundamental, permite lograr mejores resultados en salud poblacional, mayor resolutivez en salud, menores costos del sistema y mayor equidad (18,19).

#### **4. Recomendaciones para la política pública**

**4.1 Definir las competencias específicas del MF en un CESFAM:** Se propone elaborar un documento que incluya las principales competencias y prestaciones REM del MF factibles de realizar en un contexto de CESFAM. En este sentido, es de vital importancia lograr un consenso entre organizaciones claves como el equipo de la red nacional de centros formadores de medicina familiar (RENACE), la SOCHIMEF y su agrupación de residentes “WAYNAKAY”, además de los directivos de los CESFAM, servicios de salud, ministerio de salud y otros grupos de interés.

**4.2.** Contraloría médica, gestión de objetivos sanitarios y articulación con la red de salud: Se propone definir esta labor estratégica en los CESFAM, considerando que el MF cuenta con las competencias para liderar este equipo de trabajo. Se podría mejorar la resolutivez clínica, al brindarle la atribución al MF de poder solicitar exámenes diagnósticos propios de sus competencias, directamente en el nivel secundario, sin tener que derivar obligadamente a otro especialista del nivel secundario. Su rol gestor en APS, con una mirada estratégica y experta, podría contribuir al logro de metas sanitarias, indicadores de actividad de APS, además de innovar en el diseño de metas que incluyan indicadores de desempeño centrados en las personas.

**4.3.** Docencia médica y capacitaciones: El MF cuenta con competencias de postgrado en estas áreas, lo que permitiría apoyar en la capacitación del equipo de salud y los alumnos que están aún en formación, con la ventaja de hacerlo con una alta pertinencia local, pudiendo ahorrarle al CESFAM la necesidad de externalizar algunas de las capacitaciones.

**4.4.** Habilidades directivas en CESFAM: El MF está capacitado para asumir roles de liderazgo y gestión clínica en los CESFAM, aplicando sus competencias de salud pública, epidemiología, MBE y metodologías de investigación, que son claves para optimizar la eficiencia de recursos y mejorar los resultados sanitarios.

**4.5.** Promoción y prevención de salud: el MF cuenta con competencias para el diseño, gestión e implementación de proyectos de promoción de salud, el trabajo intersectorial, sumado a la experiencia en realizar actividades preventivas tanto a nivel poblacional como individual, por lo cual podría ser un referente local a nivel del CESFAM en esta temática.

**4.6.** Fortalecimiento de la salud mental comunitaria: Los MF tienen el potencial de ser importantes referentes en este ámbito dado su amplia formación de postgrado. Este enfoque permitiría a los MF desempeñar un papel crucial en la gestión integral de los paciente en red, ya incorpora el enfoque de

determinantes social, el trabajo con familias y el intersector, derivando a un nivel secundario lo estrictamente necesario.

En resumen, con estas recomendaciones abogamos por potenciar el rol estratégico de los MF en los CESFAM en pro de una mayor resolutiveidad, eficiencia en el uso de recursos, articulación de redes y gestión de objetivos sanitarios en beneficio de la salud pública de Chile en el marco de la universalización de la APS.

## Referencias

1. Ministerio de Salud. Reforma de Salud ¿Cuáles son los problemas que enfrentamos? [Internet]. Minsal.cl. [citado el 17 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://www.minsal.cl/reforma-de-salud/>
2. Bonnell LN, Crocker AM, Kemp K, Littenberg B. The relationship between social determinants of health and functional capacity in adult primary care patients with multiple chronic conditions. *J Am Board Fam Med*. 2021 Jul-Aug;34(4):688-697. doi:10.3122/jabfm.2021.04.210010.
3. Alemu FW, Yuan J, Kadish S, Son S, Khan SS, Nulla SM, et al. Social determinants of unmet need for primary care: a systematic review. *Syst Rev* [Internet]. 2024;13(1):252. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1186/s13643-024-02647-5>
4. Daniel H, Bornstein SS, Kane GC, Health and Public Policy Committee of the American College of Physicians, Carney JK, Gantzer HE, et al. Addressing social determinants to improve patient care and promote health equity: An American College of Physicians position paper. *Ann Intern Med* [Internet]. 2018;168(8):577–8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.7326/M17-2441>
5. Goldstein E. Listas y tiempos de espera para atención en salud en Chile [Internet]. Bcn.cl. 2024 [citado el 17 de diciembre de 2024]. Disponible en: [https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/36366/2/BCN\\_Tiempos\\_de\\_espera\\_para\\_atencion\\_en\\_salud\\_\\_EG\\_final.pdf](https://obtienearchivo.bcn.cl/obtienearchivo?id=repositorio/10221/36366/2/BCN_Tiempos_de_espera_para_atencion_en_salud__EG_final.pdf)
6. Comisión Económica Para América Latina y el Caribe. Derechos humanos de las personas mayores en Chile en tiempos de pandemia: acciones de promoción desde el Servicio Nacional del Adulto Mayor (SENAMA) [Internet]. Cepal.org. [citado el 17 de diciembre de 2024]. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/enfoques/derechos-humanos-personas-mayores-chile-tiempos-pandemia-acciones-promocion-servicio>
7. Organización Panamericana De La S. La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas, 2018. Washington, D.C.: OPS; 2018.
8. Fonasa incorporó 175 mil nuevos afiliados en el primer semestre y suma casi un millón en últimos dos años. (s/f). CIEDESS. Recuperado el 17 de diciembre de 2024, de <https://www.ciedess.cl/601/w3-article-15037.html>
9. Martín Zurro A, Cano Pérez JF, Gené Badia J. Atención primaria: principios, organización y métodos en medicina de familia. 7.ª ed. Barcelona: Elsevier; 2014.
10. Declaración RENACE MEDFAM , congreso Chileno de Medicina Familiar, 16 de Noviembre del 2024.
11. Puschel Illanes K, Tellez A, Montero Labbé J, Brunner A, Peñaloza Hidalgo BE, Rojas Villar MP, et al. Hacia un nuevo modelo de atención primaria en salud: evaluación del proyecto de salud familiar Ancora UC. *Estud Publicos*. 2013;1(130):23-52.

12. Montero J, Rojas MP, Castel J, Muñoz M, Brunner A, Sáez Y, et al. Competencias médicas requeridas para el buen desempeño en centros de salud familiares en Chile. *Rev Med Chil.* 2009;137(12):1515-22. doi:10.4067/S0034-98872009001200003.
13. Phillips WR, Herbert CP. What makes family doctors the leaders we need in health care? *Can Fam Physician* [Internet]. 2022;68(11):801–2. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.46747/cfp.6811801>
14. Requisitos Específicos Postulación Por Especialidad - Conacem - Corporación Nacional de Certificaciones Médicas [Internet]. Conacem.cl. [citado el 17 de diciembre de 2024]. Disponible en: [https://www.conacem.cl/requisitos\\_especialidad.asp](https://www.conacem.cl/requisitos_especialidad.asp)
15. Flanagan EH, Wyatt JP, Pavlo AJ, Kang S, Blackman KD, Ocasio L, et al. Care integration goes Beyond Co-Location: Creating a Medical Home. *Adm Policy Ment Health* [Internet]. 2024;51(1):123–33. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1007/s10488-023-01317-3>
16. Krupski A, West II, Scharf DM, Hopfenbeck J, Andrus G, Joesch JM, et al. Integrating primary care into community mental health centers: Impact on utilization and costs of health care. *Psychiatr Serv* [Internet]. 2016;67(11):1233–9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1176/appi.ps.201500424>
17. Sandvik H, Hetlevik Ø, Blinkenberg J, Hunskaar S. Continuity in general practice as predictor of mortality, acute hospitalisation, and use of out-of-hours care: a registry-based observational study in Norway. *Br J Gen Pract* [Internet]. 2022;72(715):e84–90. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3399/BJGP.2021.0340>
18. Glasinovic A. Family medicine in Chile. *Nursing and care.* 2023;9(2).
19. Thapa BB, Li X, Galárraga O. Impacts of community-based care program on health care utilization and cost. *Am J Manag Care* [Internet]. 2022;28(4):187–91. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.37765/ajmc.2022.88862>