FACULTAD DE MEDICINA

Medicina Familiar y Comunitaria

Perspectivas, experiencias y futuro de la Medicina Familiar y Comunitaria en Latinoamérica

Editor: Alejandro A. Gómez Muñoz
Docente y coordinador de investigación en
Medicina Familiar y Comunitaria

FACULTAD DE MEDICINA
PROGRAMA DE MEDICINA FAMILIAR
UNIVERSIDAD DIEGO PORTALES

udp UNIVERSIDAD DIEGO PORTALES

udp FACULTAD DE MEDICINA

Contenidos

Prólogo	La Medicina Familiar en Chile y en Iberoamérica	6
Parte 1	**La Medicina Familiar hoy. Atención integral y continuidad de la atención**	9
Cap. 01.	Medicina Familiar en Iberoamérica. Apolinar Membrillo Luna	10
Cap. 02.	Comunicación en salud: del modelo relacional a la indagación apreciativa. Priscilla Bulos	21
Cap. 03.	Consejería Individual (Counseling) en Salud: Una Herramienta Esencial para la Medicina Familiar. Alejandro Gómez García	29
Cap. 04.	La Visita Domiciliaria Integral (VDI) como Herramienta para la Intervención Familiar. Pilar Monsalve Castillo	36
Cap. 05.	El Microcosmos en la Consulta: Articulando la Teoría de Sistemas y el Enfoque Familiar en la Práctica Clínica. Patricia Vargas	43

Parte 2 **Experiencias Locales, colectivas y comunitarias en y para la Medicina Familiar. Desde la investigación a la práctica en el territorio** 53

Cap. 06. La investigación en Medicina Familiar: metodologías críticas para una práctica constante y transformadora. Alejandro A. Gómez Muñoz 54

Cap. 07. Cuando la Salud No Tiene Techo: Medicina Familiar ante la Crisis Habitacional y los Desalojos. Priscilla Bulos Espinoza, Alejandra Burgos Bizama 65

Cap. 08. La necesidad de la investigación interdisciplinaria en medicina familiar. ¿Por qué es necesario incorporar la investigación cualitativa en el campo de la atención primaria en salud?. Jorge Gallardo Cochifas 74

Cap. 09. Trabajo en Equipo. Claves para el desempeño colectivo y seguridad psicológica en equipo. Juan Pablo Díaz 87

Cap. 10. Cómo hacer buenas preguntas de investigación: La importancia de investigar en Medicina Familiar y Comunitaria y en Atención Primaria de Salud desde una perspectiva crítica. Alejandro A. Gómez Muñoz. Andrés Asenjo Morosseti 94

Cap. 11. El Médico Familiar en la Atención del paciente con cáncer y en cuidados paliativos universales. Dr. Roberto Barna Juri 103

Cap. 12. La atención preconcepcional como acto de cuidado y justicia social: El rol de la Medicina Familiar frente a la salud sexual y reproductiva de mujeres migrantes en Atención Primaria. Constanza Gutiérrez Castillo, Josefa Herrera Herrera, Yasna Muñoz Vergara, María Ignacia Pinto Soto 116

Cap. 13. Exploración de las necesidades de cuidadores de personas con Trastorno Neurocognitivo Mayor en APS: Un estudio Cualitativo. Simón Méndez Albarracin, Javiera Véliz Silva, Ignacio Ramírez Smith 128

Parte 3	**Lo que esperamos y el futuro de la Medicina Familiar en Latinoamérica. Perspectivas para una atención integral centrada en personas, familias y territorio**	138
Cap. 14.	Formación del Médico Familiar del Futuro Abraham Rubén Tamez Rodríguez. María Nora Vitti Sánchez, Francisco Javier Carranza Guzmán, Erika Renata Domínguez Sánchez	139
Cap. 15.	Tipo de formación y roles de la medicina familiar y comunitaria del futuro. Dr. Rolando Nestor Herrera. Dra. Kathya Cordova-Pozo	154
Cap. 16.	Cuidados al final de la Vida El rol de la Medicina Familiar Lusy Paulyna Orellana Navarrete MD, MsC, PhD	168
Cap. 17.	Atención médica domiciliaria en Medicina Familiar. Un Pilar Estratégico para los Sistemas de Salud Modernos Juan Carlos Perozo García, Juan Carlos Sarratud Colina, Beatriz Elena Granadillo Rullo	177
Cap. 18.	Atención Primaria de Salud Orientada a la Comunidad (APOC). Miguel Ángel Suarez Cuba	196
	Palabras al Cierre. Dra. Alejandra Quiroz Urzúa	208

Prólogo

La Medicina Familiar en Chile y en Iberoamérica

Durante décadas, los sistemas de salud han avanzado impulsados por la promesa de la especialización, la tecnología y la eficiencia. Sin embargo, en ese progreso vertiginoso en algunos casos, algo esencial quedó a menudo relegado: la persona. La Medicina Familiar y Comunitaria surge, en Chile y en Iberoamérica, como una respuesta serena pero firme a esa omisión. No como una nostalgia del pasado, sino como una manera contemporánea y profundamente racional de volver a situar la salud allí donde siempre estuvo: en la vida cotidiana de las personas, sus familias y sus comunidades.

A diferencia de otras disciplinas médicas, la Medicina Familiar no se define por un órgano, una técnica o una patología. Su campo de acción es más amplio y, al mismo tiempo, más íntimo. Se ocupa de personas reales que envejecen, trabajan, migran, cuidan y enferman en contextos sociales específicos. Desde esta mirada, la salud no es un estado aislado ni un resultado exclusivamente biológico, sino el producto dinámico de relaciones, historias y entornos que interactúan de forma constante.

En Iberoamérica, esta especialidad se ha desarrollado bajo principios compartidos —accesibilidad, continuidad, integralidad y coordinación del cuidado— que hoy resultan sorprendentemente actuales. En un escenario marcado por el envejecimiento poblacional, la multimorbilidad y la desigualdad social, estos principios ofrecen una arquitectura sólida para sostener sistemas de salud que no se limiten a reaccionar frente a la enfermedad, sino que acompañen a las personas a lo largo de sus trayectorias vitales.

Chile ha sido un laboratorio particularmente elocuente de esta transformación. Con la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria (MAIS), el país apostó por una atención primaria capaz de articular lo clínico con lo territorial. En este modelo, el médico o médica de familia no es un profesional de transición ni un recurso de segundo orden, sino un especialista de amplio espectro cuya principal fortaleza reside en comprender la complejidad. Su consulta no se limita a un box: se extiende al barrio, al hogar y a la red social que sostiene —o fragiliza— la salud de las personas.

Este libro se inscribe en ese horizonte. No pretende ofrecer recetas ni fórmulas cerradas, sino abrir una conversación informada y necesaria sobre el presente y el futuro de la medicina familiar en Chile y en la región. A través de sus capítulos, el lector encontrará una revisión de los fundamentos de esta especialidad junto con un análisis honesto de los desafíos que enfrenta en contextos urbanos precarizados, zonas rurales aisladas y esce-

narios interculturales donde la noción de salud trasciende el cuerpo individual

Uno de los aportes centrales de esta obra es su insistencia en una medicina situada. La práctica clínica no ocurre en el vacío. En los márgenes urbanos, la enfermedad suele entrelazarse con la violencia, el hacinamiento y la soledad. En el mundo rural, la geografía y la distancia condicionan el acceso y la continuidad del cuidado. En los contextos interculturales, como el chileno, la salud se entiende también como una relación con la tierra, con la historia y con la comunidad. Reconocer estas diferencias no fragmenta la medicina; la vuelve más precisa y más justa.

Para los equipos de atención primaria, este enfoque tiene consecuencias prácticas. Implica mirar una visita domiciliaria no solo como un acto administrativo, sino como una oportunidad clínica. Entender un «fracaso terapéutico» no únicamente como un problema farmacológico, sino como una señal de desequilibrio en el sistema familiar. Transformar el CESFAM en un espacio que no solo trata enfermedades, sino que produce salud.

La medicina familiar que se describe en estas páginas no es una medicina de baja complejidad. Es, por el contrario, una de las formas más sofisticadas de práctica clínica disponibles hoy, porque trabaja con sistemas humanos, con vínculos y con incertidumbre. Su eficacia no se mide únicamente en indicadores, sino en la capacidad de construir confianza, reducir inequidades y sostener comunidades más saludables.

Este libro invita al lector a detenerse, observar y repensar la medicina familiar, y a comprender que, en un mundo sanitario cada vez más tecnológico, la verdadera innovación es algo aparentemente simple pero profundamente transformador: volver a mirar a las personas en toda su complejidad.

Dra. Patricia Vargas
Directora Programa de Medicina Familiar
Facultad de Medicina
Universidad Diego Portales

Parte 01.
La Medicina Familiar hoy.
Atención integral y continuidad de la atención

Capítulo 01
Medicina Familiar en Iberoamérica

AUTOR: APOLINAR MEMBRILLO LUNA
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA
EXDOCENTE IMSS, UNAM

docaml@hotmail.com

Introducción

La medicina familiar es una especialidad médica que se centra en la atención integral de las personas, considerando su contexto familiar y comunitario. Su objetivo es garantizar la continuidad del cuidado, la prevención de enfermedades y la promoción de la salud, siendo un pilar fundamental en los sistemas sanitarios contemporáneos.

En Iberoamérica, esta disciplina ha adquirido relevancia como estrategia para mejorar la equidad y la eficiencia en la atención primaria.

La Medicina Familiar en Iberoamérica: evolución histórica, marco conceptual y desafíos estratégicos en el siglo XXI

La Medicina Familiar y Comunitaria en el contexto iberoamericano representa mucho más que una especialidad clínica: constituye el núcleo fundamental de los sistemas de salud que aspiran a la equidad, la sostenibilidad y la humanización del cuidado. A diferencia de otras ramas de la medicina que surgieron de la fragmentación tecnológica y la supraes-pecialización orgánica, la medicina familiar emergió como una respuesta deliberada a las tensiones sociales y a la necesidad de los Estados de garantizar un acceso universal y eficiente a la salud

Esta disciplina se define como la especialidad médica efectora que utiliza la Atención Primaria de Salud (APS), dotada de un cuerpo de conocimientos propio, instrumentos de gestión específicos y un enfoque que integra las dimensiones biológica, psicológica y social del ser humano y su familia.

En la región iberoamericana, su desarrollo ha sido un proceso dinámico, marcado por

«olas» o momentos de implementación que reflejan las particularidades políticas de cada nación, desde la consolidación temprana en México y Cuba hasta las reformas estructurales en Brasil, España y el Cono Sur.

Fundamentación ontológica y principios de la especialidad

La identidad del médico familiar se construye sobre la base de un compromiso con la persona y su familia, así como con la comunidad antes que con un conjunto específico de enfermedades o técnicas. Este compromiso implica una visión longitudinal que acompaña al individuo a lo largo de todas las etapas de su vida, estableciendo una relación de confianza que ha demostrado reducir significativamente la mortalidad poblacional.

El cambio de paradigma del modelo biomédico tradicional al modelo biopsicosocial amplio o familiar, es el pilar central que permite al especialista en medicina familiar comprender el contexto de la Salud Familiar, reconociendo que este es un fenómeno complejo influido por la estructura familiar, el entorno comunitario y los determinantes sociales.

Podemos entender estos aspectos cuando revisamos los modelos de atención que se utilizan para el abordaje de la salud familiar.

Comparativa de Modelos de Atención Médica

Característica del Modelo	Medicina convencional (biomédica)	Medicina Familiar (Biopsicosocial individual/ familiar)
Objeto de estudio	La patología y el órgano afectado	La persona, su familia y comunidad
Contexto de atención	Hospitalocéntrico y especializado	Centros de salud y ámbito domiciliario y la comunidad
Temporalidad	Episódica y reactiva	Longitudinal, continua y proactiva
Relación Médico-Paciente	Paternalista y directiva	Colaborativa y de toma compartida de decisiones
Gestión del Riesgo	Centrada en el diagnóstico agudo	Enfoque preventivo y de riesgo individual, familiar y comunidad
Integralidad	Fragmentación por especialidades	Integración de esferas biológicas y psicológicas y sociales

Los principios que rigen esta práctica son los propuestos inicialmente por McWhinney y adaptados a la realidad regional, incluyen la comprensión de que cada contacto con el paciente es una oportunidad invaluable para la prevención y la educación en salud.

El médico de familia no actúa en aislamiento, sino que se percibe como parte integral de una red comunitaria, gestionando recursos limitados con un alto sentido de responsabilidad social y ética. Esta capacidad de gestionar la incertidumbre y de intervenir tempranamente en problemas indiferenciados es lo que dota a la especialidad de una resolutividad que oscila entre el 90 % y el 95 % de los motivos de consulta, potenciando la eficiencia del sistema sanitario global.

Evolución histórica de la Medicina Familiar en Iberoamérica

La trayectoria de la medicina familiar en la región no es lineal, sino que responde a una evolución en espiral donde ciertos modelos han logrado mayores éxitos que otros en función de su adaptabilidad. El origen se sitúa a finales del siglo XIX y principios del XX con la figura del médico generalista o de cabecera, cuya función de consejero y responsable de la salud familiar era altamente valorada por la sociedad.

Sin embargo, el auge de las especialidades tecnológicas a mediados del siglo XX debilitó esta figura, provocando una crisis de fragmentación que solo pudo resolverse con el resurgimiento de la Medicina Familiar como disciplina académica y clínica en la década de los cuarenta en Norteamérica y su posterior extensión a Iberoamérica en los años sesenta y setenta.

La primera ola: la institucionalización en México y Cuba. México se posiciona como el pionero indiscutible en la región. En los primeros años de la década de 1950, la Medicina Familiar comenzó a integrarse formalmente en el sistema de seguridad social, específicamente dentro del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Esta decisión política permitió crear una red de centenares de unidades de medicina familiar con adscripción poblacional, sentando las bases de lo que hoy es un modelo de cobertura amplia centrado en el equipo de salud.

Por otro lado, el modelo cubano surgió de una necesidad imperiosa de transformación social y compensación de recursos tras el éxodo masivo de profesionales en los años sesenta. Cuba inició la formación de médicos con un perfil de resolutividad en el primer nivel que culminó en 1984 con la implementación del *«Plan del Médico y la Enfermera de Familia»* y el surgimiento de la especialidad en Medicina General Integral (MGI). Este modelo se ha consolidado como uno de los más costo-efectivos de la historia, logrando indicadores

de salud de excelencia mediante una inversión económica limitada pero estratégicamente distribuida en la base comunitaria.

La segunda ola: expansión y reformas de los años noventa. A finales del siglo XX, impulsados por la conferencia de la OMS y WONCA en Ontario (1994), varios países iniciaron procesos de reforma estructural de sus sistemas de atención primaria

Brasil lanzó el *«Programa de Saúde da Família»* (PSF) en la segunda mitad de los 90, un modelo territorial que asigna equipos multidisciplinarios a áreas geográficas definidas, eliminando la libre elección de médico para priorizar el cuidado de la salud colectiva y la vigilancia epidemiológica. Chile y Argentina también adoptaron políticas agresivas para expandir la formación de especialistas, pasando de programas de residencia breves a formaciones de cuatro años con una fuerte carga en medicina interna, pediatría y salud mental.

En Perú, la especialidad tuvo un inicio más tardío —en 1989—, enfrentando desafíos significativos de inserción universitaria y reconocimiento institucional que generaron un rezago de aproximadamente una década respecto a sus vecinos del Cono Sur. No obstante, el desarrollo técnico y la vinculación con el movimiento mundial de medicina familiar han permitido un crecimiento sostenido en el último decenio

Estructura organizativa y gobernanza regional

La coordinación de los esfuerzos en Iberoamérica se articula a través de la Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar (CIMF), que representa a la región dentro de la Organización Mundial de Médicos de Familia (WONCA). Fundada en 1996, la CIMF ha sido el motor de las Cumbres Iberoamericanas de Medicina Familiar, espacios de diálogo político y académico en los que se han gestado declaraciones fundamentales: la de Buenos Aires (1996), Sevilla (2002), Santiago de Chile (2005), Fortaleza (2008) y Quito (2014).

La misión de la confederación para el periodo 2025-2027, liderada por la Dra. Dora Patricia Bernal Ocampo de Colombia, se centra en impulsar la gobernanza estratégica, fortalecer la aplicación de la APS ante desafíos emergentes como la migración, y avanzar hacia la estabilidad financiera de las asociaciones nacionales.

La estructura de la CIMF se divide en cinco subregiones: Mesoamérica, Región Andina, Cono Sur, Iberia y el movimiento Waynakay, este último dedicado específicamente al desarrollo de residentes y médicos jóvenes, lo que asegura la vitalidad y el futuro de la disciplina.

Liderazgo y Estructura de la CIMF (2025-2027)

Cargo	Titular	País
Presidencia Regional	Dra. Dora Patricia Bernal Ocampo	Colombia
CEO	Thomas Meoño	Costa Rica
Tesorería Honoraria	Gad Gámez Zavala	México
Vicepresidencia Mesoamérica	Roberto Martínez	Nicaragua
Vicepresidencia Región Andina	Susana Alvear	Ecuador
Vicepresidencia Cono Sur	Andrea Didier	Chile
Vicepresidencia Iberia	Gisela Galindo	España
Representante Waynakay	Ana Pérez	México

La firma del Memorando de Entendimiento (MOU) entre WONCA y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en julio de 2025 representa un hito en la gestión política, posicionando a los médicos de familia como actores clave en la implementación de las funciones esenciales de salud pública en todo el continente.

Educación Médica y Formación de Especialistas

La formación de especialistas en Medicina Familiar en Iberoamérica ha transitado hacia modelos competenciales que integran la evidencia científica con la práctica humanística. Los programas de residencia suelen durar entre tres y cuatro años, con una carga horaria intensiva diferenciada de acuerdo con los países que conforman a CIMF.

En España y México, el proceso de selección mediante exámenes nacionales (MIR y ENARM respectivamente) garantiza la entrada de profesionales con una sólida base teórica, aunque la formación en España se distingue por una mayor integración de la investigación y una rotación de cuatro años que prioriza la autonomía del residente en el centro de salud. En contraste, el sistema mexicano ha mostrado retos en la actualización de programas educativos frente a las nuevas demandas epidemiológicas, aunque mantiene una cobertura institucional envidiable a través de sus grandes sistemas de seguridad social.

Es en este punto en el cual debemos de poner atención para que la formación de recursos sea suficiente para cubrir las necesidades de la población demandante y con apoyo de las universidades y entes gubernamentales adecuados que nos permitan lograr la Cobertura Universal en Salud.

Comparativa de Programas de Residencia en Países Clave (2025)

País	Duración (Años)	Denominación de la Especialidad	Metodología de Evaluación
España	4	Medicina Familiar y Comunitaria	Evaluación continua y portafolio de competencias
Argentina	3 – 4	Medicina Familiar	Exámenes anuales, trimestrales y evaluación en servicio
México	3	Medicina Familiar	Evaluación institucional y examen departamental
Brasil	2	Medicina de familia e Comunidad	Enfoque territorial y práctica en unidades de salud
Cuba	3	Medicina General Integral	Exámenes estatales y evaluación de resolutividad

Un elemento diferenciador en la formación iberoamericana es el énfasis en la medicina social familiar y comunitaria. Los residentes no solo adquieren habilidades clínicas en pediatría o ginecología, sino que se forman en herramientas de diagnóstico participativo, epidemiología, antropología, sociología, clínica y bioética clínica. La formación en España se caracteriza por un trato horizontal donde el residente es considerado un miembro más del equipo desde el inicio, un modelo que algunos países latinoamericanos intentan emular para reducir el desgaste profesional y fomentar el liderazgo compartido.

Marco Conceptual

La Familia como Sistema y el Enfoque Biopsicosocial

La Medicina Familiar se aparta de la visión individualista para concebir a la familia como un sistema abierto en constante intercambio con la sociedad y como un participante activo durante todo el proceso de salud-enfermedad, con el objetivo de alcanzar la salud y el bienestar familiar, la especialidad reconoce que la estructura familiar es un sistema sociocultural en proceso de transformación, que atraviesa diferentes ciclos evolutivos que exigen reestructuraciones constantes.

El médico de familia está capacitado para identificar los principales aspectos de la dinámica familiar, intervenir en situaciones de vulnerabilidad para planificar guías anticipatorias de acuerdo con la etapa del ciclo de vida familiar. Este enfoque permite entender el síntoma no como un hecho aislado, sino como una manifestación de la disfunción sistémica o como una respuesta adaptativa a crisis que surgen en la familia.

Paradigmas de la Intervención en Medicina Familiar

La práctica clínica se rige por pilares fundamentales: integralidad, continuidad, coordinación y orientación comunitaria. La integralidad permite abordar problemas agudos, crónicos y preventivos en una misma consulta, mientras que la longitudinalidad garantiza que el paciente sea atendido por el mismo profesional a lo largo de décadas, lo cual es la intervención más costo-efectiva en términos de reducción de complicaciones crónicas.

Transformación digital y salud tecnológica

La crisis sanitaria provocada por el COVID-19 expuso las fragilidades de los sistemas de salud en América Latina, pero simultáneamente desató una ola de innovación digital sin precedentes. Se estima que antes de la pandemia, solo una minoría de los países contaba con marcos legales robustos para la telemedicina; sin embargo, para 2024-2025, la mayoría de las naciones iberoamericanas ha implementado sistemas de historial electrónico y telerecetas.

La transformación digital no solo mejora la eficiencia administrativa, sino que incide directamente en la calidad clínica. El uso de historias clínicas electrónicas (HCE) reduce hasta en un 22 % el tiempo de documentación, lo que permite al médico de familia dedicar más tiempo a la interacción humana. Países como Uruguay y Costa Rica lideran la implementación de la HCE universal, mientras que Brasil utiliza inteligencia artificial para mejorar el triage y el seguimiento de personas en zonas remotas de la Amazonía.

Comparativa de Programas de Residencia en Países Clave (2025)

Barrera	Porcentaje de Países Afectados	Impacto en la Medicina Familiar
Falta de Financiación	73.7 %	Limitación para renovar infraestructura en centros rurales
Ausencia de Interoperabilidad	Variable	Fragmentación de la información entre niveles de atención
Falta de Políticas de Macrodatos	68.4 %	Dificultad para realizar vigilancia epidemiológica predictiva
Brecha Digital en Población Indígena	Alta	Exclusión de los beneficios de la telemedicina por idioma/acceso

El futuro de la especialidad apunta hacia una integración tecnológica equilibrada. Los referentes iberoamericanos advierten que, si bien herramientas como la inteligencia artificial son útiles para procesar información a gran escala, nunca podrán sustituir el contacto humano, la empatía y la intuición clínica esenciales en la relación médico-paciente.

El médico de familia ante la carga global de enfermedad

Iberoamérica enfrenta una transición epidemiológica compleja donde las enfermedades no transmisibles (ENT) representan la mayor causa de muerte y discapacidad. La hipertensión, la diabetes tipo 2 y la obesidad han alcanzado niveles epidémicos, exacerbados por la inactividad física y los cambios en los patrones de consumo alimentario.

Ante esta realidad, la Medicina Familiar se posiciona como el nivel de atención capaz de implementar estrategias de gran escala como el programa HEARTS de la OPS.

En México, la expansión de esta estrategia a nueve estados ha permitido estandarizar protocolos clínicos para el manejo de la hipertensión arterial, combinando la formación especializada del personal con el acceso a suministros médicos de calidad. Por su parte, Argentina ha actualizado sus guías de práctica clínica nacionales en 2023-2024 para el abordaje integral de la obesidad y la diabetes, integrando la educación diabetológica para el automanejo como una herramienta central de empoderamiento del paciente.

Sostenibilidad y economía de la salud

La viabilidad de los modelos sanitarios contemporáneos en Iberoamérica depende de la fortaleza de su atención primaria, un sistema basado en la medicina especializada y hospitalocéntrica es financieramente insostenible debido al alto costo de la tecnología y la fragmentación del cuidado. La Medicina Familiar ofrece una alternativa eficiente: al centrarse en la prevención a cualquier nivel del proceso Salud/Enfermedad Familiar, lo cual nos permite evitar mayores intervenciones no necesarias y la realización de sobrediagnósticos, el médico de familia protege tanto la salud del paciente y su familia como los recursos del Estado.

La inversión en salud en la región sigue siendo desigual e insuficiente para reducir las brechas de inequidad. Informes conjuntos de la CEPAL y la OPS en 2024 subrayan la urgencia de priorizar la inversión en sistemas de salud resilientes que puedan absorber choques externos (como nuevas pandemias o crisis climáticas) sin interrumpir los servicios esenciales de rutina. La Medicina Familiar, por su naturaleza flexible y su inserción comunitaria, es la disciplina que mejor se adapta a estas exigencias de adaptabilidad.

Retos futuros y prospectiva de la especialidad

Hacia el año 2030, la Medicina Familiar en Iberoamérica deberá enfrentar retos demográficos significativos, como el envejecimiento acelerado de la población y el aumento de la multimorbilidad crónica, además de los cambios en la estructura familiar.

La formación de especialistas deberá integrar competencias avanzadas en geriatría, cuidados paliativos y salud mental, además de profundizar en el estudio de la familia —área que tradicionalmente ha sido delegada al segundo nivel de atención— pero que encuentra en la APS su escenario natural de resolución.

La identidad profesional del médico de familia continuará construyéndose desde una base de colaboración interprofesional. El trabajo en equipo con enfermería, psicología y trabajo social es el camino indispensable para abordar los determinantes sociales de la salud que escapan a la consulta médica tradicional. El compromiso con la salud comunitaria y familiar, la defensa de condiciones laborales dignas y la participación en el diseño de políticas públicas son las tareas pendientes para consolidar la especialidad como pilar irremplazable de la salud universal en Iberoamérica.

Conclusiones estratégicas

El análisis exhaustivo de la Medicina Familiar y Comunitaria en la región iberoamericana permite concluir que nos encontramos ante una disciplina en plena madurez técnica pero que aún lucha por un reconocimiento político y presupuestario acorde a su impacto social.

El modelo biopsicosocial amplio no es solo una teoría académica, sino una necesidad clínica para abordar la complejidad de la salud contemporánea. La evidencia histórica demuestra que los países que han apostado por una APS sólida, liderada por especialistas en medicina familiar, han logrado mejores resultados sanitarios con menores costos.

La transformación digital, lejos de ser una amenaza, se presenta como una oportunidad histórica para democratizar el acceso y mejorar la precisión del diagnóstico, siempre que se mantenga el humanismo como eje rector. La sostenibilidad de los sistemas de salud en Iberoamérica está indisolublemente ligada al futuro del médico de familia: un profesional que no solo cura enfermedades, sino que entiende y acompaña el sentir de las personas en su contexto más íntimo y sagrado.

Bibliografía

1. Herrera Alcázar, V. R., Presno Labrador, M. C., Torres Esperón, J. M., Fernández Díaz, I. E., Martínez Delgado, D. A., & Machado Lubián, M. del C. (2014). Consideraciones generales sobre la evolución de la medicina familiar y la atención primaria de salud en Cuba y otros países. *Revista Cubana de Medicina General Integral, 30*(3), 364-374. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252014000300010&lng=es&tlng=es

2. Abril-Collado, R:O., & Cuba-fuentes, M.S. (2013). Introducción a la Medicina Familiar. Acta Médica Peruana. 30(1),31-36.

3. Especialidad en Medicina Familiar y Comunitaria – UNAP recuperado en 06 de febrero de 2026, de http://en línea.unapiquitos.edu.pe>descargas.

4. Trujillo Cárdenas SM, Martínez Rios MN, Goyenche Casanova CY, Muños Chamorro K, Ortíz Lozano KJ. La Medicina Familiar en Iberoamérica: voces, sentidos e identidad profesional desde un estudio fenomenológico [Family Medicine in Ibero-America: Voices, meanings and profesional identy from a phenomenological study]. Aten Primaria. 2025 Dec; 57(12:103293. Spanish. doi: 10.1016/j.aprim.2025.103293. Epub 2025 May 15. PMID:40378604; PMCID: PMC12145747.

5. Rivas Santiago, S. S. (2022). Artículo histórico sobre la terapia familiar y su evolución en la medicina familiar. *Revista Mexicana de Medicina Familiar, 9*(3), 93-100. https://doi.org/10.24875/rmf.21000113

5. Perfil del Médico de Familia-Definición Iberoamericana-Fepafem. Recuperado en 06 de febrero de 2026, de: https://webfepafem-pafams.org/wp-content/uploads/2023/01/PERFIL-DEL-MEDICO-DE-FAMILIA1_compressed.pdf

6. Informe anual 2024 de la OPS destaca logros en seguridad sanitaria en las Américas. Recuperado en 06 de febrero de 2026, de: https://www.paho.org/es/noticias/15-5-2025-informeanual-2024-ops-destaca-logros-seguridad-sanitaria-americas.

7. Asociación para la Mejora de la Atención Primaria (AMF) / Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria (semFYC). (s. f.). *El futuro ya está aquí: la responsabilidad de moldearlo es nuestra*. Recuperado el 6 de febrero de 2026, de https://www.amf.semfyc.com/es/web/articulo/el_futuro-ya-esta-aqui-la-responsabilidad-de-moldearlo-es-nuestra

8. Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2010). *Renovación de la atención primaria de salud en las Américas*. OPS/OMS. https://www3.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Renovación_Atención_primaria_Salud_Americas-OPS.pdf 11. Departamento de Medicina Familiar – fmed.uba.ar. Recuperado en 06 febrero de 2026, de: https://www.fmed.uba.ar/departamentos_y_catedras/departamento-de-medicina-familiar/información-general

9. Iberoamericana-CIMF - World Organization of Family Doctors (WONCA). Recuperado en 06 febrero de 2026, de: https://www.globalfamilydoctor.com/

10. XIII Congreso Internacional de Medicina Familiar y Comunitaria- Intro CIMF -YouTube. Recuperado en 06 febrero de 2026, de: https://www.youtube.com/watch?v=sMwhvuD5gLE

11. Globalfamilydoctor.com. Region Iberoamericana-CIMF-World Organization of Family. Recuperado en 06 febrero de 2026, de: https://www.globalfamilydoctor.com/AboutWonca/Membership/Regionas/Iberoamerica-CIMF.aspx

12. Pérez Valencia, J. J., & Vázquez Díaz, J. R. (2023). El nuevo programa de la especialidad de medicina familiar y comunitaria: una oportunidad que no se debe perder. *Atención Primaria, 55*(7), 102650. https://doi.org/10.1016/j.aprim.2023.102650

13. Programa de residencia en medicina familiar y comunitaria-Hospital Italiano. Recuperado en 06 febrero de 2026, de: https://www.hospitalitaliano.org.arg/multimedia/archivos/cursos_attachs/3677.pdf

14. Diéguez, S., Krompiewski, V. A., Serrano, L., Pardo, S., & Llorens, P. (2022). Análisis comparativo de los programas de formación sanitaria especializada de Medicina Familiar y Comunitaria, Medicina Interna, Medicina Intensiva, Anestesiología y Reanimación y Medicina de Urgencias y Emergencias. *Emergencias, 34*, 55-63.

15. 7 Diferencias de la Residencia en España Latinoamérica- YouTube. Recuperado en 06 de febrero de 2026, de: https://www.youtube.com/watch?v=-36YAupFVuDs

16. Orellana-Centenom, José Eduardo; Nava-Zarate, Nadya;Onofre-Quilantan, María Guadalupe; Orellana-Centeno, Mauricio. Comparación de los sistemas de salud de México y de España. Salud en Tabasco, vol 19, num. 1, enero-abril, 2013, pp 28-36. Secretaria de Salud del Estado de Tabasco.

17. Organización Panamericana de la Salud (OPS). *OPS presenta sus informes de país 2024*. Recuperado el 6 de febrero de 2026, de https://www.paho.org/es/noticias/6-8-2025-ops-presenta-sus-informes-pais-2024-destaca-resultados-concretos-sus-cooperaciones

18. Savedoff, William D.; Bernal, Pedro; Distrutti,Marcela; Goyenche, Laura,Bernal, Carolina. Más allá de la normalidad: Los desafios del sector salud en América Latina y el Caribe que expuso el COVID-19. Publications.iadb.org. Nota técnica del BID:2471.

19. La gran oportunidad de la salud digital. Recuperado en 06 febrero de 2026, de: https://publications.iadb.org/es/publications/spanish/viewer/

La-gran-oportunidad-de-lalsalud-digital-en-America-Latina-y-el-Caribe.pdf

20. Estudio sobre TIC y salud pública en America Latina-ITU. Recuperado en 06 febrero de 2026, de: https://www.itu.int/pub/D-STR-E_HEALTH-13/es

21. Catálogo de Guías de Práctica Clínica en el Sistema GuiaSalud. Recuperado en 06 de febrero de 2026, de: https://portal.guíasalud.es/gpc

22. Ministerio de Salud de Argentina. (s. f.). *Guías de práctica clínica y documentos de apoyo*. Recuperado el 6 de febrero de 2026, de http://www.argentina.gob.ar/salud/habitos-saludables/guias-de-practica-clinica-y-documentos-de-apoyo

23. Ministerio de Salud de la Ciudad de Buenos Aires. (2026). *Bibliografía Residencia Básica 2026. Recuperado el 6 de febrero de 2026,* de https://buenosaires.gob.ar/salud/calidadatencionmedica/guias-practicaclinicadeMedicina

24. Reto para los sistemas sanitarios de Latinoamérica: ¿Qué puede aprenderse de la experiencia europea? Recuperado en 06 febrero de 2026, de: http://scielo.iscii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-9112002000100003

25. Lanzamiento Informe Especial CEPAL-OPS 2024: La urgencia de invertir en los sistemas de salud en América Latina y el Caribe para reducir la desigualdad y alcanzar los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Recuperado en 06 de febrero de 2026, de: http://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/9c6231af-c95e-42e0-84fc

26. Organización Panamericana de la Salud (OPS). (s. f.). *Alianza por la Atención Primaria de Salud de las Américas*. Recuperado el 6 de febrero de 2026, de https://www.paho.org/es/alianza-por-atencion-primaria-salud-americas

27. Medicina Familiar.cl Cursos SOCHIMEF 2025 – Sociedad Chilena de Medicina Familiar. Recuperado en 06 febrero de 2026, de: https://www.medicinafamiliar.cl/mf/wordpress/curso-modelo-de-atencion-en-salud-familiar-mais-segunda-version/

Capítulo 02
Comunicación en Salud: del Modelo Relacional a la Indagación Apreciativa

AUTORA: PRISCILLA BULOS ESPINOZA
PROFESIÓN: TRABAJADORA SOCIAL
DOCENTE ASIGNATURA PROFUNDIZACIÓN EN EDUCACIÓN EN SALUD DEL PROGRAMA DE FORMACIÓN DE ESPECIALISTAS EN MEDICINA FAMILIAR

«Las personas se hieren y sanan en las relaciones. El encuentro humano, cuando es genuino, se convierte en una forma de cuidado»

Jean Vanier, La comunidad, lugar de perdón y de fiesta (1998)

Introducción

La comunicación constituye el corazón de la práctica sanitaria y social. No se trata solo de transmitir información, sino de «tejer vínculos de confianza y sentido», permitiendo la construcción de relaciones humanas basadas en la empatía y la comprensión. En la Atención Primaria de Salud (APS), donde el contacto humano es cotidiano, la comunicación se transforma en un instrumento terapéutico que facilita el acompañamiento integral y la comprensión del sufrimiento en su contexto biopsicosocial.

Los paradigmas asistenciales han evolucionado desde modelos centrados en la enfermedad hacia enfoques relacionales, apreciativos y centrados en la persona, en coherencia con el Modelo de Atención Integral en Salud Familiar y Comunitaria —*MAIS*— *(Ministerio de Salud de Chile, 2020).*

En este marco, el Modelo Relacional (MR) y la Indagación Apreciativa (IA) ofrecen caminos complementarios para renovar la práctica profesional y fortalecer la dimensión humana del cuidado. Ambos enfoques promueven la colaboración, el reconocimiento mutuo y la construcción conjunta de sentido, transformando la comunicación en un proceso terapéutico y participativo orientado al bienestar individual y colectivo (*Navarro Pedreño, 2020; Cooperrider & Srivastva, 1987; Whitney & Trosten-Bloom, 2010*).

El Modelo Relacional: sanar desde el vínculo

El Modelo Relacional (MR), inspirado en el Trabajo Social Clínico y la Psicología Relacional, parte de la convicción de que el sufrimiento humano se origina y se repara en las relaciones (Navarro Pedreño, 2020). Este enfoque entiende que la sanación no ocurre únicamente por la aplicación de técnicas, sino a través de nuevas experiencias relacionales basadas en la seguridad, la empatía y la dignidad (Ferguson, 2018).

Desde esta mirada, la intervención relacional reconoce que la reparación emocional y social depende tanto de los recursos individuales como de los vínculos significativos que las personas mantienen con su entorno. Así, el profesional de la salud actúa como facilitador de procesos humanos de cambio, más que como ejecutor de procedimientos técnicos, promoviendo espacios de reconocimiento mutuo, confianza y acompañamiento ético (Navarro Pedreño, 2020).

Principios de intervención relacional

Trabajar desde una perspectiva relacional implica:

- Priorizar la calidad del vínculo profesional por encima de los resultados técnicos.
- Fomentar la vulnerabilidad compartida como fuente de autenticidad y empatía (Gilligan, 1982).
- Sustituir la imposición de normas por la co-construcción de significados y acuerdos terapéuticos.
- Reconocer que la eficacia profesional se expresa en la dignidad restaurada y la esperanza reactivada de las personas (Navarro Pedreño, 2020).

El Modelo Relacional (MR) en salud se centra en fortalecer las relaciones interpersonales entre profesionales y pacientes, promoviendo la empatía, el respeto mutuo y la comunicación efectiva. Este enfoque reconoce que las relaciones humanas son esenciales para mejorar la atención, reducir desigualdades y fomentar un ambiente de confianza y colaboración dentro de los sistemas de salud. Además, busca crear conexiones genuinas que faciliten decisiones compartidas y una atención más humana, integral y centrada en las necesidades emocionales y sociales de las personas (Navarro Pedreño, 2020; Ferguson, 2018; Frankel, 2017).

Este modelo redefine el rol del profesional sanitario: deja de ser un experto que corrige, para transformarse en un facilitador de procesos de cambio y reparación vincular. De este modo, el bienestar no se concibe solo como ausencia de enfermedad, sino como capacidad de relación, pertenencia y esperanza compartida, lo que refuerza la dimensión ética y humanizadora del cuidado (Ferguson, 2018; Frankel, 2017; Navarro Pedreño, 2020).

La Indagación Apreciativa: Descubrir lo que da vida

La Indagación Apreciativa (IA), desarrollada por Cooperrider y Srivastva (1987), propone un cambio de paradigma: buscar lo que funciona en lugar de centrarse en los problemas. Este enfoque se basa en principios como la construcción social de la realidad, la anticipación positiva del futuro y la participación colectiva en el cambio.

En el ámbito de la salud, la IA permite orientar la comunicación hacia la identificación de recursos, logros y aprendizajes. Las preguntas apreciativas, como «¿Cuándo se ha sentido más capaz de cuidar su salud?», abren un espacio para descubrir fortalezas, resignificar

experiencias y promover una mirada salutogénica del proceso de atención (Antonovsky, 1996).

La IA se presenta como un enfoque transformador en el ámbito de la comunicación en salud, destacándose por su capacidad de promover cambios positivos, fortalecer la colaboración en los equipos de trabajo y mejorar la experiencia del paciente. Este modelo, centrado en la identificación y potenciación de fortalezas en lugar de enfocarse únicamente en los problemas, se ha consolidado como una metodología innovadora para el desarrollo de prácticas de atención centradas en la persona *(Cooperrider & Srivastva, 1987; Whitney & Trosten-Bloom, 2010)*.

Integrar la IA en la consulta médica o social implica reemplazar el interrogatorio tradicional por un diálogo exploratorio y apreciativo, donde se exploran narrativas de resiliencia y afrontamiento, se facilita la co-construcción de metas terapéuticas significativas y se promueve el sentido de autoeficacia mediante la validación de logros previos (Epstein & Street, 2011).

El profesional se convierte así en un facilitador de descubrimientos, guiando el proceso desde la esperanza, la colaboración y la confianza mutua.

La integración de la IA con el Modelo Relacional (MR) ofrece un marco conceptual robusto que responde a las necesidades contemporáneas del sector sanitario, caracterizado por el envejecimiento poblacional, la alta demanda de servicios y la escasez global de personal sanitario *(Organización Mundial de la Salud (OMS) 2023; Navarro Pedreño, 2020)*.

En el corazón de la IA se encuentra el principio de dirigir la atención hacia lo que funciona bien dentro de las organizaciones, en lugar de centrarse exclusivamente en los problemas o deficiencias. Este enfoque contrasta con los modelos tradicionales de resolución de problemas, que tienden a enfocarse en las carencias y los riesgos. En el contexto de la salud, la IA impulsa un cambio de mentalidad, donde se valora lo positivo y se busca amplificar las experiencias exitosas para generar transformaciones significativas.

Como lo ilustra el informe *The Power of the Appreciative Story in Healthcare*, al compartir historias apreciativas, los equipos de salud pueden identificar patrones de éxito y replicarlos en diferentes contextos, fomentando un entorno de aprendizaje continuo y colaborativo (Hammond, 2013).

Una de las premisas fundamentales de la IA es que las preguntas que formulamos influyen en nuestra percepción de la realidad y, en consecuencia, en las acciones que tomamos. En el ámbito sanitario, esto se traduce en un cambio en la manera en que los profesionales interactúan entre sí y con los pacientes.

Por ejemplo, al priorizar preguntas que resalten las fortalezas del personal médico y las experiencias positivas de los pacientes, se fomenta un ambiente de optimismo y confianza mutua. Este tipo de comunicación no solo mejora la moral del equipo, sino que también tiene el potencial de impactar positivamente en los resultados clínicos y en la satisfacción de los pacientes *(Whitney & Trosten- Bloom, 2010; Hammond, 2013)*.

El impacto de la IA en la mejora de la satisfacción del paciente se refleja en los datos disponibles. Según un análisis de aplicaciones de la IA en el ámbito sanitario, el cambio positivo en las prácticas de atención médica representa el 45 % de los beneficios asociados con esta metodología, lo que la posiciona como la categoría más significativa. Por otro lado, el aumento directo en la satisfacción del paciente, aunque representa un 20 %, continúa siendo un indicador relevante de los efectos positivos de esta aproximación (Whitney & Trosten-Bloom, 2010).

Estos hallazgos sugieren que la IA no solo transforma las dinámicas internas de los equipos de salud, sino que también repercute directamente en la percepción y experiencia del paciente en su interacción con el sistema de salud.

Integración: comunicación apreciativa y modelo relacional en la práctica

Ambos enfoques convergen en una misma idea: el cambio ocurre en la relación. La comunicación apreciativa aporta un lenguaje esperanzador que activa los recursos internos, mientras que el Modelo Relacional (MR) proporciona el marco ético y vincular que sostiene la transformación.

El profesional, al escuchar con presencia y preguntar desde la apreciación, crea condiciones para la confianza, la seguridad y la reparación. Se trata de una práctica que humaniza tanto la experiencia del paciente como la del propio cuidador, promoviendo vínculos terapéuticos más genuinos y colaborativos (Ferguson, 2018; Navarro Pedreño, 2020).

La convergencia entre el MR y la Indagación Apreciativa (IA) consiste en que ambos enfoques, aunque con fundamentos distintos, se complementan para potenciar la comunicación, la colaboración y la innovación en los sistemas de salud. Mientras el MR ofrece una estructura basada en relaciones interpersonales sólidas, la IA promueve una actitud positiva centrada en las fortalezas y en la construcción de soluciones mediante el diálogo y el reconocimiento de los aspectos que funcionan bien *(Cooperrider & Srivastva, 1987; Whitney & Trosten-Bloom, 2010)*.

Juntos, estos enfoques generan entornos más humanos, confiables y efectivos, que fa-

vorecen mejoras sostenidas en la atención, el trabajo en equipo y los resultados en salud *(Cooperrider & Srivastva, 1987; Navarro Pedreño, 2020; Whitney & Trosten-Bloom, 2010; Ferguson, 2018)*.

Por otra parte, la integración de la IA con el MR refuerza la importancia de las relaciones humanas en el ámbito sanitario. Este modelo enfatiza la conexión empática entre profesionales y pacientes, reconociendo que una comunicación efectiva es esencial para lograr resultados óptimos.

La incorporación de principios apreciativos amplifica su impacto, al centrarse en construir relaciones basadas en la confianza, el respeto mutuo y el reconocimiento de las fortalezas individuales. En este sentido, la comunicación en salud trasciende su función informativa para convertirse en un catalizador de cambio positivo, tanto a nivel individual como organizacional *(Cooperrider & Srivastva, 1987; Navarro Pedreño, 2020; Whitney & Trosten-Bloom, 2010)*.

Ejemplos de aplicación: Modelos integrados en distintos contextos de salud

Contexto	Ejemplo de caso	Aplicación del modelo relacional e indagación apreciativa
Atención Primaria en Salud Familiar (APS)	Niño, 7 años, diagnóstico TEA, madre con sobrecarga emocional.	Se aplica el Mapa de Influencias Relacionales para identificar apoyos y tensiones (Navarro Pedreño, 2020). Se valida su experiencia y se utilizan preguntas apreciativas sobre logros y rutinas exitosas, fortaleciendo la autoeficacia (Cooperrider & Srivastva, 1987; Antonovsky, 1996).
Salud Mental Comunitaria	Hombre, 40 años, con depresión y aislamiento social tras separación.	Se construye un espacio de confianza que reconoce la vulnerabilidad y promueve la expresión emocional (Gilligan, 1982). A través de la IA se rescatan momentos de bienestar, reforzando los recursos personales y relacionales (Epstein & Street, 2011).
Violencia de género	Mujer, 29 años, consulta tras episodios de violencia.	El MR centra la intervención en los sistemas relacionales que sostienen el maltrato (Ferguson, 2018). Se construye un vínculo terapéutico basado en la autenticidad y el reconocimiento. La IA ayuda a reconstruir relatos de resiliencia (“¿Qué momentos le hicieron sentirse segura o valiente?”) (Epstein & Street, 2011).
Persona en situación de migración	Mujer, 36 años, migrante venezolana, madre de dos hijos, sin red de apoyo familiar y con dificultades de acceso al sistema de salud.	El MR invita a comprender el sufrimiento migrante desde los vínculos rotos y las redes ausentes. Se prioriza la creación de un espacio seguro donde pueda narrar su historia y reconstituir vínculos significativos. Desde la IA se exploran fortalezas (“¿Qué aprendizajes o apoyos le han ayudado a adaptarse en este país?”), promoviendo el reconocimiento de su resiliencia y capacidades comunitarias (Cooperrider & Srivastva, 1987; Ferguson, 2018).

Equipos de salud familiar	CESFAM, equipo interdisciplinario con desgaste laboral.	Se implementa una reflexión apreciativa grupal (Cooperrider & Srivastva, 1987) para identificar logros y fortalezas del equipo. El enfoque relacional fortalece la empatía y el sentido de propósito colectivo, reduciendo el burnout (Frankel, 2017).

Desafíos para Medicina Familiar y los equipos directivos en APS

El desafío principal para la medicina familiar radica en integrar el modelo relacional en entornos de alta demanda, donde el tiempo y los recursos son limitados. Aplicar una comunicación apreciativa requiere aprender a escuchar más allá del síntoma, reconociendo la historia, la subjetividad y las fortalezas del paciente.

Asimismo, los equipos directivos enfrentan la tarea de crear condiciones institucionales que promuevan una cultura del reconocimiento, donde la comunicación sea concebida como un eje transversal de la gestión clínica y humana. Esto implica generar espacios de autocuidado profesional, reflexión colaborativa y supervisión apreciativa, que fortalezcan la cohesión y el bienestar de los equipos.

El enfoque relacional, en este sentido, no solo transforma la atención individual, sino que redefine las dinámicas organizacionales, haciendo de la empatía, la seguridad psicológica y el diálogo constructivo pilares de la gestión sanitaria (Navarro Pedreño, 2020; Ferguson, 2018).

Los principales desafíos en la implementación del MR y la IA incluyen las limitaciones de recursos y tiempo en contextos de alta demanda, las dificultades para mantener una comunicación efectiva y la necesidad de cambio cultural y formación específica entre los profesionales.

La insuficiencia de materiales, personal y financiamiento afecta la calidad y continuidad de los servicios, generando sobrecarga en los equipos y obstaculizando la humanización del cuidado *(Ferguson, 2018; Navarro Pedreño, 2020; Frankel, 2017)*.

Conclusiones

El Modelo Relacional (MR) y la Indagación Apreciativa (IA) no son solo técnicas comunicativas, sino formas de estar en relación. Ambos enfoques promueven una atención más humana, colaborativa y coherente con los principios del Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS), en la que el profesional de la salud se convierte en facilitador de procesos de cambio, aprendizaje y co- construcción de sentido.

Adoptar estas perspectivas representa una verdadera revolución silenciosa en la manera de cuidar y de comprender la salud, orientando las prácticas hacia la dignidad, la esperanza y el reconocimiento de las capacidades humanas (Navarro Pedreño, 2020; Whitney & Trosten-Bloom, 2010).

A pesar de los obstáculos asociados a la falta de recursos, el exceso de demanda o la resistencia al cambio, la integración del MR y la IA ofrece oportunidades concretas para transformar la atención sanitaria. Ambos enfoques promueven entornos más colaborativos, confiables y centrados en las fortalezas de las personas y de los equipos.

La adopción de estrategias innovadoras, el uso de tecnologías apropiadas y un liderazgo relacional y apreciativo pueden convertir los desafíos actuales en catalizadores de transformación hacia un sistema de salud más humano, eficiente y resiliente *(Cooperrider & Srivastva, 1987; Whitney & Trosten-Bloom, 2010; Navarro Pedreño, 2020; Organización mundial de la salud, 2023).*

Referencias

1. Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. Health Promotion International, 11(1), 11–18.
2. Cooperrider, D. L., & Srivastva, S. (1987). Appreciative Inquiry in Organizational Life. Research in Organizational Change and Development, 1, 129–169.
3. Epstein, R. M., & Street, R. L. (2011). The values and value of patient-centered care. Annals of Family Medicine, 9(2), 100–103.
4. Ferguson, H. (2018). Relationship-Based Social Work: Getting to the Heart of Practice. Policy Press.
5. Frankel, R. M. (2017). Empathy and communication in medical encounters: Rediscovering the human side. Journal of General Internal Medicine, 32(9), 1031–1034.
6. Gilligan, C. (1982). In a Different Voice: Psychological Theory and Women's Development. Harvard University Press.
7. Hammond, S. A. (2013). The power of the appreciative story in healthcare: A practical guide to positive change. Thin Book Publishing.
8. Navarro Pedreño, S. (2020). Perspectiva relacional de intervención social. Editorial Síntesis.
9. Whitney, D., & Trosten-Bloom, A. (2010). The power of appreciative inquiry: A practical guide to positive change. Berrett-Koehler Publishers.
10. World Health Organization. (2023). Global strategy on human resources for health: Workforce 2030. WHO Press.
11. Ministerio de Salud de Chile. (2020). Modelo de Atención Integral en Salud Familiar y Comunitaria (MAIS). MINSAL.

Capítulo 03
Consejería Individual *(Counseling)* en salud: Una herramienta esencial para la Medicina Familiar

AUTOR: ALEJANDRO GÓMEZ GARCÍA
PROFESIÓN: MÉDICO DE FAMILIA

Introducción: El Cambio de Paradigma en la Relación Médico-Paciente

La sociedad moderna se enfrenta al desafío monumental de las enfermedades crónicas, una realidad que exige a los profesionales de la salud trascender los límites del modelo biomédico tradicional. La gestión de estas condiciones no se resuelve únicamente con prescripciones, sino que requiere un compromiso activo y sostenido de la persona con su propio cuidado. Este escenario ha impulsado un cambio de paradigma en la relación médico-paciente, desde modelos históricos hacia un enfoque genuinamente colaborativo. Tradicionalmente, la práctica clínica ha oscilado entre el Modelo Paternalista, donde el profesional decide unilateralmente por el "bien" del paciente, y el Modelo Informado, donde se entrega un cúmulo de información técnica y se deja la responsabilidad de la decisión enteramente en manos de la persona. Sin embargo, el objetivo actual es consolidar el Modelo Compartido, un enfoque donde profesionales y pacientes colaboran, compartiendo la mejor evidencia disponible y explorando los valores y preferencias del individuo para tomar decisiones conjuntas. En este contexto, la consejería en salud emerge como la herramienta central para implementar el modelo compartido, en plena coherencia con los principios de la Medicina Familiar. Para el médico de familia y el residente, dominarla no es solo adquirir una técnica más, sino incorporar una competencia que hace posible la toma de decisiones compartida, potencia la autonomía del paciente y, en última instancia, mejora los resultados en salud.

El propósito de este capítulo es desglosar la consejería en salud como una intervención estructurada y basada en evidencia. Para ello, se definirá con precisión su concepto, se analizarán los fundamentos teóricos que la sustentan, se detallará su aplicación práctica paso a paso, y se reflexionará sobre los desafíos y oportunidades para su integración efectiva en la formación y práctica clínica del médico familiar. Le invitamos a explorar esta competencia clave que transforma la consulta en un verdadero espacio de colaboración y empoderamiento para el cambio.

Fundamentos y aplicación práctica de la consejería

Para aplicar la consejería de manera efectiva, es necesario comprender no solo sus técnicas, sino también el marco conceptual y los modelos teóricos que la sustentan. No se trata de una conversación intuitiva, sino de un proceso deliberado que requiere una base sólida de conocimientos. Esta sección desarrolla la consejería desde sus fundamentos teóricos hasta los pasos concretos para su implementación clínica, con el fin de proporcionar al médico de familia y al residente un marco claro para guiar a las personas en su proceso de toma de decisiones en salud.

¿Qué es la consejería y en qué se fundamenta?

La consejería en salud es un proceso interactivo que, a través del diálogo reflexivo, busca fortalecer la autonomía de la persona para que pueda tomar decisiones voluntarias e informadas sobre su salud. Lejos de ser un simple consejo, es una relación de ayuda en la que el profesional actúa como facilitador, acompañando a la persona en la clarificación de sus valores, intereses y conductas. El objetivo no es prescribir una solución, sino fortalecer la capacidad del individuo para reflexionar y elegir el camino que considere más adecuado para sí mismo y su familia.

Es importante distinguir la consejería de otras intervenciones comunicacionales en salud. A diferencia del consejo breve —una recomendación oportuna y puntual de entre 3 y 5 minutos—, la consejería es un proceso programado y de mayor profundidad. Tampoco debe confundirse con la educación para la salud, cuyo objetivo principal es la transmisión de información y conocimientos. La consejería, si bien puede incluir elementos educativos, se centra en el diálogo, la reflexión y el fortalecimiento de la capacidad de decisión del individuo, con mayor grado de interacción y negociación sobre los objetivos a alcanzar.

Este enfoque se sustenta en un marco conceptual que integra diversas disciplinas y principios éticos:

- Corrientes de pensamientos contemporáneos: La consejería se nutre del cambio de visión que concibe al ser humano como un ser autónomo, global y subjetivo, capaz de tomar sus propias decisiones. En este modelo, el profesional abandona un rol jerárquico para convertirse en un facilitador horizontal que acompaña el proceso de descubrimiento del paciente.
- Derechos Humanos: La práctica de la consejería está directamente alineada con la Ley de Derechos y Deberes de los Pacientes. Respeta y promueve el derecho fundamental

de toda persona a recibir información oportuna y comprensible sobre su estado de salud, y a aceptar o rechazar libremente cualquier tratamiento.

- Bioética: La intervención se enmarca en los principios bioéticos fundamentales: no maleficencia (no dañar), justicia (equidad en la atención), autonomía (respetar las decisiones del paciente) y beneficencia (actuar en el mejor interés del paciente).

- Otros Enfoques Fundamentales: La consejería se integra coherentemente con los pilares de la Atención Primaria y la Medicina Familiar, como la Teoría de Sistemas, que sustenta el modelo biopsicosocial, y el Enfoque salutogénico, que se centra en los factores que generan y mantienen la salud.

Estos pilares no actúan de forma aislada: las corrientes filosóficas gestaron la visión del paciente autónomo; los derechos humanos le otorgaron un marco legal; la bioética le proveyó un sustento ético, y los enfoques de la Medicina Familiar lo integran en un modelo de atención biopsicosocial y salutogénico.

Modelos teóricos clave para el cambio de conducta

Para guiar la intervención de manera efectiva, el profesional necesita modelos teóricos que funcionen como mapa del proceso de cambio. Estos modelos permiten comprender en qué etapa se encuentra la persona, qué tipo de apoyo requiere en cada momento y cómo ajustar las estrategias de intervención. Constituyen herramientas fundamentales cuyo uso adecuado —saber cuándo y cómo aplicarlas— es parte esencial de la competencia en consejería.

El modelo transteórico del cambio

Desarrollado por Prochaska y DiClemente, este modelo describe el cambio de conducta no como un evento único, sino como un proceso dinámico y no lineal que ocurre a través de diferentes etapas: precontemplación, contemplación, preparación, acción, mantenimiento y recaída. Comprender en qué etapa se encuentra una persona es determinante para ofrecer la intervención adecuada. Por su importancia, este modelo se desarrolla con mayor profundidad en otro capítulo del libro.

La Teoría de la Autoeficacia

La autoeficacia se define como «las creencias en la propia capacidad para organizar y ejecutar las acciones requeridas para manejar las situaciones futuras» (Bandura, 1997). En términos prácticos, es la confianza que una persona tiene en su capacidad para lograr un cambio. Su relevancia es central para la consejería: a mayor autoeficacia, mayor es la probabilidad de que una persona inicie y mantenga una conducta nueva. La autoeficacia es específica para cada tarea y está determinada por cuatro fuentes principales:

- Experiencias anteriores: el recuerdo de experiencias de éxito o fracaso pasadas, especialmente los éxitos logrados con esfuerzo son la fuente más potente de autoeficacia.
- Experiencia vicaria: observar que otras personas en situaciones similares logran cambiar su conducta puede fortalecer la creencia de que el cambio es posible.
- Persuasión verbal: recibir retroalimentación positiva por parte de personas cercanas —familiares, amigos, profesionales de la salud— puede fortalecer la confianza en las propias capacidades.

Estados fisiológicos y emocionales: las sensaciones físicas y emocionales que una persona experimenta al realizar una tarea —como subir una escalera sin fatiga— influyen en su percepción de propia competencia.

La estructura del proceso de consejería: un enfoque práctico

La consejería es un proceso estructurado que se despliega en etapas bien definidas, asegurando un abordaje sistemático y centrado en la persona.

Etapa I: Pre-Consejería. Esta fase ocurre durante una atención clínica previa. Aquí, el profesional evalúa la etapa de cambio en la que se encuentra la persona y, si es pertinente, le ofrece un espacio específico y programado para una sesión de consejería. En este primer contacto se establecen los lineamientos iniciales del trabajo y se puede consensuar la invitación a familiares si su participación es relevante.

Etapa II: El Proceso de consejería. Esta es la sesión de consejería propiamente tal, la cual se divide en fases internas:

Fase I: Creación del Vínculo y Exploración: El objetivo de esta fase es doble: primero, establecer un vínculo de confianza (fase social) y, segundo, explorar en profundidad la situación del paciente (fase exploratoria) utilizando un marco de análisis estructurado.

Se analizan tres tipos de factores que influyen en la conducta y que debemos explorar:

- Factores predisponentes: son los que existen antes de la conducta, como conocimientos, creencias, valores y actitudes. Por ejemplo, la creencia de que «si uso insulina, me van a amputar» es un factor predisponente que dificulta la aceptación del tratamiento.

- Factores Facilitadores: Son los recursos y habilidades disponibles que ayudan a adoptar la conducta deseada, como el acceso a capacitación, el apoyo de un enfermero o la disponibilidad de dispositivos sencillos.

- Factores Reforzadores: Son las recompensas o apoyos que ocurren después de la conducta y que aumentan la probabilidad de mantenerla, como el reconocimiento de la familia o la mejora del bienestar personal al seguir el tratamiento.

Fase II: Fase resolutiva y cierre. El profesional realiza un resumen de lo conversado para verificar la comprensión mutua. A continuación, se facilita la toma de decisiones y se establecen acuerdos claros y realistas. Finalmente, se planifica el seguimiento, definiendo los próximos pasos y las sesiones futuras.

Etapa III: Posconsejería. Una vez finalizada la sesión, el profesional registra en la ficha clínica los puntos clave, los acuerdos alcanzados y los objetivos de seguimiento. Esta etapa incluye además un momento de autoevaluación por parte del profesional, orientado a identificar desafíos y áreas de mejora.

La consejería en el contexto de la práctica clínica y la Medicina Familiar

Tras desarrollar los fundamentos teóricos y técnicos de la consejería, resulta necesario analizar críticamente su implementación en la realidad de la atención primaria en Chile. La brecha entre el modelo ideal y la práctica cotidiana es un desafío que todo médico de familia o residente debe aprender a gestionar.

Como señalan Paravic-Klijn y Salazar, en la práctica clínica la consejería a menudo se conduce de manera intuitiva, confundiéndose con la educación en salud y careciendo de la estructura y profundidad teórica que la definen. Esta superficialidad se ve agravada por desafíos sistémicos: la tendencia de los programas de salud a priorizar la cantidad de intervenciones sobre su calidad, y la crónica escasez de espacios en agenda que permitan el tiempo necesario para un diálogo reflexivo.

A pesar de estas barreras, la consejería es coherente con los principios fundamentales de la Medicina Familiar, de los cuales encarna varios de manera directa:

- Promueve la integralidad, al facilitar un abordaje biopsicosocial que va más allá del síntoma.
- Refuerza el enfoque centrado en personas y familias, reconociéndolas como expertas en sus propias vidas.
- Materializa el respeto por su autonomía, transformando al paciente de un receptor pasivo a un agente activo en la toma de decisiones.

Para el médico de familia y el residente, el desafío consiste en encontrar caminos posibles: ¿conviene luchar por adaptar el sistema para realizar consejerías con la estructura que requieren, promoviendo la formación, la programación adecuada y un cambio cultural en los equipos? ¿O es más realista integrar los principios y técnicas de la consejería en las consultas existentes, aunque sean más breves? Probablemente la respuesta se encuentre en una combinación de ambas estrategias: un camino de pragmatismo y compromiso profesional que busca honrar el espíritu de la consejería en la práctica cotidiana.

Proyectando el rol de la consejería en el futuro profesional

En síntesis, la consejería en salud no es una conversación amable; es una intervención compleja, estructurada y basada en evidencia, que exige el dominio de habilidades comunicacionales específicas. Representa un cambio de mentalidad profundo para el profesional, que transita de un rol prescriptivo a uno de asesor, colaborador y facilitador del cambio, en pleno respeto por la autonomía y los recursos internos de cada persona.

La maestría en esta competencia no se alcanza solo con la lectura. Exige un compromiso con la formación continua, la práctica deliberada —idealmente en entornos seguros como talleres con pacientes simulados— y una defensa activa de las condiciones laborales que permitan una atención centrada en la persona.

Como médicos o futuros médicos familiares, la reflexión final nos interpela directamente: ¿Cómo podemos integrar estos principios en consultas de tiempo limitado? ¿Qué rol podemos jugar en promover un cambio cultural en nuestros equipos para valorar y realizar verdaderas consejerías? Las respuestas a estas preguntas definirán no solo nuestra eficacia clínica, sino también nuestra capacidad para construir una atención primaria más humana, colaborativa y empoderadora.

Bibliografía

1. Paravic-Klijn, T., & Salazar, A. (2021). Consejería personalizada en salud en personas con enfermedades crónicas. Index de Enfermería, 30(4), 333–337. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962021000300012&lng=es&tlng=es

2. Ministerio de Salud de Chile. Subsecretaría de Redes Asistenciales, División de Atención Primaria. (2024). Herramientas para el apoyo en la toma de decisiones en salud de las personas. Departamento de Gestión de los Cuidados.

3. Martí-Gil, C., Barreda-Hernández, D., Marcos-Pérez, G., & Barreira-Hernández, D. (2013). Counseling: una herramienta para la mejora de la comunicación con el paciente. Farmacia Hospitalaria, 37(3), 236–239. https://doi.org/10.7399/FH.2013.37.3.559

Capítulo 04
La visita domiciliaria integral (VDI) como herramienta para la intervención familiar

AUTORA: PILAR MONSALVE CASTILLO
MÉDICA DE FAMILIA
DOCENTE DE LA ASIGNATURA COMUNICACIÓN Y TRABAJO EN EQUIPO, PROGRAMA DE FORMACIÓN DE ESPECIALISTAS EN MEDICINA FAMILIAR

Introducción

La Visita Domiciliaria (VD) es una estrategia que se realiza desde los inicios de la medicina, en donde el cuidado de los enfermos se realizaba en el Domicilio. En Chile, esta estrategia fue incorporada en distintos programas y en el quehacer de los profesionales desde el inicio del siglo XX. Sin embargo, es después de la reforma de salud, cuando la Visita Domiciliaria llamada «Integral» (VDI), se ve fortalecida al ser incorporada como parte de diversas políticas Públicas del sector.

La evidencia demuestra efectos clínicos relevantes, especialmente en poblaciones con mayor vulnerabilidad y en etapas extremas del curso de vida: las personas mayores frágiles, en quienes la VD muestra reducción de hospitalizaciones y menor admisión a residencias; las personas con enfermedades crónicas confinadas al domicilio *(homebound)*, en quienes se asocia a mayor satisfacción, menor tasa de hospitalización y mayor planificación anticipada de cuidados en comparación con la atención en centros de salud; y la etapa perinatal y primera infancia, en la que los programas de visita domiciliaria muestran beneficios en salud materno-infantil.

Se han descrito también factores que modifican el impacto de la VD: el tipo de población objetivo, ya que hay mayor beneficio en grupos de alto riesgo social o clínico; la intensidad y el componente clínico, pues los programas con evaluación multidimensional —es decir, con intervención clínica y educativa y con continuidad— muestran mejores resultados; y la formación del equipo y su coordinación con los servicios de la red, dado que la integración con el equipo de cabecera y las derivaciones eficientes mejoran la adherencia y los resultados.

En este capítulo se describen los aspectos más relevantes de la Visita Domiciliaria Integral (VDI), concepto acuñado localmente que constituye una estrategia para poner en práctica diversos elementos del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar.

Definición de la VDI

La VDI ha sido definida como: «Una estrategia de entrega de servicios de salud integral con foco promocional y preventivo (prevención primaria, secundaria y terciaria), realizada en el domicilio, dirigida a las personas y sus familias en riesgo biopsicosocial, basada en la construcción de una relación de ayuda entre el equipo de salud interdisciplinario y la familia para favorecer el desarrollo biopsicosocial saludable. Incluye la promoción de mejores condiciones biológicas, ambientales y relacionales, e integra un plan de acción definido por el equipo de salud de cabecera, con objetivos específicos que orientan las acciones correspondientes. Estos objetivos son construidos entre el equipo de salud, la familia y los cuidadores, y ejecutados por profesionales y técnicos con las competencias requeridas» *(OT Visita Domiciliaria Integral, MINSAL, s. f.)*.

Esta definición incorpora conceptos relevantes tales como: que es una estrategia no sólo de intervención de situaciones de daño, si no también promocional y preventiva; considera a toda la familia y todas las situaciones individuales de riesgo que ésta tenga, ; incorpora una mirada integral y ecológica, con un enfoque Biopsicosocial; requiere de planificación y no debe ser improvisada ; debe ser parte de un plan de Intervención o acción que dé cuenta de todas las situaciones de riesgo; que considera aspectos relacionales que permiten una vinculación efectiva que impactará positivamente en los objetivos a lograr; y por último, que requiere de personal con competencias adecuada

Una definición más operativa la establece como: «Actividad que puede ser solicitada por la familia o sugerida por el equipo, con la finalidad de identificar elementos del entorno o de la dinámica familiar, o de realizar intervenciones, todas ellas como parte de un plan de acción, con el fin de mejorar la pertinencia y la efectividad de las acciones en salud. Incluye el hogar y el lugar de residencia; por consiguiente, se considera también el lugar de residencia de personas en situación de institucionalización. No incluye el lugar de trabajo, la escuela ni las organizaciones comunitarias del territorio» *(MINSAL, Manual REM, 2025-2026)*.

Tipos de visita domiciliaria integral

La VDI puede clasificarse de diversas formas según la característica que las diferencie. En relación con el momento en que se realiza, se distinguen dos tipos: la visita de primer contacto y la visita de seguimiento. La visita de primer contacto es la que se realiza por primera vez en el domicilio de la familia, considerando la situación particular de riesgo que la motivó. Surge de un plan de intervención inicial y tiene como propósito establecer el vínculo con la familia, complementar el diagnóstico y planificar las intervenciones siguien-

tes en conjunto con ella. La visita de seguimiento, por su parte, es aquella posterior a la primera que forma parte de un plan de intervención familiar, en el que se considera la VDI como parte de la estrategia de respuesta; en estas visitas se realizan las intervenciones específicas definidas en dicho plan.

Otras formas de clasificar la VDI son: según el factor de riesgo que las motiva y según quién las realiza.

Etapas de la VDI

La Visita Domiciliaria Integral es un proceso que trasciende el momento en que se visita el hogar. Por ello, se distinguen tres etapas clave: la planificación, la ejecución y el monitoreo y evaluación.

1. **Planificación**

   Es la etapa en que deben considerarse todos los aspectos relevantes para la ejecución de la VDI, algunos de los cuales se describen a continuación:

   Programación: debe considerarse dentro del proceso de planificación y programación anual de cada comuna y establecimiento. Al incluirla, es posible determinar las brechas en relación con esta actividad y los recursos destinados a ella. El tiempo de rendimiento estándar es de 1 hora y 45 minutos.

   Objetivos: el objetivo central de la VDI es favorecer el desarrollo biopsicosocial y la salud de los integrantes de la familia. Para ello, es necesario definir objetivos más concretos, que pueden dividirse en diagnósticos —como «conocer el hogar, entorno y situación familiar»— y terapéuticos —como «favorecer la adherencia al tratamiento»—. También pueden clasificarse según el tipo de acciones preventivas contempladas. Cabe recordar que los objetivos de la VDI son fijados por los equipos de salud en conjunto con las familias, y son estos objetivos los que deben ser evaluados al término del proceso.

   Cuándo y a quiénes visitar: dado que la VDI es un recurso transversal pero no universal, se decide visitar a las familias en las que uno o varios integrantes presenten alguna situación de riesgo. Esta necesidad puede surgir tanto del equipo de salud como de la propia familia.

   Quiénes realizarán la visita: se sugiere que la VDI la realicen dos personas del equipo de cabecera, por motivos de seguridad y para complementar roles e información du-

rante la visita. Lo ideal es que uno sea del ámbito biomédico y otro del psicosocial; sin embargo, no es imprescindible, dado que quienes realizan la visita —independientemente de su profesión— deben tener la capacidad de integrar los aspectos a observar y actuar como facilitadores del autocuidado en salud.

Reunión de sector: este espacio es fundamental para definir el plan de intervención y determinar la pertinencia de la VDI. Para ello, es necesario recopilar la información disponible sobre la familia y designar un gestor o gestora de caso responsable de todo el proceso.

Consentimiento informado: es el mecanismo mediante el cual las personas y sus familias ejercen su autonomía al momento de aceptar o rechazar la VDI. Lo esencial no es solo la firma del documento, sino que la familia comprenda cabalmente el proceso de la VDI y manifieste su deseo de participar en ella.

Traslado: los establecimientos deben gestionar adecuadamente los recursos sectoriales para contar con transporte institucional que garantice el traslado seguro del equipo al domicilio.

2. Ejecución

La ejecución de la VDI comienza cuando el equipo se dirige hacia el hogar, momento en el que ya es posible observar las características del sector. Una vez en el domicilio, la visita consta de tres fases: inicial, de desarrollo y de término

Fase Inicial: Esta primera parte de la visita es una fase social, donde se va creando el clima de confianza y el acercamiento necesario para entrar en temas de mayor profundidad. En esta fase se incluye el saludo y la presentación con identificación, se pregunta por la persona con la que se acordó la visita y se Realiza un breve resumen del motivo de ella. En esta fase es Aspectos importante el clima de apertura, respeto, autenticidad e interés hacia la persona.

Fase de desarrollo: en esta etapa se ejecutan los aspectos centrales de la VDI, que comprenden: explicitar los objetivos de la visita; explicitar las expectativas de la familia frente a la visita; definir los problemas actuales y previos; analizar los problemas priorizados en conjunto; identificar los recursos disponibles; elaborar el plan de continuidad de la atención con la familia; y ejecutar las intervenciones acordadas.

Fase de cierre: en esta etapa se evalúa el cumplimiento de las expectativas explicitadas al inicio, se sintetizan los acuerdos y compromisos, y se establece el plan de intervención en conjunto con la familia. Finalmente, el equipo se despide de todos los

integrantes presentes. De regreso en el centro de salud, se registra en la ficha clínica individual y familiar.

3. **Monitoreo y Evaluación**

   Esta etapa es tan relevante como las anteriores, pues permite actualizar el estado de los problemas identificados y verificar el cumplimiento de los objetivos de la intervención. Cabe recordar que no solo debe evaluarse la visita en sí, sino también el plan de acción del que la visita forma parte.

La VDI en el contexto de la Intervención Familiar

La VDI no es una actividad aislada, sino que está inmersa en un conjunto de estrategias que componen el plan de intervención familiar. En este plan se reconocen etapas que resulta importante distinguir:

Priorización (familia objetivo / familia en riesgo): según la OMS, un factor de riesgo es «cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión» (OMS, s. f.). Habitualmente, la aproximación a esta situación parte de un caso índice que permite identificar una situación-problema; sin embargo, es necesario distinguir todas las situaciones de riesgo presentes en la familia.

Etapa de diagnóstico (estudio de familia): obtener información completa sobre la familia es el punto de partida para comprender su proceso de salud-enfermedad. Los aspectos que deben relevarse incluyen: estructura familiar, generaciones, subsistemas, interacciones, triangulaciones, roles, tipología familiar, límites, etapa del ciclo vital, funcionalidad, acceso a redes de apoyo, eventos vitales, creencias y valores, habitabilidad, factores de riesgo, factores protectores y recursos familiares, entre otros.

Identificación de problemas o situaciones a intervenir: se propone el concepto de «problema» en lugar de «diagnóstico», ya que el primero es más amplio. Se define como todo aquello que requiera manejo posterior o que interfiera en la calidad de vida, de acuerdo con la percepción de la persona. Es importante considerar que, del total de problemas identificados, deben priorizarse los más relevantes junto con la familia

Plan de intervención consensuado: el plan de intervención —o plan de acción— es el proceso que permite elaborar y formular los objetivos en orden de prioridad, una vez identificados todos los problemas. Este plan orienta las intervenciones que se realizarán con la familia para alcanzar los objetivos definidos. Para ello, es necesario que se articulen de

manera coherente los objetivos, las acciones, los recursos y las técnicas a aplicar

Monitoreo, reformulación y evaluación: como se señaló anteriormente, es necesario dar continuidad a la intervención familiar planificada, evaluar el grado de cumplimiento de los objetivos y, dentro de este seguimiento, revisar la ejecución de la VDI.

Conclusión

La Visita Domiciliaria Integral (VDI) constituye una estrategia esencial dentro del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria. Como práctica histórica que ha evolucionado para responder a las necesidades biopsicosociales de las personas y sus familias, su impacto es especialmente significativo en grupos en situación de vulnerabilidad y en etapas críticas del curso de vida: la primera infancia, la atención de personas mayores frágiles y la de personas con dependencia severa o confinamiento domiciliario. La VDI permite mejorar los resultados clínicos, favorecer la adherencia, fortalecer el vínculo terapéutico y aumentar la pertinencia de las intervenciones de salud.

Este enfoque requiere una planificación, ejecución y evaluación cuidadosas, así como competencias profesionales específicas y trabajo interdisciplinario sólido. Su efectividad depende también de la correcta identificación de riesgos, de la coordinación con el equipo de cabecera y de la participación activa de la familia en la toma de decisiones. En definitiva, la VDI no es una acción aislada, sino parte de un proceso continuo de intervención familiar orientado a promover el desarrollo saludable, mejorar la calidad de vida y fortalecer la respuesta del sistema de salud en el territorio, convirtiéndose en una herramienta clave para avanzar hacia un modelo de atención centrado en las personas, las familias y la comunidad.

Referencias

1. Federman et al., 2022 — Home-Based Primary Care Federman, A. D., Soones, T., DeCherrie, L. V., Leff, B., & Ornstein, K. (2022). Outcomes of home-based primary care for homebound older adults: A systematic review. Journal of General Internal Medicine, 37(8), 2012–2025.

2. Tay et al., 2021 — Home Visits in Older Adults Tay, Y. L., Lim, W. S., Ang, E., & Chua, S. L. (2021). Effects of home visits on the quality of life among older adults: A systematic review and meta-analysis. Systematic Reviews, 10, 1–16.

3. Eltaybani et al., 2023 — Umbrella Review Home Nursing Eltaybani, S. A., Aoki, T., Kawakami, R., Tamura, Y., & Moriyama, M. (2023). Effectiveness of long-term home visit nursing for community-dwelling older adults: An umbrella review. Geriatric Nursing, 49, 124–134.

4. Conti et al., 2024 — Early Nurse Home Visits (JAMA Network Open) Conti, G., Heckman, J. J., Pinto, R., & Garcia, J. L. (2024). Effects of early home visits by nurses on maternal and child outcomes: A randomized clinical trial. JAMA Network Open, 7(2), e235001.

5. Trivedi, 2022 — Community Packages & Home Visits (Cochrane Summary) Trivedi, D. (2022). Community-based intervention packages, including home visits by community health workers, for reducing perinatal and neonatal mortality: Evidence summary. Cochrane Clinical Answers.

6. Ministerio de Salud (MINSAL). (2025–2026). Manual REM. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. (2025–2026). Manual REM: Registro Estadístico Mensual. Subsecretaría de Salud Pública.

7. Ministerio de Salud (MINSAL). (2018). Visita Domiciliaria Integral – Orientaciones Técnicas. Ministerio de Salud, Gobierno de Chile. (Año). Visita domiciliaria integral: Orientaciones técnicas en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria. Subsecretaría de Salud Pública

Capítulo 05
El microcosmos en la consulta: articulando la Teoría de Sistemas y el enfoque familiar en la práctica clínica

AUTOR: PATRICIA VARGAS.
MÉDICA DE FAMILIA.
ACADÉMICA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DIEGO PORTALES.
DIRECTORA DEL PROGRAMA DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA.

Introducción

La medicina contemporánea ha heredado una visión fragmentaria del ser humano, centrada a menudo en el órgano enfermo o en la alteración metabólica. Sin embargo, para el médico de familia y el equipo de salud en la Atención Primaria de Salud (APS), este enfoque resulta insuficiente. La persona que entra por la puerta no es un individuo aislado, sino el «miembro identificado» de un sistema dinámico: la familia.

La medicina familiar rompe este molde al entender que el ser humano no vive en un vacío, sino que habita en la intersección de múltiples fuerzas que chocan y se entrelazan.

Mirar a través del lente de la complejidad es, en última instancia, un acto de humildad y agudeza clínica. Nos invita a dejar de buscar responsables únicos y empezar a identificar patrones de funcionamiento.

Este capítulo propone un viaje desde la abstracción de la Teoría General de Sistemas (TGS) hacia la realidad tangible de la consulta diaria. Buscamos que el médico generalista y el equipo de salud de la Atención Primaria, comprendan que una crisis de asma en un niño o una descompensación diabética en un adulto no son solo eventos biológicos, sino manifestaciones de un equilibrio —o desequilibrio— sistémico que ocurre en el hogar y en su entorno.

La Teoría general de Sistemas (TGS): más allá del individuo

La TGS, aplicada a la medicina, enseña que un sistema es un conjunto de elementos relacionados entre sí que funciona como un todo, en el que destacan la interacción entre sus partes y la orientación hacia una finalidad común. Si bien cada elemento puede funcionar

de manera independiente, siempre forma parte de una estructura mayor y puede ser componente de otro sistema. En otras palabras: «el todo es más que la suma de las partes».

En este contexto, la familia es un sistema abierto que intercambia materia, energía e información con su medio.

La Teoría General de Sistemas, aplicada a la familia, surge de la necesidad de integrar las diferentes ramas científicas en modelos universales. Esta teoría estudia cada sistema de forma global para establecer las interrelaciones entre sus propios elementos y con los sistemas que lo rodean.

Características de la familia como sistema

La familia, como entidad, tiene las mismas características de un sistema en general.

1. Sus partes se interrelacionan.
2. El estado de cada parte depende del estado de las demás (interdependencia).
3. El sistema es más que la suma de sus partes (emergencia).

La familia puede considerarse como un sistema abierto constituido por miembros ligados entre sí por reglas de comportamiento.

Propiedades de la Familia como sistema Abierto

1. **Tiene organización compleja:** cada parte del sistema se comporta como una unidad diferenciada y, al mismo tiempo, influye sobre las demás partes y es influida por ellas.
2. **Es abierta con el medio.**
3. **Es adaptativa:** la familia es un sistema dinámico sometido a un proceso continuo de establecimiento de reglas y búsqueda de acuerdo entre sus miembros. Cuando se perturba una parte del sistema, se generan fuerzas homeostáticas —que tienden a mantener el equilibrio previo— y morfogenéticas —que dirigen el cambio hacia un nuevo estado de equilibrio—.
4. **Es un sistema de procesamiento constante de información.**

5. **Equifinalidad:** entendida como la propiedad de los sistemas abiertos por la cual el resultado emerge de la naturaleza de la organización, independientemente del punto de partida. Esto significa que resultados idénticos pueden tener orígenes distintos, ya que dependen de las reglas internas del sistema familiar en un momento dado y de su constante dinamismo

6. **Equipotencialidad:** propiedad por la cual pueden obtenerse resultados diferentes partiendo de una misma situación inicial. Por tanto, resulta imposible hacer predicciones deterministas sobre el desarrollo de las familias.

7. **Causalidad circular:** las relaciones de causalidad no son lineales sino circulares, ya que una acción retroalimenta —de forma positiva o negativa— a los demás elementos del sistema, influyendo en los resultados posteriores de esas interacciones. Es lo opuesto a la causalidad lineal, en la que la interacción es unidireccional y rígida.
   Es lo opuesto a la causalidad lineal, donde la interacción unidireccionalidad y rígida.

8. **Entropía y neguentropía:** la entropía es el flujo de energía dentro del sistema familiar que tiende a aumentar el desorden entre sus elementos internos, lo que supone una amenaza a la identidad del sistema. La neguentropía es la tendencia inversa del sistema a utilizar la energía del ambiente para conservar su orden e identidad.

El enfoque familiar: La familia como unidad de cuidado

El enfoque familiar no consiste en «atender a muchos parientes a la vez», sino en considerar las características propias de cada familia y abordarlas como determinantes de la salud. Para estudiar la familia como sistema, es necesario considerar los siguientes aspectos:

- Funciones
- Estructura familiar (composición)
- Dinámica familiar (funcionamiento)

Funciones de la familia

La familia, independientemente de sus características, tiene funciones propias que han perdurado en el tiempo y que se expresan en mayor o menor medida según sus características estructurales y dinámicas.

La familia tiene funciones biológicas y socializadoras, y es la responsable de cuidar y criar a sus integrantes, satisfaciendo las necesidades básicas de protección, compañía, alimentación y cuidado de la salud, además de funciones más complejas.

Formación de la identidad personal: la familia ofrece a sus miembros la experiencia de reconocerse como sujetos de valor en sí mismos.

Para ello, entrega a sus miembros un sentido de especificidad y pertenencia, en un contexto de aceptación y acogida.

La familia debe proporcionar un sentido de identidad en el contexto social en que se desarrolla. Para ello, expresa patrones de normas, comportamientos y formas de expresar sentimientos y opiniones, lo que permite a sus miembros desenvolverse funcionalmente en la sociedad; función que resulta fundamental en los procesos de cambio y mantenimiento de una cultura determinada.

Estructura y dinámica familiar

La estructura hace referencia a las dimensiones estables de la familia. La dinámica, en cambio, alude a su funcionamiento frente a los estresores del entorno.

Dimensiones de la dinámica familiar

- Las normas o reglas
- Los roles
- Los limites o fronteras
- Coaliciones y alianzas
- Poder y autoridad
- Los subsistemas

Dimensiones de estructura familiar

- Cohesión
- Adaptabilidad
- Comunicación
- Mitos

Estructura familiar

Las normas o reglas: determinan cómo la familia se relaciona y regula la conducta de sus miembros, de forma implícita o explícita. Por ejemplo: «En esta casa no se fuma».

Los roles: son las tareas o funciones esperadas de cada miembro de la familia. Se configuran por influencia de la cultura y de los significados familiares. Por ejemplo: «el padre de familia debe cumplir el rol de proveedor» o «los jóvenes de esta casa tienen la responsabilidad de estudiar».

Los límites o fronteras: determinan quiénes y de qué manera participan en una interacción. Esta dimensión es importante para el funcionamiento de los subsistemas familiares y para la adaptación al medio externo. Cuando existen límites rígidos, la organización de la familia estará protegida, pero su capacidad de adaptación será menor.

Cuando el límite opera dentro de un rango funcional, la familia se adapta a las propuestas de cambio sin ceder su identidad ni su autonomía.

Cuando existen límites difusos, la familia cede parte de su identidad —diferenciación— y autonomía, fusionándose con las demandas del medio externo.

Coaliciones y alianzas: ambas son elementos de la estructura familiar que operan mediante distintas alineaciones entre sus miembros para resolver las tareas que el sistema enfrenta. La diferencia entre ambas radica en que las alianzas buscan lograr metas de interés común, mientras que las coaliciones son una unión consciente dirigida contra un tercero.

Cuando existen alianzas dentro de un subsistema, estas pueden ser funcionales; sin embargo, cuando transgreden los límites generacionales se vuelven disfuncionales, porque se rigidizan y pueden perpetuarse a través de las generaciones.

Poder y autoridad: obedece a la organización jerárquica dentro del sistema familiar.

El poder se refiere a la capacidad de un miembro de la familia para dirigir e influir en los resultados de una actividad a través de la imposición de sus ideas. La autoridad, en cambio, es la capacidad de influir en otros para que actúen de determinada manera, mediante el dominio personal que quien la ejerce posee.

Subsistemas familiares

Los subsistemas son parte del sistema familiar, pero poseen también energía propia y capacidad de autoconservación, reconociéndose como parte de un «todo» mayor que ellos. Cada integrante de la familia puede pertenecer a varios subsistemas simultáneamente.

Los subsistemas fundamentales de una familia son el conyugal, el fraterno y el parental o parento-filial. Pueden existir otros subsistemas, dependiendo de la estructura de cada familia; por ejemplo, el subsistema abuela-nietos.

Aplicación práctica: la consulta sistémica

Para aplicar la teoría de sistemas en la práctica clínica, el médico de familia y el equipo de salud utilizan «lentes» o instrumentos que permiten visibilizar lo invisible: las relaciones, las jerarquías y los flujos de energía entre los miembros del sistema familiar.

Entre las herramientas fundamentales para pasar de la teoría a la evaluación sistémica se encuentran:

Genograma: mapa estructural y relacional que permite visualizar patrones transgeneracionales de enfermedad y conflicto, alianzas y coaliciones.

Ecomapa: la familia en su suprasistema. Si el genograma mira hacia adentro, el ecomapa mira hacia afuera: permite evaluar la relación de la familia con su entorno (trabajo, comunidad religiosa, servicios de salud, redes sociales).

APGAR Familiar: herramienta breve para evaluar la percepción de la funcionalidad familiar en cinco dimensiones: adaptabilidad, participación, crecimiento, afecto y resolución.

Círculo familiar: la geometría de las relaciones. Se invita a la persona a dibujar un círculo grande que representa su vida y, dentro de él, círculos más pequeños que repre-

senten a su familia y a las personas significativas.

Ciclo vital familiar: permite comprender en qué etapa se encuentra la familia —crianza inicial, plataforma de despegue o nido vacío—. Cada etapa tiene sus crisis normativas y cada transición constituye un punto de inestabilidad en el que el sistema debe reorganizarse.

Entrevista sistémica: ¿cómo se traduce esto en la consulta en el centro de salud? La clave está en usar preguntas circulares que invitan a los miembros a reflexionar sobre el vínculo.

Pregunta lineal: «¿Desde cuándo tiene este dolor de estómago?» (se enfoca en el síntoma).

Pregunta circular: «¿Quién más en la casa se preocupa cuando a usted le da este dolor? ¿Qué hace su esposo cuando usted se siente así?» (se enfoca en la relación y el sistema).

Ejemplo de caso práctico: «El azúcar que no baja»

Paciente: Don Luis, 62 años, diabetes tipo 2 descompensada (HbA1c: 10,5 %). Contexto habitual: el médico insiste en la dieta y aumenta la dosis de metformina (enfoque biomédico). Enfoque sistémico: al realizar el genograma, el residente descubre que Don Luis vive con su hijo desempleado y con su esposa, quien presenta artrosis severa.

Intervención: el médico identifica que Don Luis deja de comprar su insulina para pagar los medicamentos de su esposa o la alimentación del hijo. El «incumplimiento» no es falta de voluntad, sino un mecanismo de protección sistémica.

Resultado: se deriva a trabajo social y se programa una consejería familiar para redistribuir los roles de cuidado. La glucemia mejora sin modificar los fármacos.

El equipo de salud como suprasistema

El papel del equipo —médico, enfermería, TENS, trabajo social, psicología— es fundamental, porque la complejidad de una familia rara vez puede ser captada por una sola mirada. Como equipo de APS, también somos un sistema.

Las jerarquías, los conflictos y la comunicación del equipo influyen en la persona atendida. Un equipo fragmentado entrega cuidados fragmentados. La articulación entre teoría y práctica exige que el equipo de cabecera comparta una visión sistémica del caso.

Desde la teoría de sistemas, cuando el equipo de salud interviene deja de ser un observador neutral: su sola presencia altera la dinámica familiar.

La herramienta clave para el trabajo con familias es la reunión de equipo —o reunión de sector—, que constituye el espacio donde:

- Se cruzan los datos del genograma, ecomapa y APGAR u otros medios de análisis
- Se construye una hipótesis sistémica única (ej. “Esta familia usa la enfermedad del hijo para evitar el conflicto matrimonial”).
- Se diseña un plan de intervención donde cada miembro del equipo sabe qué «hilo» de la red está moviendo.

Reflexión: la práctica de la medicina y salud familiar como nodo de resiliencia

La aplicación de la Teoría General de Sistemas (TGS) en la medicina familiar no es solo una metodología de trabajo; es un cambio de paradigma que obliga a pasar de la «biología de los órganos» a la «ecología de los vínculos».

Articular la teoría con la práctica requiere que el médico de familia abandone el pedestal de «experto en enfermedades» para convertirse en «facilitador de procesos». Al asumir la lógica sistémica, se acepta que no hay respuestas únicas, pero sí que el sistema familiar posee recursos internos —resiliencia— que el equipo solo debe ayudar a movilizar. El síntoma es, muchas veces, un grito de auxilio del sistema, no solo del cuerpo.

En última instancia, la práctica sistémica enseña que nadie sana solo. La TGS convierte al equipo de salud en científicos de la relación: para que el corazón de Ricardo sane, su «corazón familiar» también necesita encontrar un nuevo ritmo.

La medicina familiar sistémica es, quizás, la forma más humana de ciencia, porque reconoce que las personas son seres tejidos por historias, vínculos y contextos.

Conclusiones

La familia es un sistema caracterizado por la interrelación e interdependencia entre sus miembros y, sobre todo, por una identidad propia, con un sello único e irrepetible.

La familia funciona como un sistema abierto, con principios que la definen y regulan su funcionamiento. La vulneración de varios de estos principios limita el crecimiento del sistema y el desarrollo de sus miembros.

La familia es el contexto primario: ninguna intervención terapéutica es plenamente efectiva si ignora la fuerza de gravedad que ejerce el sistema familiar sobre el individuo.

Herramientas con sentido: el estudio de la familia como sistema implica incorporar las dimensiones de funciones, estructura y dinámica familiar. El genograma o el APGAR no son papelería burocrática; son lentes que permiten ver lo invisible: lealtades, duelos no resueltos y redes de apoyo.

Los mitos familiares deben considerarse como parte del funcionamiento de la familia, aspectos que pueden estar fuertemente determinados por la cultura. En la actualidad, la migración es uno de los factores más relevantes en estas dinámicas.

Eficacia clínica: el enfoque sistémico reduce la polifarmacia y las consultas reiteradas por síntomas somáticos sin causa orgánica clara, y mejora la adherencia al tratamiento.

Hacia una medicina humana: integrar la TGS en la práctica diaria es el acto más radical de humanización que la medicina familiar contemporánea puede ofrecer.

El equipo de cabecera cumple un papel fundamental para el abordaje humanizado, integral y respetuoso de las familias, reconociendo la particularidad de cada una de ellas. Por tanto, debe estar capacitado para ello.

Bibliografía

1. Minuchin, S. (1982). Familias y terapia familiar. Gedisa
2. Bowen, M. B. (1978). Family therapy in clinical practice. Jason Aronson
3. Esteinou, R. (2004). El surgimiento de la familia nuclear en México. Estudios de Historia Novohispana, 31, 99-136.
4. Watzlawick, P., Beavin, J. H., & Jackson, D. D. (1983). Teoría de la comunicación humana. Herder.
5. McGoldrick, M., Gerson, R., & Shellenberger, S. (1999). Genogramas: Evaluación e intervención (2.ª ed.). Norton.
6. Bateson, G. (1976). Pasos hacia una ecología de la mente. Lohe.
7. Dore, MM (2008). Teoría de sistemas familiares. En B. A. Thyer, K. M. Sowers y C. N. Dulmus (Eds.)

Parte 02.

Experiencias locales, colectivas y comunitarias en y para la Medicina Familiar

Desde la investigación a la práctica en el territorio

Capítulo 06
La investigación en Medicina Familiar: metodologías críticas para una práctica constante y transformadora

AUTOR: ALEJANDRO A. GÓMEZ MUÑOZ
DOCENTE PROGRAMA DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA DE LA UNIVERSIDAD DIEGO PORTALES. SANTIAGO-CHILE.
INVESTIGADOR LABORATORIO INTERDISCIPLINARIO DE ESTADÍSTICA SOCIAL. LIES_UC. FACULTAD DE MATEMÁTICAS. PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE.

«Le malade n'est pas seulement un corps porteur de symptômes, mais un être pris dans un réseau de relations familiales, sociales et institutionnelles»

«El enfermo no es solamente un cuerpo portador de síntomas, sino un ser inserto en una red de relaciones familiares, sociales e institucionales»

Foucault, M. (2004). Naissance de la clinique: une archéologie du regard médical (Éd. orig. 1963). Paris: Presses Universitaires de France.

Una breve introducción: cuando investigar es cuidar (y cuidar es un acto político).

En medicina familiar, la consulta no termina cuando se cierra la puerta ni cuando se apaga la pantalla del registro clínico. Queda flotando –como una materia densa y viva– la biografía de la persona, la economía moral de su hogar, las redes de apoyo que la sostienen (o la abandonan) y las marcas del territorio: transporte, trabajo, contaminación, violencia, hacinamiento, agua, alimentos, soledades. A esas realidades, la medicina familiar las conoce por proximidad: no como «determinantes» abstractos, sino como un teselado de experiencias incrustadas, repetidas y longitudinales donde habitan día a día.

Investigar no es añadir un componente académico a la práctica, sino nombrar y comprender aquello que ya está ocurriendo, y hacerlo de un modo que amplíe el cuidado y la práctica clínica. El corazón de este apartado se reduce simplemente a una afirmación: la investigación en medicina familiar es una práctica de transformación social cuando se piensa desde las metodologías críticas. Es decir, metodologías que reconocen el poder, disputan la desigualdad en la producción de conocimiento y se comprometen con efectos prácticos en la vida de las comunidades.

El Dr. Ian McWhinney, figura fundacional del pensamiento en medicina familiar, insiste en que la disciplina se define por su orientación a la persona y su contexto, y por la continuidad del cuidado y la relación que permite comprender la vida en su curso, no como una foto (McWhinney, 1997). Si la medicina familiar se define por esa proximidad longitudinal, entonces la investigación también debería hacerlo: investigar desde la relación (no a pesar de ella), desde el territorio (no contra él) y desde una ética que no se satisface con describir, sino que busca mejorar condiciones reales de existencia de las personas.

Esta apuesta exige atravesar los límites que imponen las metodologías tradicionales cuando se aplican de modo rígido: la idea de neutralidad absoluta, el privilegio del observador externo, la tendencia a convertir sujetos en objetos, y la ilusión de que al producir evidencia equivale automáticamente a producir justicia social. Desde una sensibilidad sociológica ese conjunto de supuestos configura una doxa investigativa: un sentido común en donde lo académico se reproduce por hábito, incentivos y jerarquías.

A modo de epígrafe una frase de Pierre Bourdieu que funciona como brújula ética: «El objetivo no es solo hacer el mundo inteligible, sino hacerlo menos injusto»; y en medicina familiar, lo concreto es siempre social, histórico y territorial. Eso no puede ser duda.

¿Para qué investigar en Medicina Familiar? De la evidencia a la justicia con sentido social

Preguntarse ¿para qué investigar? es más radical de lo que pensamos, quiebra el modelo, rompe el silencio. No es una pregunta técnica, sino teleológica: interroga el fin, el propósito, el tipo de mundo que la investigación ayuda a producir o a sostener. En el campo de la salud, donde las inequidades son persistentes, investigar sin esta pregunta suele conducir a una paradoja: producir abundante información sobre la desigualdad sin modificar los mecanismos que la causan.

En medicina familiar, investigar puede orientarse a múltiples fines legítimos: mejorar procesos de atención, evaluar programas, comprender trayectorias de cuidado, fortalecer continuidad clínica y del cuidado, reducir brechas, entre otros. El enfoque crítico no niega estos objetivos; los profundiza: exige que el conocimiento producido sea relevante para el otro, que sea comunicable, apropiable y útil para quienes viven la problemática, para quienes habitan el territorio.

Aquí se vuelve indispensable nuevamente citar a Bourdieu. La investigación participa en la distribución de recursos simbólicos: define qué temas valen, qué preguntas son serias, qué métodos son rigurosos, y quién tiene derecho a hablar como experto. Ese orden produce y reproduce capital cultural (credenciales, lenguaje legítimo, acceso a publicaciones) y capital social (redes, pertenencias, prestigio), que luego se convierten en poder para definir agendas (Bourdieu, 1986). Si no lo reconocemos, corremos el riesgo de que la investigación en medicina familiar sea una herramienta de distinción académica más que una herramienta de cuidado.

Entonces, investigar desde metodologías críticas implica asumir un principio: el conocimiento debe devolver algo. No como «caridad» investigativa, sino como criterio de validez social. Esto desplaza la pregunta de «¿qué puedo publicar?» a «¿qué se transforma —aunque sea modestamente— con esto?». Ese desplazamiento no empobrece la ciencia; la vuelve responsable. Eso es lo critico.

Metodologías críticas: no son técnicas novedosas, sino una concepción del mundo.

Es tentador reducir lo crítico a un repertorio de técnicas participativas, creativas o cualitativas. Pero ese reduccionismo es peligroso: convierte las metodologías críticas en algo estético (una forma) sin ética (un contenido). Palumbo y Vacca advierten que las corrientes críticas en metodología comparten una crítica al positivismo y una tradición latinoamerica-

na que valora la colaboración, la investigación militante, la investigación-acción participativa y las metodologías descoloniales (Palumbo & Vacca, 2020). En otras palabras: lo crítico no es un "método alternativo", sino una forma de posicionarse ante el mundo. Americano. Lo ch'ixi, como denomina Silvia Rivera Cusicanqui, a la cual nombra como una identidad múltiple y contradictoria en la que lo indígena y lo colonial coexisten sin fusionarse, en una tensión permanente y productiva. La que no busca una síntesis homogénea, sino que afirma la multiplicidad, la diferencia y la contradicción como forma de resistencia y como base para la construcción de otras epistemologías, situadas y plurales (Rivera Cusicanqui, S. 2010), propias también del ejercicio de investigar en Salud Familiar.

En esa posición hay varios supuestos fundamentales:

1. La realidad social no es neutral: está organizada por relaciones de poder.
2. El conocimiento no es inocente: participa en esas relaciones.
3. La investigación es una intervención: incluso cuando "solo observa".
4. La validez tiene dimensión ética: importa a quién sirve el conocimiento.
5. El territorio importa: no como escenario, sino como actor que condiciona y produce salud.

Este marco conversa con medicina familiar: si el cuidado es contextual, relacional y longitudinal, la investigación también puede —y debe— serlo. La metodología, entonces no es una caja de herramientas; es el puente entre lo que creemos sobre el mundo (ontología), cómo creemos que se conoce (epistemología) y lo que hacemos para conocer (método).

Participación y co-construcción: del informante al colaborador (del dato al vínculo)

La participación, en metodologías críticas, no se reduce a «consultar a la comunidad» o «validar resultados» al final. Es una arquitectura completa del proceso investigativo: define agenda, preguntas, criterios de relevancia, formas de recolección, interpretación y devolución.

La participación real exige un movimiento difícil: redistribuir la capacidad de decidir. Ese movimiento se tensiona porque la academia suele otorgar al investigador el monopolio de cuatro funciones: formular la pregunta, definir el método, interpretar el resultado y asignar significado. En metodologías críticas, ese monopolio se rompe deliberadamente.

Freire ofrece aquí un lenguaje útil: la producción de conocimiento como diálogo, no como depósito; como concientización y acción, no como transferencia unilateral (Freire, 1970). Entonces en medicina familiar: no se trata de «extraer» experiencias para convertirlas en evidencia; se trata de construir inteligibilidad compartida para habilitar acción.

La investigación-acción participativa (IAP), en su tradición latinoamericana, es especialmente fértil para esto. Fals Borda y Rahman propusieron precisamente "romper el monopolio" del conocimiento, cuestionando quién define qué cuenta como saber (Fals Borda & Rahman, 1991). En salud familiar y comunitaria, esto permite algo crucial: que los problemas no sean definidos solo por indicadores institucionales, sino también por experiencias territoriales: miedo, desconfianza, racismo, precariedad, barreras simbólicas, fatiga del cuidado, estigma, soledad.

En términos prácticos, una investigación participativa sólida suele incluir al menos:

- Co-definición del problema: qué duele, a quién, por qué ahora.
- Co-diseño de preguntas: preguntas que la comunidad reconozca como propias.
- Participación en la producción de información: no solo como fuente, también como analista local.
- Interpretación compartida: análisis que respete los significados y evite traducciones colonizantes.
- Devolución útil: productos que circulen en el territorio (no solo en congresos).
- Acuerdos de continuidad: relación a largo plazo, no extractivismo metodológico.

En medicina familiar, donde el vínculo y la confianza son insumos terapéuticos, la participación metodológica puede ser, además, un modo de fortalecer capital social comunitario: redes, reciprocidad, cooperación y capacidad de acción colectiva (Bourdieu, 1986).

Poder, biopolítica y la ruptura sujeto/objeto: investigar sin dominar.

Una idea central en la investigación en medicina familiar debe ser la restitución de poder. Aquí conviene ser explícito: la relación investigador–investigado suele reproducir jerarquías. En salud, esas jerarquías pueden intensificarse porque la medicina ya posee autoridad social, y la investigación puede reforzarla.

Es ineludible pensar en Michel Foucault para comprender este punto: el poder moderno no

solo reprime; produce categorías, normalidades, diagnósticos, riesgos y poblaciones gobernables. Eso es parte de lo que llama biopoder/biopolítica: formas de administrar la vida, el cuerpo y la población mediante saberes expertos (Foucault, 1978). Cuando investigamos en salud, podemos sin querer reforzar esa lógica: etiquetar, clasificar, intervenir, normar.

Las metodologías críticas intentan desarmar esa dinámica cambiando la relación epistemológica: del esquema sujeto/objeto a una relación sujeto/sujeto. Esto no significa negar las asimetrías reales, sino trabajar para visibilizarlas y disminuir sus efectos.

En medicina familiar, este punto es especialmente sensible: la disciplina sostiene que la persona no es un "caso", sino alguien con biografía, comunidad y contexto. La investigación crítica es el correlato metodológico de ese principio clínico.

Decolonialidad y diálogo de saberes: descentrar la ciencia sin abandonar el rigor.

En América Latina, hablar de metodologías críticas sin abordar la colonialidad es quedarse a medio camino. La colonialidad del saber, como estructura histórica, ha jerarquizado conocimientos eurocéntricos y ha relegado saberes indígenas, populares y comunitarios a la categoría de creencias, folclore o anécdota. Lo local, lo comunitario, lo colectivo, como principio regente de la investigación.

Palumbo y Vacca incluyen explícitamente las metodologías descoloniales y descolonizadoras dentro de las perspectivas críticas latinoamericanas (Palumbo & Vacca, 2020). Boaventura de Sousa Santos, por su parte, propone pensar en epistemologías del Sur: no como geografía, sino como metáfora de experiencias históricas de injusticia y resistencia; y sostiene la necesidad de una ecología de saberes que amplíe lo reconocible como conocimiento válido (Santos, 2014).

Para la medicina familiar esto es particularmente operativo: gran parte de la eficacia del cuidado cotidiano depende de traducciones culturales, vínculos, mediaciones comunitarias, prácticas domésticas y sentidos locales de la enfermedad. Si la investigación ignora esa textura cultural, produce resultados técnicamente impecables pero socialmente estériles.

Descolonizar no es rechazar la evidencia; es preguntarse por sus condiciones de producción, por sus silencios y por sus costos sociales. Y sobre todo, es asegurar que el diálogo de saberes no sea un eslogan, sino un modo de trabajo que respete lo menos:

- Lenguajes locales (no solo vocabulario técnico).
- Autoridad experiencial de cuidadores y participantes.
- Interpretaciones situadas de riesgo y bienestar.
- Sistemas de salud como campos de poder (no solo como organizaciones).

Metodología como puente: de la reflexión onto-epistemológica al método (sin traicionar al otro).

El texto, el relato y la narrativa instalan una secuencia valiosa: primero la otredad, luego el método. Es una forma de recordar que el método no puede anteceder a la ética al valor de las personas.

En investigación, diseñar un estudio implica responder preguntas como:

¿Cómo me informo sin invadir la vida del otro?

¿Cómo aseguro que lo observado sea relevante para él/ella?

¿Cómo conservo el significado de lo que el otro dice?

¿Cómo analizo sin colonizar?

¿Cómo comunico para que el resultado circule y sea útil?

¿A quién beneficia esto?

En términos técnicos, esto obliga a pensar cuidadosamente: acceso, consentimiento, transparencia, reciprocidad, confidencialidad en territorios pequeños, protección de vínculos clínicos, manejo de expectativas, devolución. La metodología se vuelve entonces una práctica de cuidado epistemológico.

La investigación-acción participativa ofrece un marco robusto para articular reflexión y acción. Kemmis y McTaggart han desarrollado la idea de investigación-acción como práctica comunicativa y pública, en la que el conocimiento se produce en ciclos de planificación–acción–observación–reflexión, orientados a mejorar prácticas y condiciones sociales (Kemmis & McTaggart, 2005). En medicina familiar, esos ciclos pueden encajar con la lógica de mejora continua y con la evaluación situada de intervenciones comunitarias y colectivas.

El desafío del tiempo: cronologías que chocan (y el poder de quien administra la espera).

Uno de los obstáculos más concretos y menos discutidos en investigación es el tiempo. La comunidad tiene ritmos, la academia tiene plazos, el sistema sanitario tiene urgencias. Y en esa colisión suele imponerse el tiempo institucional.

Leccardi ayuda a aclarar el problema: el tiempo no es solo una variable, sino una construcción social con implicancias para las biografías y posibilidades de acción en contextos de incertidumbre (Leccardi, 2005). Traducido a metodología: cuando el equipo investigador define cronogramas sin negociar temporalidades, reproduce el poder. Quien controla el tiempo, controla el proceso.

En la investigación para la medicina familiar, esta intuición resulta especialmente fecunda. Los vacíos, aquello que no se dice, lo que no se registra, lo que no logra traducirse en indicadores, pueden ser tan elocuentes como los datos más visibles. Las ausencias en los relatos de las personas, los silencios frente a ciertas preguntas, los territorios que aparecen como "blancos" en los mapas sanitarios o las biografías interrumpidas por la precariedad constituyen expresiones densas de sufrimiento social. Las metodologías críticas permiten atender a estos espacios vacíos no como déficits de información, sino como signos cargados de sentido, producidos por relaciones de poder, desigualdades históricas y biografías marcadas por la exclusión. En virtud de ello, investigar no implica únicamente amplificar el "color" de los datos cuantificables, sino aprender a leer la intensidad de los silencios, reconociendo que también allí se juega la comprensión profunda de la salud, la enfermedad y el cuidado en los territorios donde la medicina familiar despliega su práctica cotidiana y habitual.

En medicina familiar, esta tensión se intensifica porque el cuidado longitudinal está hecho de repetición, seguimiento, recaídas y retornos. La investigación requiere, por tanto, una ética del tiempo:

- No prometer resultados rápidos cuando la transformación es lenta.
- No forzar participación cuando hay fatiga comunitaria.
- No confundir "cumplir plazos" con "cumplir los objetivos".
- Diseñar acuerdos temporales realistas, sostenibles y respetuosos.

Una advertencia importante: si el equipo no tiene tiempo, flexibilidad y capacidad de sostener vínculos, no debe forzar metodologías participativas, porque puede terminar generando frustración, desconfianza y extractivismo sin sentido.

El círculo vicioso del reconocimiento: por qué cuesta legitimar estas metodologías en salud.

Existe un círculo vicioso en torno al reconocimiento de metodologías críticas en salud:

- Para legitimarlas, hay que mostrar su utilidad.
- Para mostrar su utilidad, hay que financiarlas y practicarlas.
- Pero sin legitimidad previa, suelen recibir menos apoyo institucional, menos espacio curricular y menos publicación.

Esto se agrava por dos factores: 1. Los sistemas de evaluación científica premian la productividad rápida y formatos estandarizados; 2. los productos valiosos para la comunidad (talleres, informes locales, cambios organizacionales) no siempre cuentan como "resultados" académicos.

Romper el círculo exige estrategias concretas: formación metodológica crítica en pre y posgrado; alianzas universidad–APS; evaluación que reconozca productos de devolución territorial; y criterios éticos explícitos de no-extractivismo.

Deep Medicine y la promesa de lo humano: tecnología, evidencia y vínculo.

En un contexto, donde el tecnologicismo prima por sobre cualquier razón pura de investigación, Eric Topol advierte que puede deshumanizar la medicina si se usa para reemplazar el encuentro clínico; pero también puede liberar tiempo y energía para recuperar lo humano del cuidado si automatiza tareas administrativas y mejora decisiones (Topol, 2019). En ese horizonte, lo humano no es un adorno sentimental: es una dimensión clínica que afecta la adherencia, comprensión, confianza y trayectoria de salud.

Las metodologías críticas dialogan directamente con esta idea, pero la amplían: no basta con hacer más humano el encuentro clínico individual; también hay que hacer más humano el modo en que producimos evidencia y diseñamos intervenciones. Si los algoritmos y los indicadores se alimentan de datos sesgados o de categorías desconectadas del territorio, la tecnificación puede reproducir desigualdades.

Para la medicina familiar, entonces, la promesa de una "medicina profunda" no se juega solo en Inteligencia Artificial o sistemas de información, sino en profundidad social: en reconocer cómo capital social, capital cultural, burocracias, tiempos de cuidado y relaciones de poder configuran resultados clínicos (Bourdieu, 1986; Topol, 2019).

Breve Reflexión: metodología, investigación y medicina familiar como tríada democrática.

La medicina familiar es una práctica clínica que, por definición, está hecha de contexto, continuidad y relación (McWhinney, 1997). La investigación, cuando se integra a esa práctica, puede tomar dos caminos:

1. Convertirse en un apéndice técnico que extrae datos para fines externos.
2. Convertirse en una extensión del cuidado: una forma organizada de comprender para transformar.

La metodología es el punto donde se decide qué camino tomamos. No es neutral. Es un dispositivo que organiza quién pregunta, quién responde, quién interpreta, quién se beneficia y quién carga los costos. En esa medida, metodología e investigación tienen una dimensión democrática: distribuyen la palabra, el tiempo, la autoridad y el sentido.

En medicina familiar, donde el vínculo es parte del tratamiento y la comunidad es parte del diagnóstico, las metodologías críticas no son una moda: son una coherencia. Permiten que la investigación se parezca a lo mejor de la disciplina: una práctica que escucha, acompaña, integra y actúa sin borrar la dignidad del otro.

Conclusión: investigar sin cancelar utopías ni colonizar significados

Investigar en medicina familiar con metodologías críticas es elegir una ciencia situada: una ciencia que reconoce el poder, que valora el territorio, que construye conocimiento con otros y que se mide también por sus efectos en la vida común. No se trata de idealizar la participación ni de romantizar la comunidad; se trata de trabajar con honestidad sobre asimetrías reales, tiempos distintos y expectativas divergentes.

La metodología, entendida como puente entre reflexión y acción, puede sostener una investigación con coherencia ética: informarse sin invadir, interpretar sin colonizar, devolver sin paternalismo y transformar sin imponer. Así, la investigación deja de ser solo producción de evidencia para convertirse en una forma de cuidado ampliado: cuidado del vínculo, del territorio, de los significados y de la justicia.

Bibliografía

1. Bourdieu, P. (1986). The forms of capital. In J. G. Richardson (Ed.), Handbook of theory and research for the sociology of education (pp. 241–258). Greenwood Press.

2. Fals Borda, O., & Rahman, M. A. (Eds.). (1991). Action and knowledge: Breaking the monopoly with participatory action research. Apex Press.

3. Foucault, M. (1978). The history of sexuality, volume 1: An introduction (R. Hurley, Trans.). Pantheon Books. (Original work published 1976).

4. Freire, P. (1970). Pedagogía del oprimido. Siglo XXI.

5. Kemmis, S., & McTaggart, R. (2005). Participatory action research: Communicative action and the public sphere. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), The SAGE handbook of qualitative research (3rd ed., pp. 559–603). SAGE.

6. Leccardi, C. (2005). Facing uncertainty: Temporality and biographies in the new century. Young, 13(2), 123–146.

7. McWhinney, I. R. (1997). A textbook of family medicine. Oxford University Press.

8. Palumbo, M. M., & Vacca, L. C. (2020). Epistemologías y metodologías críticas en ciencias sociales: Precisiones conceptuales en clave latinoamericana. Revista Latinoamericana de Metodología de las Ciencias Sociales, 10(2), e076.

9. Rivera Cusicanqui, S. (2010). Ch'ixinakax utxiwa: Una reflexión sobre prácticas y discursos descolonizadores. Tinta Limón.

10. Santos, B. de S. (2014). Epistemologies of the South: Justice against epistemicide. Routledge.

11. Topol, E. (2019). Deep medicine: How artificial intelligence can make healthcare human again. Basic Books.

Capítulo 07
Cuando la salud no tiene techo: Medicina Familiar ante la crisis habitacional y los desalojos

AUTORA: PRISCILLA BULOS ESPINOZA
TRABAJADORA SOCIAL
DOCENTE ASIGNATURA PROFUNDIZACIÓN EN EDUCACIÓN EN SALUD DEL PROGRAMA DE FORMACIÓN DE ESPECIALISTAS EN MEDICINA FAMILIAR

AUTORA: ALEJANDRA BURGOS BIZAMA
PROFESIÓN: MATRONA, ESPECIALISTA EN SALUD PÚBLICA, EPIDEMIOLOGÍA Y GESTIÓN SANITARIA. EXALCALDESA DE CURANILAHUE.

"Cuando una familia pierde su casa, pierde el sostén más empírico de su salud. La medicina familiar está llamada a reconocer esa fractura y a acompañarla.".

Desalojos forzosos y salud comunitaria: lecciones desde Curanilahue para la Medicina Familiar y la salud pública territorial

Introducción

Los desalojos forzosos y la amenaza constante de su ocurrencia, se han consolidado como un fenómeno silencioso, pero de profundo impacto sanitario. Tradicionalmente abordados desde marcos jurídicos o urbanísticos, estos procesos trascienden ampliamente dichas esferas, afectando de manera directa las dimensiones física, mental y social del bienestar humano. En el contexto chileno, el déficit habitacional estructural y el crecimiento sostenido de campamentos y asentamientos informales han expuesto a miles de familias a escenarios de vulnerabilidad extrema, donde la falta de una vivienda digna se entrelaza de forma inseparable con el derecho fundamental a la salud. De acuerdo con el Catastro Nacional de Campamentos 2024-2025, en Chile existen 1.428 campamentos activos, en los que residen 120.584 familias, constituyendo la cifra más alta registrada en las últimas décadas y evidenciando la profundización de condiciones de precariedad habitacional que impactan directamente en los determinantes sociales de la salud (TECHO-Chile, 2025).

Este capítulo propone comprender el desalojo como un determinante social de la salud, articulando para ello evidencia proveniente de experiencias internacionales, latinoamericanas y del contexto nacional. La situación vivida en Curanilahue, en el sur del Biobío, se presenta como un caso ilustrativo que permite reflexionar sobre el papel que debe desempeñar la Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC) frente a crisis territoriales en las que convergen pobreza, exclusión y deterioro de la salud.

En este escenario, la MFyC no puede limitarse únicamente a su dimensión clínica. Por el contrario, está llamada a asumir un rol activo y transformador en la defensa del bienestar integral de las personas y sus comunidades, posicionándose como un actor estratégico en la promoción de justicia social y el fortalecimiento de redes de apoyo.

Cuando el techo desaparece: los desalojos forzosos como determinante social de la salud pública

En las últimas décadas, la literatura científica ha reconocido a la inestabilidad habitacional, incluyendo los desalojos forzosos y la amenaza permanente de su ocurrencia, como uno de los determinantes sociales más influyentes en la salud poblacional. Este fenómeno, a menudo abordado exclusivamente desde perspectivas jurídicas o urbanísticas, posee implicancias sanitarias profundas, inmediatas y acumulativas que atraviesan la salud física, mental, social y comunitaria.

La evidencia internacional y regional demuestra que los desalojos y la inestabilidad habitacional se asocian de manera consistente con efectos adversos en la salud física y mental. Estudios de revisión sistemática y metaanálisis muestran que las personas expuestas a desalojos presentan un mayor riesgo de enfermedades transmisibles y crónicas, debido a la interrupción de tratamientos, el hacinamiento y la exposición a entornos insalubres, así como un agravamiento significativo de los trastornos de salud mental, incluidos depresión, ansiedad y estrés severo (Vásquez-Vera et al., 2017). Asimismo, la literatura evidencia un deterioro en los resultados perinatales e infantiles, tales como bajo peso al nacer, mayor morbilidad infantil y dificultades en el desarrollo temprano, asociado a la inseguridad residencial durante el embarazo y la primera infancia (Maqbool et al., 2015; Benfer et al., 2021). Adicionalmente, los desalojos se vinculan con un incremento de la violencia interpersonal y comunitaria, al debilitar las redes sociales, aumentar la inseguridad económica y favorecer contextos de exclusión social, lo que profundiza las inequidades en salud en poblaciones vulnerables (Desmond & Kimbro, 2015; Benfer et al., 2021). Más allá de sus repercusiones clínicas, estos procesos debilitan redes familiares y comunitarias, aumentan la presión sobre los servicios de salud primaria y amplifican las desigualdades estructurales existentes.

Impactos sanitarios del desalojo: un determinante transversal

Los efectos en salud derivados de los desalojos abarcan diversas dimensiones, que evidencian cómo la pérdida de vivienda trasciende el ámbito material para transformarse en un problema de salud pública:

- Salud física: la exposición a condiciones de hacinamiento y precariedad posterior al desalojo aumenta el riesgo de enfermedades respiratorias (como tuberculosis o COVID-19) y de brotes infecciosos vinculados a la falta de saneamiento, como la hepatitis A (Peak et al., 2019).

- Salud mental: el desalojo constituye un evento traumático que eleva de forma significativa la prevalencia de síntomas depresivos, ansiedad, estrés postraumático e incluso riesgo suicida, afectando a adultos, adolescentes y niños por igual (Schwartz et al., 2024; Smith & Hernández, 2024).

- Salud perinatal e infantil: las mujeres gestantes en situación de desplazamiento presentan mayor riesgo de parto prematuro y de recién nacidos con bajo peso, debido al estrés crónico, la malnutrición y la discontinuidad de los controles prenatales (Ramphal et al., 2023).

- Enfermedades crónicas: la interrupción de tratamientos tras un desalojo conduce a descompensaciones graves en enfermedades como hipertensión y diabetes, aumentando hospitalizaciones y mortalidad (Graetz et al., 2024).
- Violencia y lesiones: la pérdida del hogar incrementa la conflictividad social y familiar, lo que se traduce en mayores tasas de violencia intrafamiliar, lesiones físicas y exposición a entornos peligrosos (Valdés, 2020).

Tabla 1. Indicadores de salud observados tras desalojos y amenazas de desalojo.

La siguiente tabla resume los principales impactos sanitarios documentados en contextos de desalojos forzosos o amenazas de desalojo, junto con sus implicancias para la Atención Primaria en Salud (APS):

Dominio sanitario	Ejemplos CIE-10	Efectos reportados	Fuente de evidencia	Relevancia para APS
Enfermedades respiratorias y transmisibles	U07.1 (COVID-19), A15–A19 (tuberculosis)	Aumento de incidencia y mortalidad tras levantamiento de moratorias; brotes respiratorios en hacinamiento secundario.	Leifheit et al. (2021); Cantor et al. (2021)	Vigilancia comunitaria de infecciones y continuidad de tratamientos.
Enfermedades entéricas y hepáticas	B15 (Hepatitis A), A00–A09 (enteritis)	Brotes en contextos de vivienda inestable y sin saneamiento.	Peak et al. (2019)	Monitoreo de agua, vacunación Hep A, prevención extramuro.
Salud mental	F32–F33 (depresión), F41 (ansiedad), F43.1 (TEPT)	Elevada prevalencia de síntomas depresivos y ansiosos; riesgo de suicidio post-desalojo.	Schwartz et al. (2024); Smith & Hernández (2024)	Integrar atención psicosocial en operativos y seguimiento APS.
Salud perinatal e infantil	O00–O99; P07	Mayor riesgo de parto prematuro y bajo peso al nacer.	Ramphal et al. (2023)	Control prenatal continuo y redes de apoyo a gestantes desplazadas.

Enfermedades crónicas no transmisibles	I10–I15 (HTA), E10–E14 (DM)	Descompensación por interrupción de tratamientos y pérdida de adherencia.	Graetz et al. (2024)	Entrega domiciliaria de fármacos, registros de continuidad terapéutica.
Violencias y lesiones	X85–Y09; Z55–Z65	Aumento de conflictos, lesiones y violencia intrafamiliar post-desalojo.	Estudios comunitarios en favelas (Brasil) y reportes locales (Curanilahue, 2023–2024).	Coordinación APS-Seguridad-Salud mental.

Nota: Adaptado de la evidencia internacional (Leifheit, Ramphal, Graetz, Schwartz, Peak, Smith) y observaciones comunitarias documentadas en Curanilahue, 2021–2024.

Un desafío estructural para la salud en Chile.

En las últimas décadas, la literatura en salud pública ha reconocido que las condiciones habitacionales no solo configuran el entorno físico de la vida cotidiana, sino que actúan como determinantes estructurales de la salud, al influir directamente en la exposición a riesgos, el acceso a cuidados y la estabilidad psicosocial. En este marco, la inestabilidad habitacional se ha posicionado como uno de los determinantes sociales más potentes en la salud poblacional (Leifheit et al., 2021). Los desalojos forzosos, así como su amenaza constante, generan efectos inmediatos y acumulativos en la salud, incluyendo un aumento en los síntomas de ansiedad, depresión y estrés psicológico, la interrupción de tratamientos de enfermedades crónicas como hipertensión y diabetes, y una mayor exposición a enfermedades transmisibles asociadas al hacinamiento y la precariedad residencial (Desmond & Kimbro, 2015; Vásquez-Vera et al., 2017). Asimismo, la evidencia muestra impactos adversos en la salud materno-infantil, tales como bajo peso al nacer y deterioro del bienestar emocional de mujeres cuidadoras, profundizando inequidades sanitarias preexistentes y vulnerando el ejercicio efectivo del derecho a la salud (Benfer et al., 2021). En el contexto chileno, las consecuencias sanitarias del desalojo se ven profundamente agravadas por determinantes estructurales persistentes, como la precariedad laboral, la desigualdad territorial, la exclusión social y las brechas en el acceso a los servicios de salud. Estas condiciones amplifican el impacto sanitario de la crisis habitacional y profundizan las inequidades en salud, especialmente en poblaciones históricamente marginadas.

Ante este escenario, la Atención Primaria en salud, y particularmente la Medicina Familiar y Comunitaria, enfrenta el desafío de trascender su rol clínico tradicional para posicionarse como actor clave capaz de articular intervenciones multisectoriales, fortalecer la vigilancia

comunitaria, garantizar la continuidad terapéutica y, sobre todo, abordar las causas estructurales que perpetúan la exclusión habitacional.

Experiencia local: el caso Curanilahue y la respuesta sanitaria territorial.

Curanilahue vive hoy una crisis habitacional que se arrastra por décadas y que no puede reducirse sólo al déficit habitacional. Se trata de una trama compleja donde convergen un plan regulador comunal desfasado desde 1982, un estado incapaz de articular soluciones habitacionales y la concentración del suelo en manos de grandes empresas privadas. El resultado es un territorio marcado por la desigualdad, desconfianza y conflicto social, donde la cohesión comunitaria se erosiona.

Desde fines de 2024, las 2.300 familias que habitan 52 asentamientos precarios de la comuna enfrentando amenazas de desalojo. Los desafíos para los equipos de Atención Primaria y Salud Familiar dicen relación con los efectos de los determinantes sociales específicos para la salud mental, interrupciones de tratamientos crónicos, aumento de enfermedades respiratorias y digestivas, reemergencia de enfermedades transmisibles y zoonosis, riesgos perinatales, entre otros.

Frente a este escenario, la respuesta sanitaria territorial debe trascender el modelo biomédico tradicional e implementar estrategias integrales que aborden la complejidad del problema. Esto implica fortalecer la articulación intra e intersectorial, garantizando la coordinación entre servicios de salud, municipios, programas sociales y organizaciones comunitarias. Asimismo, resulta indispensable la implementación de dispositivos de salud mental con enfoque comunitario, que permitan dar respuesta oportuna a las afectaciones psicosociales derivadas del desplazamiento y la inseguridad habitacional.

El caso de Curanilahue ilustra de manera clara la relación entre crisis habitacional y salud, en la medida en que la pérdida masiva y repentina de viviendas expuso a la población a condiciones de desplazamiento, hacinamiento, ruptura de redes comunitarias e interrupción de la vida cotidiana, factores que inciden directamente en los determinantes sociales de la salud. Esta situación evidenció que las crisis habitacionales no constituyen únicamente un problema urbano o social, sino que operan como determinantes estructurales de la salud, generando impactos profundos y multidimensionales, tales como el deterioro de la salud mental, la descontinuidad de tratamientos de enfermedades crónicas, el aumento del estrés psicosocial y la sobrecarga de los dispositivos locales de atención primaria. En este contexto, la Medicina Familiar y Comunitaria se ve interpelada a asumir un rol activo como agente articulador y transformador, integrando la lectura territorial y comunitaria en el análisis clínico, promoviendo la articulación intersectorial y contribuyendo al diseño de

políticas públicas que garanticen de manera integrada el derecho a la salud y a la vivienda digna, al mismo tiempo que fortalecen el tejido comunitario y favorecen la construcción de entornos saludables y resilientes.

Más allá del centro de salud: la medicina familiar frente a los determinantes estructurales

La integración del desalojo y la inseguridad habitacional en la práctica de la Medicina Familiar y Comunitaria puede desarrollarse a través de múltiples niveles de intervención, articulados desde el enfoque de determinantes sociales de la salud y el Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS).

En primer lugar, a través del registro clínico-familiar, incorporando variables de riesgo habitacional en la ficha familiar, la cartola social y las evaluaciones biopsicosociales, lo que permite visibilizar procesos sociales que inciden directamente en la salud física y mental de las personas.

En segundo lugar, mediante el trabajo territorial, utilizando herramientas como el mapeo comunitario y la sectorización sanitaria para identificar zonas con alta concentración de campamentos, desalojos o hacinamiento crítico, lo que facilita la planificación de acciones preventivas y de promoción de la salud.

En tercer lugar, a través de la articulación intersectorial, coordinando acciones con programas de salud mental, apoyo psicosocial, protección social y redes municipales, en el entendido de que el abordaje del daño sanitario asociado a la exclusión habitacional excede el ámbito estrictamente clínico.

Finalmente, desde una práctica clínica ampliada, en la que los equipos de MFyC asumen un rol activo en la documentación, alerta temprana y acompañamiento de situaciones de vulneración de derechos, fortaleciendo respuestas integrales que permitan enfrentar de manera oportuna y preventiva los impactos sanitarios de la inseguridad habitacional.

Investigación y acción en Atención Primaria.

La investigación en Atención Primaria de Salud (APS) ofrece una oportunidad estratégica para estudiar fenómenos territoriales desde un enfoque interdisciplinario. La combinación de registros sanitarios (como DEIS, EpiVigila o REM) con datos judiciales, censales o municipales puede generar evidencia relevante para la toma de decisiones en salud pública.

Preguntas como “¿De qué manera el desplazamiento forzoso incide en la continuidad del tratamiento en personas con hipertensión?” o “¿Qué impacto tiene la pérdida de vivienda en la salud mental de mujeres cuidadoras?” permiten abrir líneas de investigación aplicada que articulan la salud con la vivienda, el territorio y la justicia social. La generación de evidencia empírica que responda a estas preguntas resulta fundamental para comprender los efectos sanitarios de la exclusión habitacional y para sustentar el diseño de políticas públicas más efectivas, así como estrategias de intervención comunitaria pertinentes, preventivas y territorialmente situadas.

Cuando el Territorio Enferma: Reflexión Final

La experiencia de Curanilahue muestra que el territorio enferma o sana según la calidad de sus vínculos, sociales y comunitarios. Los desalojos rompen esas redes, esos lazos, fragmentando la convivencia, multiplicando la enfermedad social, generando consecuencias sanitarias profundas. En este contexto, la Medicina Familiar, basada en la presencia constante, el acompañamiento y la cercanía, tiene el potencial de convertirse en un actor preventivo y transformador frente a la exclusión habitacional, promoviendo la cohesión social, el acceso a derechos y la construcción de entornos saludables.

De la Clínica a la Justicia Social: Conclusiones

1. El desalojo forzoso es una exposición de salud pública con efectos demostrados en morbilidad, mortalidad y bienestar mental.

2. La APS y la Medicina Familiar deben incorporar esta variable en su análisis territorial y registros clínicos.

3. Urge promover investigación aplicada y formación en salud y territorio que integren vivienda, dignidad y salud. Se requiere evidencia de que la acción intersectorial puede mitigar los daños.

4. Las respuestas sanitarias deben articularse con políticas públicas habitacionales y sociales, promoviendo modelos de intervención integrales que enfrenten las causas estructurales del problema y no solo sus consecuencias clínicas.

5. La participación comunitaria y el trabajo intersectorial son fundamentales para fortalecer la resiliencia territorial, reconstruir redes de apoyo y transformar los entornos en espacios protectores de salud y bienestar.

Referencias (APA 7ª ed.)

1. Baeza, F., Araya, R., & Proyecto RUCAS. (2021). The Regeneración Urbana, Calidad de Vida y Salud (RUCAS) project: A Chilean multi-methods study to evaluate the impact of urban regeneration on resident health and wellbeing. BMC Public Health, 21, 735. https://doi.org/10.1186/s12889-021-10739-3

2. Benfer, E. A., Vlahov, D., Long, M. Y., Walker-Wells, E., Pottenger, J. L., Gonsalves, G., & Keene, D. E. (2021). Eviction, health inequity, and the spread of COVID-19: Housing policy as a primary pandemic mitigation strategy. Journal of Urban Health, 98(1), 1–12. https://doi.org/10.1007/s11524-020-00502-1

3. Burgos, S., Sigala, F., Argueta, L., & Iglesias, V. (2015). Salud ambiental infantil en el contexto de la reubicación de familias de campamentos a viviendas sociales. Revista Chilena de Pediatría, 86(3), 230–237. https://doi.org/10.1016/j.rchipe.2015.05.005

4. Desmond, M., & Kimbro, R. T. (2015). Eviction's fallout: Housing, hardship, and health. Social Forces, 94(1), 295–324. https://doi.org/10.1093/sf/sov044

5. Graetz, N., Leifheit, K. M., & Benfer, E. A. (2024). Excess mortality among renters with eviction filings during the COVID-19 pandemic. JAMA, 331(7), 590–601. https://doi.org/10.1001/jama.2024.0123

6. Leifheit, K. M., Linton, S. L., Raifman, J., Schwartz, G. L., Benfer, E. A., Zimmerman, F. J., & Pollack, C. E. (2021). Expiring eviction moratoriums and COVID-19 incidence and mortality. JAMA Network Open, 4(9), e2120352. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.20352

7. Maqbool, N., Viveiros, J., & Ault, M. (2015). The impacts of affordable housing on health: A research summary. Center for Housing Policy.

8. Peak, C. M., Stous, S. S., Healy, J. M., & Sistrunk, J. (2019). Hepatitis A outbreak among persons experiencing homelessness—San Diego, California, 2016–2018. Emerging Infectious Diseases, 25(4), 607–613. https://doi.org/10.3201/eid2504.181659

9. Ramphal, B., Lee, S. M., & Kagawa, R. (2023). Evictions and infant and child health outcomes: A systematic review. JAMA Network Open, 6(4), e239021. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.9021

10. Schwartz, G. L., Benfer, E. A., & Leifheit, K. M. (2024). Eviction as a community health exposure: Conceptual and empirical foundations. Social Science & Medicine, 343, 116576. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2024.116576

11. Smith, P. D., & Hernández, C. L. (2024). Eviction from rental housing and its links to health: A scoping review. Journal of Urban Health, 101(2), 345–362. https://doi.org/10.1007/s11524-024-00725-2

12. TECHO-Chile. (2025). Catastro nacional de campamentos 2024-2025. Santiago de Chile. https://www.techo.org/chile

13. Valdés Cisterna, P. V. (2020). Pacientes en situación de calle hospitalizados, un nuevo desafío para la política pública. Cuadernos Médico Sociales, 60(4), 211–223. https://doi.org/10.22370/cms.2020.60.4.2403

14. Vásquez-Vera, H., Palència, L., Magna, I., Mena, C., Neira, J., & Borrell, C. (2017). The threat of home eviction and its effects on health through the equity lens: A systematic review. Social Science & Medicine, 175, 199–208.https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.01.010

Capítulo 08
La necesidad de la investigación interdisciplinaria en medicina familiar.
¿Por qué es necesario incorporar la investigación cualitativa en el campo de la atención primaria en salud?

AUTOR: JORGE GALLARDO COCHIFAS.
PROFESIÓN: DR. EN SOCIOLOGÍA
PROFESOR ASISTENTE. INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD. UNIVERSIDAD DE O'HIGGINS.

jgallardoco@gmail.com

Resumen

La medicina familiar y la atención primaria en salud se enfrentan hoy al desafío de abordar procesos de salud y enfermedad crecientemente complejos, atravesados por dimensiones biológicas, sociales, culturales y simbólicas. Sin embargo, la producción de conocimiento en este campo ha estado históricamente dominada por enfoques cuantitativos, los cuales, si bien han aportado herramientas fundamentales para la medición de riesgos, prevalencias y resultados, resultan insuficientes para comprender la experiencia vivida de las personas en relación con sus diagnósticos, tratamientos y prácticas preventivas.

Este capítulo sostiene que la incorporación de la investigación cualitativa en la medicina familiar no constituye un complemento accesorio, sino una condición necesaria para fortalecer un enfoque verdaderamente interdisciplinario en atención primaria en salud. A partir de una revisión y articulación de aportes provenientes de la salud pública, la epistemología de la salud y las ciencias sociales, se argumenta que la evidencia científica también puede ser cualitativa, en la medida en que se produzca mediante procedimientos sistemáticos y rigurosos orientados a la comprensión de significados, experiencias y prácticas sociales.

Se analizan criticamente los límites del predominio cuantitativo en salud, discute la centralidad del ser humano como sujeto simbólico y examina los aportes de la investigación cualitativa para comprender nociones clave como riesgo, prevención, estilos de vida y autoatención. Asimismo, se plantea que la perspectiva cualitativa posee un potencial

transformador particular en el ámbito preventivo, al permitir diseñar intervenciones más sensibles a los contextos territoriales y a las experiencias de las personas. En conclusión, se propone que la integración sistemática de la investigación cualitativa en la medicina familiar puede contribuir a mejorar la efectividad, pertinencia y legitimidad de las estrategias de cuidado y prevención en atención primaria de salud.

Palabras clave

Medicina familiar; Atención primaria en salud; Investigación cualitativa; Interdisciplinariedad; Evidencia científica; Prevención en salud.

Introducción

Desde sus orígenes, la medicina ha sido pensada no únicamente como un conjunto de saberes técnicos orientados al diagnóstico y tratamiento de enfermedades, sino también como una práctica profundamente vinculada a la vida social. En esta línea, la conocida afirmación de Rudolf Virchow (1848), quien sostenía que la medicina es una ciencia social, instala tempranamente una tensión fundamental para el campo sanitario: la imposibilidad de comprender los procesos de salud y enfermedad exclusivamente a partir de variables biológicas o mediciones cuantitativas. Esta afirmación no solo posee valor histórico, sino que continúa interpelando de manera directa a los modelos contemporáneos de investigación en salud.

Asumir que las enfermedades pueden ser completamente explicadas, determinadas o descritas mediante metodologías cuantitativas implica reducir la experiencia humana a dimensiones mensurables, invisibilizando los contextos sociales, culturales y simbólicos en los que dichas enfermedades adquieren sentido. Esta discusión no es nueva. Ya en la tradición médica clásica, atribuida a Hipócrates, se sostenía que el acto médico no se dirige a las enfermedades en abstracto, sino a las personas que las padecen. Dicho de otro modo, no se tratan patologías aisladas, sino sujetos situados histórica, social y biográficamente, que viven y significan sus procesos de salud y enfermedad de maneras diversas.

A lo largo del siglo XX, y especialmente durante su segunda mitad, el desarrollo de la salud pública profundizó esta discusión mediante la incorporación sistemática de disciplinas provenientes de las ciencias sociales y humanas, tales como la sociología, la antropología y la filosofía. Estas perspectivas contribuyeron a complejizar la comprensión de la enfermedad, mostrando que los diagnósticos no son únicamente hechos técnicos, sino también

construcciones sociales que se producen en contextos institucionales, culturales y relacionales específicos. En este marco, la metodología cuantitativa, si bien resulta indispensable para identificar patrones poblacionales, estimar prevalencias o evaluar intervenciones, demuestra ser insuficiente para captar la dimensión experiencial, simbólica y subjetiva de los procesos de salud.

Tal limitación se vuelve particularmente evidente si se considera, como señalara Ernst Cassirer (1944), que el ser humano es, ante todo, un animal simbólico. Las personas no solo reaccionan frente a estímulos biológicos, sino que interpretan, narran y resignifican sus experiencias corporales y emocionales. En este mismo sentido, los trabajos antropológicos de Claude Lévi-Strauss (1987) sobre la eficacia simbólica, mostraron que los procesos de sanación no dependen exclusivamente de intervenciones técnicas, sino también del poder de la palabra, de la autoridad del diagnóstico y de los sistemas de significación que estructuran la relación entre quien diagnostica y quien es diagnosticado. La pregunta por quién detenta el poder de nombrar la enfermedad, de explicar su causa y de proponer su resolución se vuelve, entonces, central.

En el campo de la medicina familiar y de la atención primaria en salud, estas discusiones adquieren una relevancia particular. La orientación preventiva, territorial y comunitaria que caracteriza a este nivel de atención exige estrategias de investigación capaces de captar cómo las personas viven, comprenden y responden a sus diagnósticos en su vida cotidiana. En este sentido, resulta problemático pensar la planificación de acciones preventivas en los territorios y en los servicios de salud —incluidos los servicios de atención primaria en Chile— sin incorporar metodologías que permitan aproximarse a la experiencia subjetiva de los usuarios y usuarias del sistema de salud.

La investigación cualitativa se presenta, así, no como un complemento accesorio, sino como una herramienta fundamental para aumentar la complejidad analítica, profundizar la comprensión de los procesos de salud y enfermedad y fortalecer el enfoque interdisciplinario en medicina familiar. Comprender cómo las personas viven la experiencia de sus diagnósticos, cómo interpretan las recomendaciones sanitarias y cómo integran —o resisten— las estrategias preventivas en su vida cotidiana, constituye un desafío que difícilmente puede ser abordado únicamente desde indicadores cuantitativos.

En este marco, el presente artículo tiene como objetivo exponer y analizar las principales razones por las cuales resulta necesario incorporar la investigación cualitativa en la medicina familiar, enfatizando sus aportes dentro de un enfoque interdisciplinario en atención primaria en salud. Asimismo, se propone discutir por qué la perspectiva cualitativa puede generar, en ciertos contextos, transformaciones más significativas en los comportamientos preventivos de las personas que aquellas derivadas exclusivamente de intervenciones ba-

sadas en evidencia cuantitativa, cuestión que será retomada críticamente en el desarrollo del texto.

1. Medicina, salud pública y el carácter social de la enfermedad

La comprensión de la enfermedad como un fenómeno estrictamente biológico ha sido progresivamente cuestionada a lo largo del desarrollo de la salud pública moderna. Desde sus inicios, este campo se ha configurado como un espacio de tensión entre enfoques que privilegian la medición objetiva de los procesos de salud y aquellos que enfatizan su carácter social, histórico y contextual. Reconocer la enfermedad como un hecho social implica asumir que los procesos de salud y enfermedad no se producen en el vacío, sino que se encuentran profundamente imbricados en estructuras sociales, condiciones materiales de vida, prácticas culturales y relaciones de poder.

Durante el siglo XX, la salud pública consolidó su identidad como un campo interdisciplinario, integrando saberes provenientes de distintas tradiciones académicas. Esta expansión respondió a la necesidad de abordar problemas sanitarios complejos que no podían ser explicados únicamente a partir de variables biomédicas. En este contexto, la incorporación de disciplinas como la sociología, la antropología y la psicología permitió ampliar la mirada sobre la enfermedad, desplazando el foco exclusivo desde el agente patógeno hacia las condiciones sociales, ambientales y simbólicas que configuran los procesos de enfermar.

Este giro no estuvo exento de tensiones. El desarrollo de la epidemiología y de los métodos cuantitativos otorgó a la salud pública herramientas robustas para identificar patrones poblacionales, estimar riesgos y evaluar intervenciones a gran escala. Sin embargo, este énfasis metodológico tendió a reforzar una comprensión de la enfermedad como un objeto medible, relativamente independiente de la experiencia subjetiva de quienes la padecen. Tal aproximación, si bien indispensable para ciertas dimensiones del análisis sanitario, mostró importantes limitaciones cuando se trató de comprender cómo las personas viven, interpretan y responden a sus procesos de salud y enfermedad.

Diversos autores han señalado que los modelos dominantes en investigación en salud han privilegiado históricamente una lógica de búsqueda de estructura, orientada a la identificación de relaciones causales estables entre variables, en desmedro de una lógica orientada a la búsqueda de significado (Faltermaier, 1997). Esta tensión metodológica no es meramente técnica, sino que refleja supuestos epistemológicos más profundos respecto de qué se considera conocimiento válido en el campo de la salud. Al privilegiar indicadores cuantificables, se corre el riesgo de invisibilizar dimensiones fundamentales de la experiencia humana, particularmente relevantes en contextos de atención primaria y medicina familiar.

La atención primaria en salud se caracteriza por su cercanía con la vida cotidiana de las personas, por su inserción territorial y por su orientación preventiva. En este nivel de atención, los equipos de salud no solo enfrentan enfermedades, sino también trayectorias de vida, prácticas culturales, expectativas, miedos y resistencias frente a los diagnósticos y tratamientos. Comprender estos elementos resulta clave para el diseño e implementación de estrategias de cuidado y prevención efectivas. Sin embargo, dichas dimensiones difícilmente pueden ser capturadas mediante instrumentos estandarizados o mediciones aisladas.

La evolución de la salud pública hacia enfoques más integrales ha puesto en evidencia la necesidad de superar dicotomías simplificadoras entre lo biológico y lo social, lo objetivo y lo subjetivo, lo cuantitativo y lo cualitativo. En lugar de concebir estas dimensiones como excluyentes, diversos desarrollos teóricos y metodológicos han mostrado que la comprensión de la enfermedad requiere articular múltiples niveles de análisis. Desde esta perspectiva, la medicina familiar aparece como un espacio privilegiado para integrar estas miradas, dado que su práctica se sitúa en la intersección entre el conocimiento biomédico, las dinámicas sociales y la experiencia vivida de las personas.

Así, reconocer el carácter social de la enfermedad no implica negar la relevancia de los métodos cuantitativos, sino problematizar su suficiencia. Implica, más bien, abrir el campo de la investigación en salud a metodologías capaces de captar la complejidad de los procesos de salud y enfermedad tal como son vividos y significados por las personas. Este reconocimiento constituye el punto de partida para discutir el lugar de la investigación cualitativa y su aporte específico dentro de un enfoque interdisciplinario en medicina familiar y atención primaria en salud.

2. El predominio histórico de la metodología cuantitativa y sus límites en atención primaria.

La centralidad otorgada a la medición, la estandarización y la generalización tendió a reforzar una concepción de la evidencia científica asociada casi exclusivamente a indicadores numéricos y diseños experimentales o cuasiexperimentales. Como resultado, otras formas de producción de conocimiento, particularmente aquellas orientadas a comprender significados, experiencias y procesos sociales, quedaron frecuentemente relegadas a un lugar secundario dentro del campo sanitario (Faltermaier, 1997).

Diversos análisis han señalado que esta hegemonía metodológica responde a la existencia de culturas de investigación relativamente aisladas, caracterizadas por supuestos teóricos, lenguajes y criterios de validez distintos. En el ámbito de la salud pública, la cultura

cuantitativa ha privilegiado una lógica de búsqueda de estructura, orientada a la identificación de regularidades y relaciones causales, mientras que los enfoques cualitativos han sido asociados a una lógica de búsqueda de significado, centrada en la comprensión de las experiencias humanas en contexto (Faltermaier, 1997). La escasa articulación entre estas tradiciones ha limitado el potencial analítico del campo.

Estas limitaciones se vuelven particularmente visibles en la atención primaria en salud y en la medicina familiar. A diferencia de otros niveles del sistema sanitario, la atención primaria se caracteriza por un contacto continuo y prolongado con las personas, sus familias y sus comunidades. En este contexto, los problemas de salud no se presentan como eventos aislados, sino como procesos que se entrelazan con trayectorias biográficas, condiciones sociales y prácticas culturales. La reducción de estos procesos a variables cuantificables puede resultar insuficiente para comprender las dinámicas que influyen en la adherencia a tratamientos, la aceptación de diagnósticos o la efectividad de estrategias preventivas.

La investigación centrada exclusivamente en indicadores cuantitativos tiende a privilegiar una mirada externa sobre los fenómenos de salud, basada en categorías definidas por los sistemas expertos. Esta perspectiva puede dejar fuera la forma en que las personas interpretan sus síntomas, construyen explicaciones sobre sus enfermedades y toman decisiones en relación con su cuidado. En consecuencia, se genera una brecha entre el conocimiento producido por la investigación y las prácticas cotidianas de los sujetos a quienes dicho conocimiento pretende beneficiar.

Desde el campo de la salud pública se ha señalado que los desafíos contemporáneos —tales como la persistencia de inequidades en salud, la baja efectividad de ciertas estrategias preventivas o las dificultades en la integración de servicios— requieren enfoques capaces de abordar la complejidad de los fenómenos sanitarios (Kivits et al., 2019). Esta complejidad no puede ser plenamente capturada mediante diseños que fragmentan la realidad en variables independientes, sin atender a los contextos sociales y relacionales en los que dichas variables adquieren sentido.

En este marco, el problema no radica en la utilización de métodos cuantitativos en sí mismos, sino en su uso exclusivo como criterio de validación del conocimiento científico. Asumir que solo aquello que puede ser medido numéricamente constituye evidencia científica implica una concepción restringida del conocimiento en salud. Esta concepción resulta particularmente problemática en la medicina familiar, donde los procesos de salud y enfermedad se construyen en la interacción entre profesionales, pacientes y comunidades, y donde los significados atribuidos a los diagnósticos influyen de manera decisiva en los comportamientos en salud.

Reconocer los límites del enfoque cuantitativo no implica desconocer sus aportes, sino abrir el campo a metodologías complementarias que permitan captar dimensiones invisibilizadas por los indicadores tradicionales. Este reconocimiento constituye un paso fundamental para avanzar hacia una comprensión más integral de los procesos de salud y enfermedad y para justificar la incorporación de enfoques cualitativos como parte legítima de la investigación científica en atención primaria y medicina familiar.

3. El ser humano como sujeto simbólico: implicancias para la investigación en salud

La comprensión de los procesos de salud y enfermedad exige reconocer que las personas no se relacionan con sus diagnósticos únicamente a través de cálculos racionales de riesgo o de información biomédica objetiva. Los sujetos interpretan, narran y resignifican sus experiencias corporales y emocionales en marcos simbólicos que orientan sus decisiones y prácticas cotidianas. En este sentido, la enfermedad no constituye solo un evento fisiológico, sino también una experiencia cargada de significados.

Esta dimensión simbólica resulta especialmente relevante cuando se analizan fenómenos como la percepción del riesgo, la adherencia a tratamientos o la respuesta frente a recomendaciones preventivas. Investigaciones cualitativas han mostrado que las personas no procesan las probabilidades de enfermedad o los riesgos sanitarios de manera estrictamente matemática, sino que los interpretan a partir de experiencias previas, narrativas sociales y marcos culturales compartidos (Heyman, Henriksen, & Maughan, 1998). Así, conceptos centrales para la salud pública —como riesgo, probabilidad o prevención— adquieren sentidos diversos según los contextos sociales y las trayectorias de vida de las personas.

Asumir al ser humano como un sujeto simbólico implica reconocer que la producción de conocimiento en salud no puede limitarse a la medición de variables. La investigación que ignora los significados atribuidos por los propios sujetos corre el riesgo de producir explicaciones incompletas o de diseñar intervenciones que no dialogan con la experiencia vivida. En atención primaria y medicina familiar, donde la relación clínica se sostiene en el tiempo y se inscribe en contextos comunitarios específicos, esta limitación se vuelve particularmente problemática.

De este modo, la investigación cualitativa permitiría acceder a dimensiones de la experiencia de la enfermedad que permanecen invisibles para los enfoques cuantitativos. Explorar cómo las personas comprenden sus diagnósticos, cómo explican el origen de sus síntomas o cómo evalúan las recomendaciones médicas ofrece claves fundamentales para entender

los comportamientos en salud. Estas dimensiones no constituyen elementos accesorios, sino componentes centrales de los procesos de salud y enfermedad, especialmente en contextos preventivos.

4. Aportes de la antropología y la sociología en la comprensión de la enfermedad

Las ciencias sociales, y en particular la antropología, han realizado aportes decisivos para comprender la enfermedad como un fenómeno socialmente situado. Estos enfoques han mostrado que los procesos de diagnóstico, tratamiento y sanación se producen en entramados simbólicos donde el lenguaje, la autoridad y las relaciones de poder juegan un papel central. La eficacia de una intervención sanitaria no depende exclusivamente de su base técnica, sino también de la legitimidad del saber que la sustenta y de su capacidad para articularse con los sistemas de significación de las personas.

Desde esta mirada, la pregunta por quién tiene el poder de nombrar la enfermedad, de definir su causa y de prescribir su tratamiento adquiere una relevancia central. El diagnóstico no es solo una categoría clínica, sino también un acto performativo que reorganiza la experiencia del sujeto, redefine su identidad y orienta sus prácticas futuras. En la atención primaria, donde los diagnósticos se inscriben en relaciones prolongadas entre profesionales y pacientes, estos efectos simbólicos se intensifican. Las investigaciones cualitativas desarrolladas en el ámbito de la salud han mostrado que las personas construyen explicaciones propias sobre sus enfermedades, integrando saberes biomédicos con conocimientos locales, experiencias personales y narrativas comunitarias. Estas explicaciones influyen de manera directa en la aceptación o rechazo de tratamientos, en la búsqueda de atención y en la adopción de conductas preventivas. Ignorar estos procesos implica desconocer una dimensión fundamental del cuidado en salud.

Por otro lado, la sociología ha mostrado que el diagnóstico médico es una práctica social situada, que incluye no solo el marco cultural y moral de un momento histórico en particular, sino también, las jerarquías raciales o relaciones de poder que establecen una determinada estabilización sobre qué es la verdad, o en este caso, la «enfermedad» y la «salud» (Nettleton, 2020). De esta manera, tanto la persona que recibe un diagnóstico como quien lo entrega, están insertos en un contexto particular que es necesario reconocer.

En resumen, los numerosos aportes de la antropología y la sociología, que han incluso creado disciplinas como la antropología médica, sociología médica, antropología y sociología de la salud, y que exceden el número de páginas que podemos escribir aquí, han contribuido a cuestionar la idea de que existe una única racionalidad válida para comprender

la enfermedad. En lugar de ello, han propuesto una comprensión plural de los procesos de salud, donde distintos saberes coexisten y se tensionan. Entonces, para la medicina familiar, estas perspectivas resultan especialmente relevante, dado su énfasis en el abordaje integral de las personas y en la comprensión de sus contextos de vida.

5. La investigación cualitativa como evidencia científica en salud pública y atención primaria

Uno de los supuestos más persistentes en el campo de la salud es la identificación de la evidencia científica exclusivamente con resultados cuantificables. Esta concepción restringida de la evidencia ha contribuido a desvalorizar los aportes de la investigación cualitativa, relegándola a un rol secundario o exploratorio. Sin embargo, diversos desarrollos en salud pública han mostrado que la evidencia científica también puede ser cualitativa, en la medida en que se produzca mediante procedimientos sistemáticos, rigurosos y transparentes.

La investigación cualitativa permite generar evidencia sobre dimensiones fundamentales de los procesos de salud que no son accesibles mediante métodos cuantitativos. Comprender, por ejemplo, que la comprensión del riesgo sanitario se construye de manera situada y relacional, lo que tiene implicancias directas para las estrategias de comunicación y prevención en salud (Heyman et al., 1998).

Asimismo, enfoques cualitativos específicos como la fenomenografía, han sido utilizados para explorar las distintas formas en que las personas comprenden fenómenos relacionados con la salud y la atención sanitaria. Este tipo de investigación no busca establecer promedios o regularidades estadísticas, sino identificar variaciones en las formas de entender y experimentar la realidad, lo que resulta especialmente relevante en contextos clínicos y educativos (Barnard, McCosker, & Gerber, 1999). En atención primaria, esta aproximación permitiría comprender cómo distintos grupos interpretan conceptos como enfermedad, tratamiento o prevención, información clave para el diseño de intervenciones culturalmente pertinentes.

Reconocer la investigación cualitativa como una fuente legítima de evidencia científica implica ampliar los criterios tradicionales de validación del conocimiento en salud. No se trata de reemplazar los métodos cuantitativos, sino de integrarlos en un enfoque metodológico plural, acorde con la complejidad de los problemas sanitarios contemporáneos. En este sentido, la evidencia cualitativa contribuiría a contextualizar los hallazgos cuantitativos, a explicar resultados inesperados y a orientar la adaptación de intervenciones a contextos específicos.

En la medicina familiar y la atención primaria en salud, donde la efectividad de las estrategias preventivas depende en gran medida de la comprensión y apropiación por parte de las personas, la evidencia cualitativa se vuelve particularmente relevante. Incorporar este tipo de evidencia permitiría diseñar intervenciones más sensibles a las experiencias, significados y prácticas de las comunidades, fortaleciendo así el enfoque interdisciplinario en salud.

6. Interdisciplinariedad e investigación cualitativa en medicina familiar

La incorporación de la investigación cualitativa en la medicina familiar no puede comprenderse al margen de una reflexión epistemológica más amplia sobre el conocimiento en salud. Desde esta perspectiva, el campo de la epistemología de la salud ha mostrado que los procesos de producción de conocimiento sanitario están atravesados por supuestos teóricos, valores y decisiones metodológicas que delimitan qué dimensiones de la realidad se consideran relevantes y cuáles quedan excluidas. En este sentido, la salud no constituye un objeto simple ni unívoco, sino un campo complejo en el que confluyen dimensiones biológicas, sociales, culturales y simbólicas (Samaja, 2004).

La medicina familiar, por su orientación integral y comunitaria, se sitúa en un espacio privilegiado para el desarrollo de enfoques interdisciplinarios. En este nivel de atención, los problemas de salud no se presentan como entidades aisladas, sino como procesos que se inscriben en estilos de vida, condiciones materiales, relaciones familiares y contextos territoriales específicos. Abordar esta complejidad requiere articular saberes provenientes de distintas disciplinas, superando la fragmentación del conocimiento que ha caracterizado históricamente a los modelos biomédicos.

Desde una perspectiva epistemológica, Samaja (2004) plantea que los fenómenos de salud solo pueden ser comprendidos adecuadamente si se reconoce su carácter multidimensional. Esto implica asumir que ninguna disciplina, ni ningún enfoque metodológico por sí solo, es suficiente para dar cuenta de la complejidad de los procesos de salud y enfermedad. La investigación cualitativa, en este marco, no constituye un complemento marginal, sino un componente central para la construcción de conocimiento interdisciplinario en salud.

La articulación entre investigación cualitativa e interdisciplinariedad permite, además, problematizar nociones ampliamente utilizadas en salud pública, como riesgo, prevención o estilo de vida. Estas categorías, frecuentemente tratadas como conceptos técnicos neutros, adquieren significados diversos cuando se analizan desde la perspectiva de las personas y comunidades involucradas. La investigación cualitativa ofrece herramientas para explorar estas variaciones de sentido, lo que aportaría a una comprensión más situada y

contextualizada de los fenómenos sanitarios.

En la medicina familiar, esta aproximación resulta particularmente relevante para el diseño de estrategias preventivas. Las intervenciones que no consideran los significados locales del riesgo o las prácticas cotidianas de autoatención tienden a presentar limitaciones en su efectividad. En este sentido, la investigación cualitativa permite generar evidencia clave para la adaptación de políticas y programas de salud a los contextos específicos en los que se implementan, fortaleciendo así el enfoque interdisciplinario en atención primaria.

7. Investigación cualitativa, prevención y transformación de los comportamientos en salud

Uno de los aportes más significativos de la investigación cualitativa en medicina familiar y atención primaria se relaciona con su capacidad para iluminar los procesos mediante los cuales las personas construyen y transforman sus comportamientos en salud. A diferencia de los enfoques que asumen una relación lineal entre información, conocimiento y conducta, las investigaciones cualitativas han mostrado que los comportamientos preventivos se configuran en tramas complejas de significados, prácticas y relaciones sociales.

Los trabajos de Menéndez (1998) han sido particularmente influyentes en la problematización de conceptos como estilos de vida y riesgo. Desde su perspectiva, estos términos, ampliamente utilizados en salud pública, no poseen significados unívocos, sino que son construcciones sociales que varían según contextos históricos y culturales. Lo que para el discurso sanitario aparece como una conducta de riesgo, para los sujetos puede representar una práctica socialmente valorada, una estrategia de afrontamiento o una forma de autoafirmación identitaria. Esta divergencia de significados tiene implicancias directas para la efectividad de las intervenciones preventivas.

Asimismo, el enfoque de la autoatención de los padecimientos propuesto por Menéndez (2018) permite comprender cómo las personas desarrollan estrategias propias para enfrentar sus problemas de salud, muchas veces al margen o en articulación parcial con los sistemas formales de atención. Estas prácticas de autoatención no deben ser interpretadas como simples desviaciones del modelo biomédico, sino como respuestas racionales y culturalmente situadas frente a las condiciones de vida y a las limitaciones del acceso a los servicios de salud.

En este contexto, la investigación cualitativa permite visibilizar las lógicas que orientan las decisiones de las personas en relación con su salud, incluyendo la aceptación o rechazo de diagnósticos, la adherencia a tratamientos y la adopción de conductas preventivas. Com-

prender estas lógicas resulta fundamental para el diseño de estrategias preventivas más efectivas en atención primaria, ya que permite alinear las intervenciones sanitarias con las prácticas y significados existentes en las comunidades.

Desde esta perspectiva, puede plantearse que la investigación cualitativa no solo contribuye a comprender la realidad, sino que también posee un potencial transformador. Al generar conocimiento situado sobre las experiencias y significados de las personas, este enfoque puede orientar intervenciones más sensibles, participativas y contextualizadas, con mayor capacidad para incidir en los comportamientos en salud. En determinados contextos, esta capacidad de transformación puede resultar incluso más significativa que aquella derivada de intervenciones basadas exclusivamente en evidencia cuantitativa.

Este reconocimiento no implica jerarquizar un enfoque sobre otro, sino asumir que la prevención en salud, especialmente en el marco de la medicina familiar, requiere comprender cómo las personas viven, interpretan y negocian sus procesos de salud y enfermedad. La investigación cualitativa, integrada en un enfoque interdisciplinario, se presenta así como una herramienta clave para abordar este desafío.

8. Reflexión final

El recorrido desarrollado a lo largo de este capítulo permite sostener que la discusión sobre la incorporación de la investigación cualitativa en la medicina familiar no es únicamente metodológica, sino profundamente epistemológica. En efecto, lo que está en juego no es solo la elección de técnicas de investigación, sino la forma en que se concibe la enfermedad, el sujeto y la producción de conocimiento en salud. La persistencia de un enfoque que identifica la evidencia científica casi exclusivamente con resultados cuantificables ha limitado históricamente la capacidad de la atención primaria para comprender y abordar la complejidad de los procesos de salud y enfermedad tal como son vividos por las personas.

El nodo crítico que emerge de esta discusión se sitúa en la tensión entre información y transformación. Gran parte de las estrategias preventivas en salud se han apoyado en el supuesto de que la entrega de información objetiva —basada en riesgos, probabilidades o recomendaciones estandarizadas— es suficiente para modificar comportamientos. Sin embargo, como nos advierten las investigaciones cualitativas, las personas no actúan únicamente en función de información biomédica, sino a partir de significados construidos en contextos sociales, culturales y biográficos específicos. En este sentido, la brecha entre conocimiento experto y prácticas cotidianas no puede ser explicada ni resuelta exclusivamente mediante enfoques cuantitativos.

La investigación cualitativa permite acceder a las experiencias, narrativas y prácticas de las personas y comunidades, lo cual revela dimensiones fundamentales de los procesos de salud que suelen permanecer invisibles para los indicadores tradicionales. Desde esta perspectiva, la evidencia cualitativa no solo describe la realidad, sino que ofrece claves interpretativas esenciales para comprender por qué ciertas intervenciones preventivas fracasan o tienen efectos limitados.

En el marco de la medicina familiar y la atención primaria en salud, esta capacidad interpretativa adquiere una relevancia particular. La cercanía territorial, la continuidad del cuidado y la orientación comunitaria de este nivel de atención exigen estrategias de investigación y de intervención que dialoguen con la experiencia vivida de las personas. La investigación cualitativa, integrada en un enfoque interdisciplinario, permite avanzar hacia modelos de prevención más sensibles a los contextos locales y más respetuosos de los saberes y prácticas de las comunidades.

Desde esta reflexión, puede sostenerse que la incorporación sistemática de la perspectiva cualitativa en la medicina familiar no constituye un lujo académico ni una moda metodológica, sino una condición necesaria para aumentar la efectividad, pertinencia y legitimidad de las estrategias de cuidado y prevención en atención primaria. Reconocer la centralidad de la experiencia y del significado en los procesos de salud abre la posibilidad de pensar intervenciones que no solo informen, sino que también transformen de manera más profunda y sostenida los comportamientos en salud.

Referencias

1. Barnard, A., McCosker, H., & Gerber, R. (1999). Phenomenography: A qualitative research approach for exploring understanding in health care. Qualitative Health Research, 9(2), 212–226. https://doi.org/10.1177/104973299129121794

2. Cassirer, E. (1944). An essay on man: An introduction to a philosophy of human culture. Yale University Press

3. Faltermaier, T. (1997). Why public health research needs qualitative approaches: Subjects and methods in change. European Journal of Public Health, 7(4), 357–363.

4. Heyman, B., Henriksen, M., & Maughan, K. (1998). Probabilities and health risks: A qualitative approach. Social Science & Medicine, 47(9), 1295–1306.

5. Kivits, J., Ricci, L., & Minary, L. (2019). Interdisciplinary research in public health: The “why” and the “how”. Journal of Epidemiology and Community Health, 73(12), 1061–1062. https://doi.org/10.1136/jech-2019-212511

6. Lévi-Strauss, C. (1987). Antropología estructural (E. Verón, Trad.). Paidós. (Obra original publicada en 1958).

7. Menéndez, E. L. (1998). Estilos de vida, riesgos y construcción social. Conceptos similares y significados diferentes. Estudios Sociológicos, 37–67.

8. Menéndez, E. L. (2018). Autoatención de los padecimientos y algunos imaginarios antropológicos. Desacatos, (58), 104–113.

9. Nettleton, S. (2020). The sociology of health and illness. John Wiley & Sons.

10. Samaja, J. (2004). Epistemología de la salud (pp. 30–35). Buenos Aires: Lugar Editorial.

11. Virchow, R. (1848). Der Armenarzt. Die medicinische Reform, (18), 125-127.

Capítulo 09
Trabajo en Equipo:
Claves para el desempeño colectivo y seguridad psicológica en equipo

AUTOR: JUAN PABLO DÍAZ
PROFESIÓN: PSICÓLOGO UNIVERSIDAD DE CHILE, MAGISTER COMPORTAMIENTO ORGANIZACIONAL P.U.C.
DOCENTE ASIGNATURA COMUNICACIÓN Y TRABAJO EN EQUIPO DEL PROGRAMA DE FORMACIÓN DE ESPECIALISTAS EN MEDICINA FAMILIAR

Introducción

Trabajar en equipo es una experiencia que todo profesional debería tener en su trayectoria laboral. Aunque un rol pueda implicar un gran porcentaje de trabajo individual, el momento colectivo puede aportar a las personas el efecto multiplicador de ser parte de un equipo (tales como apoyo, información, coordinación, conocimiento y confianza). La inteligencia individual se potencia mucho al unir varias capacidades y personas, creando inteligencia colectiva, que permite consensuar propósitos y unir esfuerzos para el logro de metas.

El trabajo en equipo es una forma de trabajar que:

- Ha demostrado ser efectiva en instituciones tanto para el desarrollo personal, como para obtener resultados y metas, y desde ahí lograr la satisfacción de usuarios e indicadores de clima laboral.

- Puede asumir diversas formas; es una capacidad, un conjunto de prácticas, una metodología, un grupo de actitudes, una forma ética de hacer las cosas; una forma de interactuar donde las personas van más allá de sus objetivos individuales, trabajando por los propósitos comunes del grupo.

- Es una forma de trabajo que se opone al trabajo individual. Está asociado a una capacidad superior humana, la de colaborar activamente por el logro de objetivos comunes, asumiendo responsabilidad compartida, celebrando logros y manteniéndose unidos y cohesionados.

- El trabajo en equipo puede ser visto también como una fuente de armonía y clima laboral en los equipos, y también como una ética de trabajo conjunto, en contraposición a competir, anularse, negarse.

En el trabajo en equipo surge el colectivo, surge el nosotros, surgen los sueños y metas de desempeño. El resultado es un estado de ánimo compartido entre los integrantes del equipo, caracterizado por entusiasmo, inspiración y activación. Ello facilita el pensamiento creativo y la colaboración, lo que junto con la participación activa asociada a la seguridad psicológica, incrementa el trabajar con ideas innovadoras, en armonía, satisfaciendo usuarios, y logrando lo que se proponen según planes estratégicos, misiones u otros marcos de acción.

1. Definición y Características Fundamentales del Trabajo en Equipo

El trabajo en equipo trasciende la mera agrupación de individuos. Un equipo verdadero es concebido como un sistema de trabajo, compuesto por un grupo empoderado de personas que se comprometen a gestionar y liderar objetivos comunes.

Para ser considerado un equipo, el sistema debe cumplir con al menos seis criterios esenciales:

a) Propósito y Objetivos Comunes: Se dispone de un propósito y objetivos que priman sobre las metas individuales de sus integrantes.

b) Estabilidad y Reconocimiento: Está conformado por miembros estables a lo largo del tiempo, formalmente reconocidos por la organización.

c) Roles Diferenciados y Complementarios: Los integrantes poseen roles que se distinguen y se complementan entre sí, garantizando que sus tareas no se superpongan.

d) Colaboración y Dependencia Mutua: Sus actividades se basan en el trabajo colaborativo y la dependencia mutua, no simplemente en la suma de esfuerzos individuales.

e) Autonomía en la Toma de Decisiones: Posee altos niveles de autonomía para ejecutar la toma de decisiones.

f) Reflexividad Constante: Implementa con regularidad actividades de reflexividad, donde se revisan, analizan, cuestionan y ajustan sus objetivos, estrategias y metodologías de trabajo.

En contraste, un «grupo» de trabajo solo aglutina a trabajadores con objetivos y tareas que son principalmente individuales, aunque estén relacionados con una misma área funcional. El equipo, por su parte, produce resultados de calidad y excelencia, asume responsabilidad compartida, se complementa y confía. Además, los miembros de un equipo efectivo son capaces de reflexionar, tomar decisiones, influirse mutuamente, comunicarse y resolver problemas. No hay efectividad posible en el «individualismo heroico» los problemas humanos se resuelven con otros seres humanos, y las ideas suelen brotar cuando las personas conversan. Probablemente la colaboración es parte importante del ADN humano pues si primara lo competitivo la especie quizás ya se habría extinguido.

2. Competencias para el trabajo en equipo y roles

El éxito de un equipo se cimienta en la combinación de diversas habilidades y en la asignación de roles que aprovechen la diversidad intrínseca de sus miembros.

Las habilidades esenciales que un equipo requiere se da en la combinación de tres categorías principales:

a) Conocimiento técnico o funcional.

b) Habilidades interpersonales.

c) Habilidades para la resolución de problemas y la toma de decisiones.

Adicionalmente, las habilidades complementarias amplían las posibilidades de éxito, incluyendo la comunicación eficaz, la crítica útil, la objetividad, la aceptación del riesgo, la capacidad de escuchar, dar el beneficio de la duda, y el reconocimiento de los intereses y logros de los demás.

El modelo de roles de equipo de Belbin (2010) identifica nueve roles que las personas pueden asumir en un equipo , algunos de ellos les generan más motivación, mejora su desempeño y el aporte que brindan al equipo. Este enfoque rompe con el paradigma de querer que todos sean iguales y se concentra en aprovechar lo valioso que las personas ya tienen, la riqueza estaría en la diversidad. La clave es conectar a la persona con su rol preferido.

Los nueve roles se dividen en tres conjuntos principales:

1. Roles asociados a ideas o reflexión: Incluye al rol denominado “cerebro” (creativo, genera ideas), “monitor evaluador” (perspicaz, juzga con exactitud) y “especialista” (aporta conocimientos específicos).

2. Roles asociados a acción o ejecución: Incluye al rol denominado “impulsor” (retador, supera obstáculos), “implementador” (práctico, organiza el trabajo) y “finalizador” (concienzudo, busca errores).

3. Roles asociados a cohesión o integración social: Incluye al rol denominado “cohesionador” (cooperador, impide enfrentamientos), “investigador de recursos” (extrovertido, desarrolla contactos) y “coordinador” (seguro de sí mismo, identifica el talento).

3. Equipos disciplinarios, multidisciplinarios, interdisciplinarios y transdisciplinarios

La forma en que las disciplinas interactúan y se integran define la naturaleza del equipo. La colaboración aumenta en complejidad y profundidad a medida que se avanza de lo multidisciplinario a lo transdisciplinario.

A. Equipo disciplinario: Equipo de trabajo conformado por profesionales provenientes de la misma disciplina (p.e. equipo de médicos, enfermeras).

B. Equipo Multidisciplinario: Los profesionales de diversas disciplinas trabajan juntos, pero mantienen su propio enfoque y metodología. La colaboración se centra en el intercambio de información; las disciplinas no se integran de manera profunda, y cada miembro aporta su conocimiento de forma independiente (p.e. equipo de salud, uno diagnostica, otro aplica procedimientos, otro entrega fármacos, etc.).

C. Equipo Interdisciplinario: Existe una cooperación más estrecha. Los miembros no solo comparten información, sino que combinan sus enfoques y métodos para abordar un problema común, generando un entendimiento más profundo y soluciones que consideran diversas perspectivas (p.e. equipo de sector realizando estrategia de cuidados integrales).

D. Equipo Transdisciplinario: Este es el enfoque más avanzado, ya que busca integrar no solo el conocimiento de diferentes disciplinas, sino también la práctica y la experiencia fuera del ámbito académico o del entorno (como la comunidad). Los límites entre las disciplinas se desdibujan en la búsqueda de una solución holística que aborde problemas complejos (p.e. profesionales que forman un comité de bioética asistencial o científica).

4.-Desempeño y Conflictos: El Desarrollo del Equipo y el Manejo de Conflicto

El desarrollo de un equipo se describe en un proceso secuencial de cuatro fases:formación, discusión, regulación y ejecución."

a) Formación (Fase 1): En esta etapa inicial, los miembros del equipo tienen expectativas y buscan sus roles. Intercambian las primeras informaciones y se analizan mutuamente. El trato es educado, impersonal, prudente y con curiosidad (expectativa). El líder debe permitir que los integrantes se conozcan e intercambien opiniones, y establecer pautas respecto a la dirección, estructura, objetivos y prioridades.

b) Discusión (Fase 2): Es la fase donde las diferencias de opinión se hacen evidentes y se generan luchas de poder. Se producen conflictos subliminales, confrontación de la persona, formación de grupos y una sensación de estar en un callejón sin salida, ya que se avanza con dificultad. La clave para el líder en esta fase es mantener el autocontrol, no ignorar ni ocultar los conflictos, proponer u crear opciones para su solución, y destacar el objetivo común.

c) Regulación (Fase 3): Se caracteriza por la introducción de las reglas del juego. Comienza un intercambio constructivo de ideas e información, que incluye nuevas formas de trato, nuevos comportamientos, feedback y choque de puntos de vista. El líder debe controlar el afianzamiento y cumplimiento de las reglas del juego, además de buscar integrar al equipo y satisfacer los intereses, fortalezas y necesidades de cada miembro.

d) Ejecución (Fase 4): En esta etapa, el equipo aprovecha sus posibles sinergias y se regula prácticamente de forma autónoma. La colaboración es creativa, flexible, transparente, eficaz, solidaria y diligente. El rol del líder se centra en confiar en el equipo, fijar objetivos, delegar tareas, comunicar el avance de los proyectos y representar al equipo en el exterior.

5.-Estrategias para Fortalecer el Trabajo en Equipo

Fortalecer la dinámica de equipo requiere enfocarse en cinco factores interdependientes, comúnmente conocidos como las «5 C»,además de la gestión estratégica del liderazgo. Los 5 Componentes Clave son:

Componente	Definición y Contribución
Comunicación	Intercambio fundamental de datos e información para la eficiencia y eficacia del equipo. Aporta claridad, fortalece la relación y resuelve el conflicto.
Coordinación	Asignación del trabajo en términos de tiempo, claridad y calidad. El líder y el equipo son clave para que estas acciones sean efectivas, eficientes e integradoras.
Complementariedad	Aprovechar que las fortalezas de unos son las debilidades de otros. Se refiere a la diversidad de conocimientos y habilidades para el logro de objetivos, buscando incentivar el máximo potencial de los integrantes.
Confianza	Capacidad de sentir seguridad en el vínculo, basada en sinceridad, lealtad, conocimiento, responsabilidad y compromiso. Es un lazo emocional que cree en el aporte del otro.
Compromiso	El “enganche emocional” que impulsa el deseo de querer contribuir y pertenecer. Permite dar la “milla extra” con entusiasmo y dedicación, y sentir orgullo por los logros.

El resultado de estos factores es la creación de un entorno de «seguridad psicológica». (equivalente en el desarrollo evolutivo del ser humano a la sensación de protección y estabilidad del vínculo hacia familias que viven en armonía, a través de la relación con padres y/o cuidadores). La seguridad psicológica será un conjunto de normas que describen un ambiente de trabajo en equipo en que las personas se sienten seguras de ser ellas mismas, proliferando la innovación, el desempeño y el buen clima.

Bibliografía

1. Belbin, R. M. (1981). Management Teams: Why They Succeed or Fail. Oxford: Butterworth-Heinemann.

2. Belbin, R. M. (2010). Team Roles at Work (2nd ed.). Oxford: Butterworth-Heinemann.

3. Clark, T. R. (2022). Las 4 etapas de la seguridad psicológica: El camino a la innovación a través de la inclusión. Empresa Activa. ISBN 978-84-16997-72-5

4. Fernández, I. (2019). Organizaciones saludables y resilientes. Santiago de Chile: Ediciones UC.

5. Fernández, I. (2016). Psicología del trabajo y de las organizaciones: bienestar, liderazgo y desempeño. Santiago de Chile: Ediciones UC.

6. Katzenbach, J. R., & Smith, D. K. (1993). The Wisdom of Teams: Creating the High-Performance Organization. Boston: Harvard Business School Press.

7. Katzenbach, J. R. (1998). Teams at the Top: Unleashing the Potential of Both Teams and Individual Leaders. Boston: Harvard Business School Press.

8. Losada, M. (1999). The complex dynamics of high performance teams. Mathematical and Computer Modelling, 30(9–10), 179–192.

9. Losada, M., & Heaphy, E. (2004). The role of positivity and connectivity in the performance of business teams. American Behavioral Scientist, 47(6), 740–765.

10. Tuckman, B. W. (1965). Developmental sequence in small groups. Psychological Bulletin, 63(6), 384–399.

11. Tuckman, B. W., & Jensen, M. A. C. (1977). Stages of small-group development revisited. Group & Organization Studies, 2(4), 419–427.

12. Vergara, S. (2015) Construir Inteligencia colectiva en la organización, Ediciones UC.

Capítulo 10
Cómo hacer buenas preguntas de investigación.
La importancia de investigar en Medicina Familiar y Comunitaria y en atención primaria de salud desde una perspectiva crítica.

AUTOR: ALEJANDRO A. GÓMEZ MUÑOZ. SOCIÓLOGO.
DOCENTE PROGRAMA DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA DE LA UNIVERSIDAD DIEGO PORTALES. SANTIAGO-CHILE.
INVESTIGADOR LABORATORIO INTERDISCIPLINARIO DE ESTADÍSTICA SOCIAL. LIES_UC. FACULTAD DE MATEMÁTICAS. PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CHILE.

AUTOR: ANDRÉS E. ASENJO MOROSETTI. SOCIÓLOGO.
DIRECTOR DE ASEGURAMIENTO DE LA CALIDAD INSTITUTO PROFESIONAL DE CHILE.

"La maladie est socialement conditionnée dans sa production comme dans sa reconnaissance."

"La enfermedad está socialmente condicionada tanto en su producción como en su reconocimiento."

Capítulo: Structures sociales et structures mentales

Bourdieu, P. (1998). La domination masculine. Paris: Éditions du Seuil.

Introducción: preguntar no es un acto neutro

Toda investigación comienza con una pregunta, pero no toda pregunta inaugura una investigación significativa. En medicina familiar y comunitaria, donde la práctica clínica se entrelaza con biografías, territorios y contextos de inequidad social, preguntar es un acto clínico, epistemológico y político al mismo tiempo. Preguntar define; al que quiere conocer, qué realidades se vuelven visibles, cuáles permanecen en penumbra y qué formas de vida son consideradas valiosas de ser comprendidas.

Ian McWhinney sostenía que la medicina familiar no se organiza en torno a enfermedades aisladas, sino en torno a personas en contexto, inscritas en historias familiares, sociales y culturales (McWhinney, 1997). Si este es el corazón de la disciplina, entonces las preguntas de investigación en MFyC y APS no pueden reducirse a formulaciones técnicas desprovistas de densidad social. Deben emerger de la práctica cotidiana, de la incomodidad clínica, de la perplejidad ante lo que no encaja en los protocolos, de aquello que reaparece una y otra vez en la consulta sin encontrar respuesta satisfactoria[1].

Desde una metodología crítica, la pregunta de investigación deja de ser un mero requisito metodológico para convertirse en un acto fundacional: un punto de inflexión donde se articulan ontología (qué entendemos por realidad), epistemología (cómo creemos que se conoce) y ética[2]. En este capítulo proponemos pensar la formulación de preguntas de investigación como una práctica situada, reflexiva y comprometida con la transformación de las condiciones de salud en los territorios donde la APS despliega su trabajo cotidiano.

1. Ciencia, conocimiento y poder: de dónde surgen nuestras preguntas

Pardo y Cedeño recuerdan que la ciencia no es una empresa ahistórica, sino una construcción social atravesada por contextos culturales, intereses y disputas de poder (Pardo & Cedeño, 1997). Las preguntas que consideramos “científicas” no surgen en el vacío: emergen en campos específicos, con reglas, jerarquías y capitales en disputa.

1 Esta «incomodidad clínica» ante lo que no encaja en los protocolos es, a menudo, el primer síntoma de una violencia estructural subyacente: arreglos sociales, políticos y económicos que dañan a los pacientes y que suelen ser invisibles por estar normalizados en la experiencia cotidiana. Aunque realidades como las de Haití o Ruanda puedan parecer geográficamente remotas, el análisis de sus crisis sanitarias revela que la enfermedad nunca es puramente biológica, sino un proceso biosocial donde la pobreza, el racismo y la desigualdad determinan el curso del padecimiento. Al reconocer que las barreras para la salud en esos contextos son las mismas fuerzas que limitan la eficacia de nuestros tratamientos locales, lo «lejano» se vuelve «cercano» y urgente.

2 Mientras la ontología interroga la naturaleza de la realidad estudiada y la epistemología los modos de acceso y validación del conocimiento, la ética introduce la pregunta por la responsabilidad y las consecuencias de producir, omitir o actuar sobre dicho conocimiento.

Aquí resulta esclarecedor el aporte de Pierre Bourdieu, quien plantea que todo campo científico distribuye de manera desigual el capital cultural, simbólico y social, definiendo qué preguntas son legítimas, qué métodos son valorados y quién tiene la autoridad para hablar. En el campo de la salud, esta lógica ha tendido históricamente a privilegiar preguntas cuantificables, estandarizables y compatibles con diseños experimentales, estableciendo un canon metodológico que, si bien ha producido avances relevantes, también ha contribuido a delimitar de manera restrictiva el tipo de problemas considerados investigables. Desde la MFyC y la APS, esta tensión se hace particularmente visible, ya que muchas de las problemáticas más relevantes —como la soledad, el sufrimiento social y familiar, la adherencia terapéutica, la confianza, las barreras culturales o la continuidad del cuidado— no se dejan capturar fácilmente por indicadores clásicos ni por diseños altamente controlados. Formular preguntas de investigación implica, entonces, resistir la reducción de la complejidad y aceptar que la relevancia social no siempre coincide con la comodidad metodológica.

Esta tensión no es ajena al propio debate interno de la investigación clínica contemporánea. Incluso desde perspectivas más clásicas, se reconoce que los principales desafíos actuales en salud —como el abordaje de patologías crónicas, las intervenciones preventivas o la evaluación de efectos a largo plazo en poblaciones con comorbilidades y contextos complejos— desbordan los marcos experimentales tradicionales y exigen diseños más pragmáticos y sensibles a la heterogeneidad de los contextos de atención[3]. Lejos de oponerse de manera dicotómica, este reconocimiento abre un espacio fértil para repensar las preguntas de investigación desde enfoques que integren rigor metodológico y relevancia social, particularmente en campos como la medicina familiar y comunitaria.

2. ¿Qué hace que una pregunta sea una “buena” pregunta de investigación?

La literatura metodológica clásica coincide en que una buena pregunta debe ser clara, factible, relevante y susceptible de ser respondida con métodos científicos adecuados (Farrugia et al., 2010; Thabane et al., 2009). Sin embargo, desde una perspectiva crítica, estos criterios resultan necesarios pero insuficientes.

3 Véase, por ejemplo, la discusión en la investigación clínica sobre la necesidad de enfoques pragmáticos frente a la complejidad de las condiciones reales de atención: “Los principales retos actuales de la investigación clínica, como las patologías crónicas, las actividades preventivas o los efectos a largo plazo de las intervenciones en poblaciones con problemas complejos o con comorbilidad, requieren una orientación más pragmática del diseño de los estudios” (p.6)

Alon (2009) propone que un buen problema científico es aquel que abre un campo fértil de indagación, que genera aprendizaje incluso si los resultados no confirman la hipótesis inicial. En MFyC, esto adquiere una dimensión adicional: una buena pregunta no solo produce conocimiento, sino que mejora la práctica, fortalece vínculos y contribuye a la equidad.

Mayo et al. (2013) advierten que muchas preguntas que se formulan como "de investigación" son en realidad preguntas administrativas, normativas o retóricas. En APS, esto ocurre con frecuencia cuando se confunden indicadores de gestión con problemas de investigación. La metodología crítica invita a detenerse y preguntar:

- ¿Esta pregunta emerge de una necesidad sentida en el territorio?
- ¿A quién le sirve la respuesta?
- ¿Qué experiencias quedan fuera si la formulamos así?

Una buena pregunta, en este sentido, incomoda, desestabiliza certezas, tensiona prácticas naturalizadas y obliga a revisar los propios supuestos y aquellos sistémicos en la disciplina.

3. Problema, objetivos e hipótesis: ordenar sin empobrecer

Pineda, de Alvarado y de Canales (1994) subrayan la importancia de delimitar con precisión el problema de investigación y formular objetivos claros. Este ordenamiento es fundamental, pero en MFyC debe realizarse con cuidado para no empobrecer la realidad que se busca comprender, intentando de abarcar el fenómeno en su conjunto, incluyendo el contexto y su territorio.

En la práctica clínica cotidiana, los problemas rara vez se presentan de manera lineal; se configuran como entramados dinámicos de factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales. La tentación de "recortar" el problema para hacerlo investigable puede, sin embargo, conducir a una pérdida de sentido y a una comprensión parcial de los procesos de salud-enfermedad. Desde un enfoque epistemológico-metodológico socio-crítico, la investigación se enfrenta a una tensión central: la necesidad de delimitar el objeto de estudio sin despojarlo de los contextos históricos, sociales y relacionales que le confieren significado. En el campo de la medicina familiar, donde los fenómenos se expresan en escenarios complejos y situados, una reducción excesiva del problema puede derivar en una fragmentación analítica que limita su comprensión. En este marco, delimitar no implica aislar, sino focalizar preservando las conexiones significativas, posibilitando una lectura más integral de las prácticas, experiencias y relaciones que configuran la atención en salud.

Las hipótesis, cuando existen, deben entenderse como proposiciones abiertas, no como verdades a confirmar a toda costa en un espacio instrumental a un paradigma[4] específico. En investigación cualitativa y participativa, muchas veces la pregunta precede a la hipótesis, y esta se va construyendo en diálogo con el campo y con los actores involucrados.

4. Epidemiología, evidencia y biopolítica: lo que las preguntas producen.

La epidemiología ha sido una herramienta central para la salud pública y la APS, permitiendo identificar patrones, riesgos y efectos de intervenciones (Trillos, 2016). Sin embargo, como advierte Michel Foucault, todo saber que clasifica poblaciones y distribuye riesgos participa de formas de biopolítica: modos de gestionar la vida, el cuerpo y la salud de colectivos enteros.

Las preguntas epidemiológicas no son inocentes. Al definir variables, categorías y desenlaces, producen realidades gobernables. Desde MFyC, esto exige una vigilancia epistemológica constante: ¿qué vidas quedan invisibilizadas cuando priorizamos ciertos desenlaces? ¿Qué formas de sufrimiento no entran en nuestras métricas?

La práctica basada en la evidencia, tal como la describe Manrique (2016), es indispensable para una atención de calidad. No obstante, la evidencia debe ser interpretada a la luz del contexto, la singularidad y los valores de las personas. Formular buenas preguntas implica también preguntarse qué tipo de evidencia necesitamos para cuidar mejor, y no solo para cumplir estándares.

5. La pregunta como práctica situada en la APS

Cummings, Browner y Hulley (2007) destacan que concebir una buena pregunta de investigación es un proceso creativo que requiere experiencia clínica, curiosidad y reflexión sistemática. En APS, este proceso se nutre de la longitudinalidad: ver a las personas a lo largo del tiempo permite identificar patrones que no son visibles en encuentros episódicos.

4 T. Kuhn señalaba que las ciencias no progresan a través de un proceso uniforme por la aplicación de un hipotético método científico, como una evolución del conocimiento. Es un proceso, que lo realiza a través de la consolidación de sistemas de creencias y ejecución del quehacer científico. Este proceso resulta de la validación histórica por parte de una mayoría en la comunidad científica, la que a través de la consolidación de un conjunto de saberes permite la generación de lo que se denomina como paradigma, el cual actúa como un sistema predominante dentro de una agrupación científica.

La APS ofrece un privilegio epistemológico: la posibilidad de observar cómo las políticas, las condiciones sociales y las decisiones institucionales se inscriben en cuerpos concretos. Desde allí, las preguntas pueden emerger de lo cotidiano:

¿Por qué ciertos pacientes abandonan tratamientos efectivos?

¿Cómo influyen las redes familiares en el manejo de enfermedades crónicas?

¿Qué significados locales se atribuyen a la prevención?

Booth (2006) propone marcos como SPICE (Setting; Perspective; Intervention; Intervención; Comparison; Evaluation) para estructurar preguntas orientadas a la evidencia. Estos marcos son útiles, pero en MFyC deben dialogar con preguntas abiertas, exploratorias y sensibles al contexto, que no siempre encajan en esquemas predefinidos.

6. Metodología crítica y Medicina Familiar: preguntar con otros, no sobre otros.

Desde la metodología crítica, la pregunta de investigación no se formula en soledad. Idealmente, se construye con otros: con equipos de salud, con comunidades, con pacientes. Este desplazamiento rompe la lógica sujeto–objeto y abre la posibilidad de una relación sujeto–sujeto, donde el conocimiento se co-construye.

Aquí Bourdieu: reconocer que las personas poseen capital cultural y social propio implica valorar sus interpretaciones sobre la salud y la enfermedad. En MFyC, donde el vínculo es parte del tratamiento, investigar de este modo fortalece la confianza y la pertinencia de los hallazgos.

Formular preguntas junto a la comunidad no significa renunciar al rigor, sino redefinirlo. El rigor ya no se mide solo por el control de variables, sino también por la fidelidad a los significados, la coherencia ética y la utilidad social del conocimiento producido.

7. El quehacer científico como práctica situada y colaborativa.

Cuando la pregunta de investigación se construye con otros, el quehacer científico deja de ser una operación técnica aplicada desde afuera y se transforma en una práctica situada, relacional y colectiva. En Medicina Familiar y Comunitaria, investigar implica habitar el territorio, reconocer la historicidad de los vínculos y asumir que el conocimiento emerge en

la interacción entre saberes profesionales, experiencias de vida y contextos institucionales concretos. Esto permite expandir el espacio del acto una pregunta al momento de investigar.

Desde esta perspectiva, avanzar científicamente no significa acumular datos descontextualizados, sino producir comprensiones que orienten la acción clínica y comunitaria. El diseño metodológico, la selección de técnicas y la interpretación de los resultados se ven interpelados por esta lógica: se privilegian métodos capaces de captar procesos, significados y relaciones, así como espacios de diálogo interdisciplinario[5] que permitan contrastar y enriquecer las interpretaciones. De esta forma, Las distintas disciplinas aportan marcos conceptuales, sensibilidades y criterios de relevancia que amplían el campo de lo investigable y fortalecen la validez práctica del conocimiento producido. En MFyC, este modo de hacer ciencia no solo explica la realidad, sino que contribuye a transformarla, alineando la producción de conocimiento con el cuidado, la equidad y la responsabilidad social.

8. Preguntar como acto clínico, político y democrático

En medicina familiar y comunitaria, hacer buenas preguntas de investigación es una extensión natural del acto clínico. Ambas prácticas, preguntar en la consulta e investigar, comparten una misma raíz: la voluntad de comprender para cuidar mejor.

La metodología crítica nos recuerda que no existen preguntas neutrales. Cada pregunta abre un mundo posible y cierra otros. En APS, donde se juega buena parte de la justicia sanitaria, formular preguntas pertinentes, situadas y socialmente relevantes es una responsabilidad ética ineludible.

Preguntar bien es, en última instancia, un acto democrático: distribuye la palabra, reconoce saberes y orienta la acción hacia la transformación de realidades injustas. En ello, la MFyC encuentra no solo un campo de investigación, sino una afirmación profunda de su identidad disciplinar. Esta concepción del preguntar como práctica clínica, ética y política se inscribe en un desafío epistemológico más amplio para la medicina familiar: sostener una apertura reflexiva permanente frente a la tensión entre totalidad y parcialidad del conocimiento. Reconocer que toda pregunta es necesariamente situada, encarnada y emocionalmente condicionada exige una actitud epistemológica que no solo tolere la incertidumbre, sino que la habite como condición de posibilidad para el cuidado y la transformación en salud.

5 Los enfoques interdisciplinarios integran conocimientos y metodologías a través de las disciplinas para abordar problemas complejos, fomentando la interdependencia y la co-construcción de estrategias de intervención.

Desde esta perspectiva, la apertura epistemológica no puede entenderse como una abstracción puramente cognitiva, sino como una práctica reflexiva situada, atravesada por condiciones corporales, afectivas y relacionales que sostienen —o limitan— la capacidad de interrogar sin clausurar prematuramente el sentido. En este marco, la reflexión epistemológica se vuelve inseparable de una ética del conocer, en la que la duda no es una carencia, sino un recurso activo para pensar y actuar en contextos de complejidad. Tal como señala Fuentes Hülse:

“El desafío de apertura epistemológica sería el ser conscientes de la relación totalidad/parcialidad que hay en cada forma de conocimiento. Esta tensión entre lo total y lo parcial, o la unidad y la multiplicidad, deviene en actitud reflexiva permanente. Pero esta racionalidad reflexiva no cuelga en el aire, sino que se encuentra encarnada en un cuerpo físico y biológico, y requeriría de una modalidad emocional amorosa como fundamento para albergar la duda, requisito indispensable para la reflexión, sin sucumbir en el intento” (Fuentes Hülse, 201

Bibliografía

1. Alon, U. (2009). How to choose a good scientific problem. Molecular Cell, 35(6), 726–728.

2. Argimon Pallás, J. M.ª, & Jiménez Villa, J. (2013). El proceso de la investigación clínica y epidemiológica. En Métodos de investigación clínica y epidemiológica (4.ª ed., pp. 7-14). Elsevier

3. Booth, A. (2006). Clear and present questions: Formulating questions for evidence based practice. Library Hi Tech, 24(3), 355–368.

4. Cummings, S. R., Browner, W. S., & Hulley, S. B. (2007). Conceiving the research question. En Designing clinical research (3rd ed., pp. 17–26). Lippincott Williams & Wilkins.

5. Farmer, P. E., Nizeye, B., Stulac, S., & Keshavjee, S. (2006). Structural violence and clinical medicine. PLoS Medicine, 3(10), e449. https://doi.org/10.1371/journal.pmed.0030449

6. Farrugia, P., Petrisor, B. A., Farrokhyar, F., & Bhandari, M. (2010). Research questions, hypotheses and objectives. Canadian Journal of Surgery, 53(4), 278–281.

7. Foucault, M. (1978). The history of sexuality: Volume I. An introduction. Pantheon Books.

8. Fuentes Hülse, S. A. (2017). Hacia una epistemología integral de la medicina familiar: inflamación y evolución. Revista Chilena de Medicina Familiar, 12(1), 24–32.

9. González, K. (2020). Equipos interdisciplinarios: Nuevas formas de prestar servicios de salud, nuevas oportunidades para el Trabajo Social. Revista de Trabajo Social

10. Kuhn, T. S. (1971). La estructura de las revoluciones científicas Fondo de Cultura

11. Law, J. (2004). After method: Mess in social science research. London, UK: Routledge

12. Manrique, R. (2016). Práctica basada en la evidencia. En Fundamentos de salud pública. Tomo III (pp. 231–244). Corporación para Investigaciones Biológicas.

13. McWhinney, I. R. (1997). A textbook of family medicine. Oxford University Press.

14. Mayo, N. E., Asano, M., & Barbic, S. P. (2013). When is a research question not a research question? Journal of Rehabilitation Medicine, 45(6), 417–422.

15. Pardo, G., & Cedeño, M. (1997). Orígenes, evolución de la ciencia y formas de conocimiento. En Investigación en salud. Factores sociales (pp. 1–27). McGraw-Hill Interamericana.

16. Thabane, L., Thomas, T., Ye, C., & Paul, J. (2009). Posing the research question: Not so simple. Canadian Journal of Anesthesia, 56(1), 71–79.

17. Vinculación con el Medio UNAB. (s.f.). ¿Qué significa multidisciplinario, interdisciplinario y transdisciplinario? Recuperado de https://vinculacion.unab.cl/wiki/que-significa-multidisciplinario-interdisciplinario-y-transdisciplinario

Capítulo 11
El Médico Familiar en la atención del paciente con cáncer y en cuidados paliativos universales.

AUTOR: DR. ROBERTO BARNA JURI
PROFESOR ASOCIADO MEDICINA FAMILIAR. PROGRAMA DE FORMACIÓN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA, UDP.
MASTER EN CUIDADOS PALIATIVOS. UNIVERSIDAD P. DE SALAMANCA.
COORDINADOR PROGRAMA DE CUIDADOS PALIATIVOS. DEPARTAMENTO DE ASISTENCIA REMOTA. MINISTERIO DE SALUD.
DIRECTOR MAGÍSTER EN SALUD PÚBLICA CON ESPECIALIZACIÓN EN GESTIÓN DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD. FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS. UNIVERSIDAD BERNARDO O'HIGGINS.

Introducción

Es propio de la especialidad de medicina familiar considerar que los problemas que más afectan a las comunidades, territorios, familias e individuos bajo su cuidado —en una relación de continuidad e integralidad— son de su ámbito de responsabilidad. Si su quehacer se define por los principios de la medicina familiar, su protagonismo en este campo resulta ineludible.

Los problemas de salud relacionadoscon el cáncer y enfermedades crónicas los de mayor prevalencia y mortalidad en la población chilena, constituyen una temática prioritaria en el quehacer de los especialistas en medicina familiar. Esta relevancia se acentúa en el contexto de los cambios demográficos y epidemiológicos de la población chilena.

Este capítulo revisa los principales aspectos epidemiológicos del cáncer y las enfermedades crónicas en Chile, el marco normativo y legal que regula las acciones del sector salud en estas materias, y el rol que corresponde asumir a los especialistas en medicina familiar. Se incluye también el componente de la participación comunitaria y de la sociedad civil, aspecto fundamental en la orientación familiar y comunitaria de la especialidad.

Epidemiología del cáncer y de las enfermedades crónicas en Chile

En la última década, el cáncer se ha convertido en una de las principales causas de muerte en el mundo y en Chile. (Parra-Soto, 2020). En cuanto a los tipos de cáncer más comunes a nivel mundial, el de pulmón, próstata y colorrectal son los predominantes en hombres,

mientras que, en mujeres, los de mama, pulmón y colorrectal encabezan la lista. (Bray, 2024). Las proyecciones de estos estudios estiman que para el año 2045 las cifras de muertes se dupliquen.

La situación del cáncer en Chile presenta un panorama similar al resto del mundo. En 2022, se registraron 59.876 nuevos casos de cáncer, divididos en 32.800 en hombres y 27.076 en mujeres. Los tres tipos de cáncer más frecuentes en hombres fueron los de próstata, colorrectal y estómago, mientras que en mujeres predominaron los de mama, colorrectal y pulmón. Ese mismo año, la mortalidad por cáncer alcanzó las 31.440 muertes, con 16.897 hombres y 14.543 mujeres fallecidas, siendo los cánceres de próstata, estómago y pulmón los más letales en hombres y los de mama, colorrectal y pulmón en mujeres. Las proyecciones para 2045 estiman un aumento en los casos de cáncer a 107.228 (63.764 hombres y 43.464 mujeres), y un incremento en las muertes a 61.785 (35.973 hombres y 25.812 mujeres) (Bray, 2024).

El cáncer constituye la segunda causa de mortalidad en Chile, con más de 59.000 nuevos casos anuales y más de 29.000 defunciones, lo que representa un desafío de salud pública de creciente magnitud.

Desde el punto de vista social, el cáncer es la principal causa de años de vida ajustados por discapacidad (15,3 % del total en 2019) y de años de vida potencial perdidos, reflejando una alta carga de enfermedad y una profunda desigualdad en el acceso a diagnóstico y tratamiento oportuno.

Desde el punto de vista económico, la enfermedad genera un gasto significativo que supera los USD 2.100 millones anuales, incluyendo costos directos e indirectos.

Desde el punto de vista epidemiológico, existen significativas diferencias según sexo, edad, ubicación geográfica.

En Chile, por ejemplo, el cáncer de mama representa la principal causa de mortalidad oncológica en mujeres (Rosselot, y otros, 2023). Durante el período 1998-2019 se estimó a nivel nacional una tasa bruta de incidencia de 46,1 por 100.000 mujeres (Dep. Epidemiología, Minsal, 2023)y, según otro estudio, entre 2007-2018 se reportaron tasas de incidencias estandarizadas por edad altas en las regiones de Arica y Parinacota, Metropolitana y Valparaíso (Madariaga, Mondschein, & Torres, 2024), mientras que estadísticas entre 1998 y 2013 ya reportaban un incremento en la tasa cruda de mortalidad por cáncer de mama en mujeres chilenas (Icaza et al., 2017).

La mortalidad por cáncer de mama en Chile entre 2010 y 2024 muestra un aumento en el número de defunciones, de 1.297 en 2010 a 1.836 en 2024, y un incremento en la tasa cruda

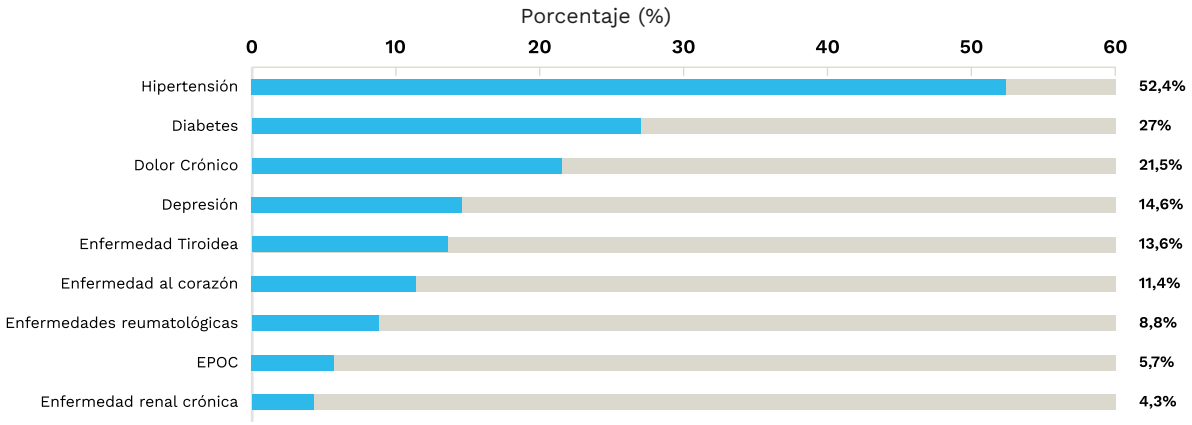
de mortalidad de 14,97 a 18,04 por 100.000 mujeres en el mismo período. Otros estudios previos en Chile (Icaza et al., 2017) muestran una tendencia ascendente de la tasa cruda de mortalidad por cáncer de mama en mujeres en el período 1995-2013, lo cual revela que el aumento que hemos encontrado en este periodo, también se pudo develar en el periodo previo.

Ante esta situación epidemiológica, el médico familiar debe enfocarse en las estrategias nacionales sobre factores de riesgo modificables, tales como exceso de peso, dieta inadecuada, inactividad física y consumo de alcohol y tabaco, los cuales contribuyen entre 30 % y 40 % a las muertes por cáncer (MINSAL, 2022) y en todas las acciones recomendadas por el Código Latinoamericano contra el Cáncer. (Espina, 2023)

Las enfermedades crónicas —denominadas también enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT)— se definen como aquellas de larga duración resultantes de una combinación de factores genéticos, fisiológicos, ambientales y conductuales (OMS, s. f.).

Según la Encuesta Nacional de Discapacidad y Dependencia (ENDIDE) del año 2022, la hipertensión es la enfermedad crónica más prevalente en personas mayores de 60 años, con un 52,4% de autorreporte. Le siguen la diabetes (27,0%) y enfermedades asociadas a dolor crónico (21,5%). Otras condiciones relevantes incluyen la depresión (14,6%), enfermedades tiroideas (13,6%) y al corazón (11,4%). Patologías menos frecuentes, aunque no menos significativas, son las reumatológicas (8,8%), la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) (5,7%) y la renal crónica (4,3%).

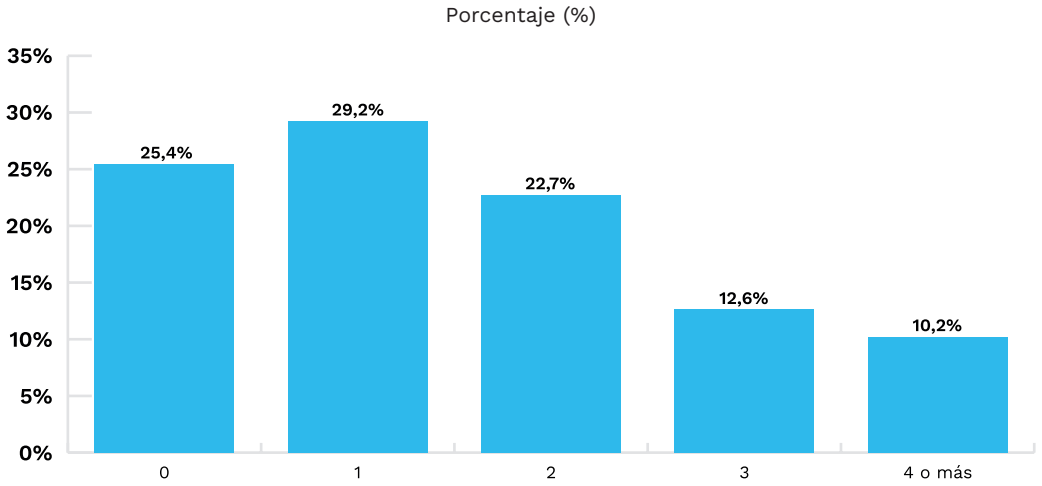
Enfermedades crónicas más autorreportadas por la población 60+



Fuente: Elaboración del Observatorio del Envejecimiento UC-Confuturo en base a Encuesta Nacional de Discapacidad y Dependencia 2022. Nota: Cifra constituye autorreporte de enfermedades, responde a la pregunta "En los últimos 12 meses ¿Tiene o ha tenido alguna de las siguientes enfermedades?. Nota²: EPOC es la sigla para Enfermedad Pulmonal Obstructiva Crónica.

La multimorbilidad, definida como la coexistencia de dos o más enfermedades crónicas en un individuo, es una característica común en las personas mayores. En Chile, y si bien el 25,4 % de esta población no reporta enfermedades crónicas, el 29,2 % reporta una, el 22,7 % reporta dos, el 12,6 % reporta tres, y el 10,2 % reporta cuatro o más patologías. Esto evidencia que, aunque una proporción significativa de personas mayores vive sin enfermedades crónicas (1 de cada 4), una parte considerable enfrenta la complejidad de manejar múltiples condiciones simultáneamente.

Número de enfermedades crónicas autorreportadas por la población 60+



Fuente: Elaboración del Observatorio del Envejecimiento UC-Confuturo en base a Encuesta Nacional de Discapacidad y Dependencia 2022.

En términos generales, se describen una amplia gama de enfermedades que requieren cuidados paliativos; la OMS señala que la mayoría de los adultos que los necesitan tienen enfermedades crónicas tales como enfermedades cardiovasculares (38,5 %), cáncer (34 %), enfermedades respiratorias crónicas (10,3 %), sida (5,7 %) y diabetes (4,6 %). Muchas otras afecciones también requieren de asistencia paliativa; por ejemplo, insuficiencia renal, enfermedades hepáticas crónicas, esclerosis múltiple, enfermedad de Parkinson, enfermedades neurológicas progresivas, demencia, entre otras (OMS, 2021).

Las condiciones de salud utilizadas en estimación de demanda de cuidados paliativos no oncológicos que requiere cuidados paliativos son (ETESA UC. , 2021):

- Infección causada por VIH
- Trastornos mentales orgánicos
- Afecciones extrapiramidales y otras afecciones del movimiento; otras afecciones degenerativas del SNC. Afecciones desmielinizantes del SNC, epilepsia; parálisis cerebral y

otros síndromes paralizantes (Enfermedad de Parkinson, Esclerosis múltiple, ELA, Enf Creutzfeld Jakob)

- Enfermedad reumática del corazón, cardiomiopatías e insuficiencia cardíaca (Fiebre reumática, Enfermedad hipertensiva del corazón, Cardiomiopatía, miocarditis, endocarditis)
- Enfermedad pulmonar crónica, enfermedad pulmonar debida a agentes externos, enfermedad pulmonar intersticial, EPOC, otras enfermedades del sistema respiratorio.
- Insuficiencia renal
- Senilidad
- Enfermedad musculoesquelética

Marco Normativo y Legislativo de Cáncer en Chile

El médico familiar debe tener un conocimiento profundo de los recursos que el Estado dispone para el cuidado y acompañamiento de la persona con cáncer, sus cuidadores y su familia, con el fin de ejercer efectivamente su función de aliado y coordinador de los diferentes recursos sanitarios y sociales disponibles. A continuación se presenta el marco normativo y legislativo vigente en materia de promoción, prevención, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos de las enfermedades oncológicas y crónicas graves.

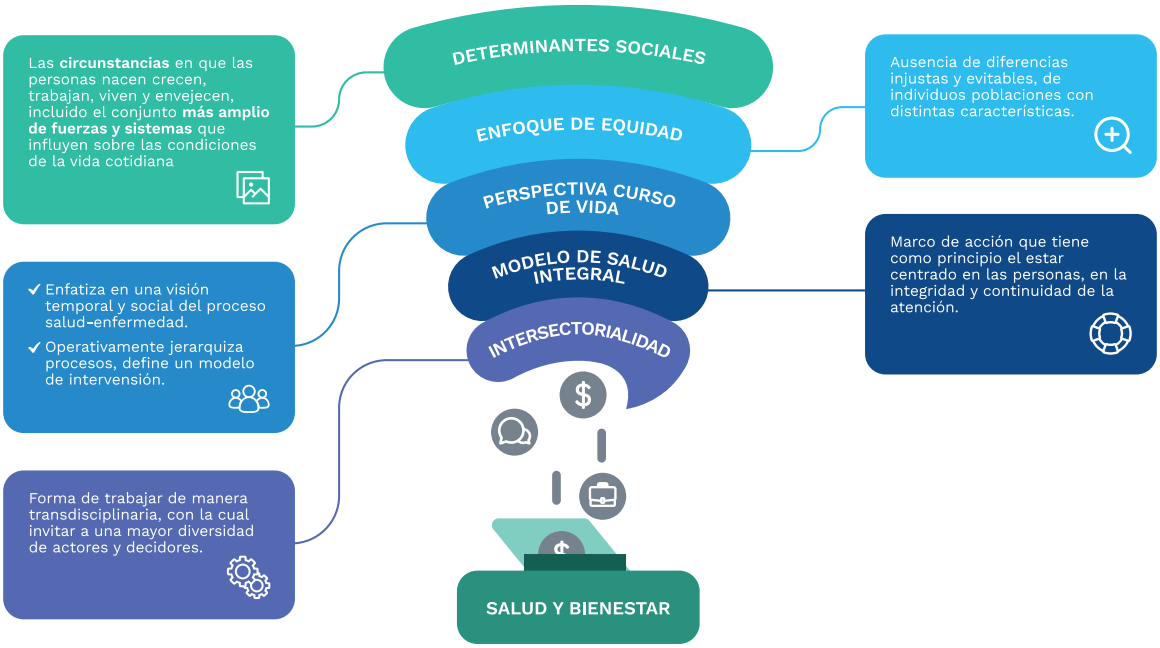
Desde hace varias décadas, distintas instituciones han contribuido a desarrollar políticas, programas y estrategias para brindar una respuesta organizada para enfrentar el cáncer. Destaca en esta trayectoria la colaboración de instituciones internacionales (OPS/ONU), Nacionales (MINSAL), académicas y científicas.

Desde fines de la década de 1970, Chile ha desarrollado una respuesta progresiva y coordinada frente al cáncer, comenzando con la conformación en 1978 del grupo cooperativo GOPECH, que permitió estandarizar protocolos para el manejo del cáncer infantil a nivel nacional. Durante la década de 1980, se fortaleció la institucionalidad oncológica con la creación de la Comisión Nacional del Cáncer y la elaboración de estrategias y normas generales basadas en recomendaciones de la OPS/OMS, así como con la implementación de la atención ambulatoria para personas en tratamiento con quimioterapia.

En la década de 1990, este proceso se amplió con la conformación de la Comisión Nacional para el Alivio del Dolor por Cáncer y Cuidados Paliativos, consolidando un enfoque integral

centrado en la calidad de vida. Un hito estructural ocurrió en 2004 con la promulgación de la Ley N.º 19.966 (AUGE/GES), que incorporó progresivamente garantías explícitas para patologías oncológicas, incluyendo metas de cobertura preventiva y el acceso universal a cuidados paliativos y alivio del dolor, asegurando un seguimiento integral mediante equipos interdisciplinarios a lo largo del ciclo vital.

Más recientemente, la Estrategia Nacional de Salud 2021–2030 consolidó este enfoque al definir objetivos y acciones orientadas por los determinantes sociales de la salud, la equidad, la perspectiva de curso de vida, el modelo de salud integral y la intersectorialidad. Estos componentes refuerzan el rol central de la Atención Primaria de Salud y del médico o médica de familia como actores clave en la prevención, el seguimiento y la continuidad del cuidado oncológico en el territorio.



Componentes Transversales de la ENS 2021-2030. Tomado de Plan Nacional del Cáncer 2022-2027.

Tomando en consideración estos componentes, se establecieron los 4 objetivos generales sanitarios:



Para el logro de estos objetivos, se definieron distintos ejes estratégicos, tales como “Medio Ambiente y Entornos Saludables”, “Estilos de Vida”, “Enfermedades No Transmisibles”, “Funcionamiento y Discapacidad”, “Gestión, Calidad e Innovación”, entre otros.

Al analizar estos objetivos y la propuesta de las estrategias, se observa que varias de ellas se relacionan con cáncer, ya sea promoviendo factores protectores y disminuyendo factores y conductas de riesgo, reforzando la prevención en las distintas etapas del curso de la enfermedad, fortaleciendo los servicios y calidad de la atención de salud. Es así como, por ejemplo, el Eje Estratégico Enfermedades No Transmisibles se relaciona directamente con la necesidad de prevenir y reducir la morbilidad, discapacidad y mortalidad prematura por enfermedades crónicas no transmisibles. No obstante, hay que tener en cuenta que el cáncer se relaciona de manera transversal con cada uno de los objetivos estratégicos. Es así como la Estrategia Nacional de Salud incorpora factores de riesgo o protectores para el cáncer orientado a “desarrollar hábitos y estilos de vida saludables que favorezcan la reducción de los factores de riesgo asociados a la carga de enfermedad de la población”, particularmente en lo relativo a tabaco, alcohol, obesidad infantil, actividad física, exposición ocupacional y conducta sexual segura en adolescentes y jóvenes. Junto a ello, como un eje transversal, usa la perspectiva de curso de vida, ya que existen relevantes hitos y factores dentro del ciclo vital de cada persona en que las enfermedades y sobre todo el cáncer se presentan como resultado de la acumulación de daño a lo largo de los años.

El Plan Nacional de Cáncer 2018–2028, aprobado por el Ministerio de Salud en 2019, establece una estrategia integral del Estado para enfrentar el cáncer a nivel nacional, orientada a asegurar una atención oportuna y continua. El plan aborda de manera articulada la promoción de la salud, la prevención, la detección precoz, el diagnóstico y tratamiento oportunos, así como los cuidados paliativos, el seguimiento y la rehabilitación, garantizando un enfoque integral a lo largo de todo el curso de la enfermedad.

El Plan de Acción considera cinco líneas estratégicas sobre las que se definen los objetivos del Plan Nacional de Cáncer:

- Línea estratégica 1: Promoción, educación y prevención primaria.
- Línea estratégica 2: Provisión de servicios asistenciales.
- Línea estratégica 3: Fortalecimiento de la Red Oncológica.
- Línea estratégica 4: Fortalecimiento de los sistemas de registro, información y vigilancia.
- Línea estratégica 5: Rectoría, regulación y fiscalización.

A continuación, se muestra la matriz del plan de acción que resume las líneas estratégicas, enfoques y estrategias de intervención utilizadas en éste:



Fuente: Plan Nacional de Cáncer 2018-2028. Ministerio de Salud

Desde el año 2020, Chile cuenta con un marco legal robusto para el abordaje integral del cáncer, a partir de la promulgación de la Ley N.º 21.258, Ley Nacional del Cáncer, que establece las bases para la planificación, desarrollo y ejecución de políticas públicas en esta materia. Su reglamento, publicado en 2021, regula la implementación de la Comisión Nacional del Cáncer, el Plan Nacional de Cáncer, la red oncológica nacional y el Registro Nacional de Cáncer, incorporando principios transversales como la cooperación intersectorial, la protección de datos personales, la participación de la sociedad civil y la humanización del trato.

La ley consagra un enfoque integral y centrado en la persona, que reconoce las dimensiones físicas, psicológicas, sociales y espirituales de la enfermedad, e incorpora el Fondo Nacional del Cáncer, destinado a financiar programas y proyectos orientados a la prevención, vigilancia, investigación y pesquisa oncológica.

De manera complementaria, la Ley N.º 21.375 de Cuidados Paliativos Universales (2021) garantiza el acceso universal a cuidados paliativos para personas con enfermedades graves o terminales, oncológicas y no oncológicas, asegurando el alivio del sufrimiento, el acompañamiento familiar, la atención domiciliaria, el respeto de las voluntades anticipadas y la provisión de cuidados a través de redes integradas de servicios de salud, con un rol central de la Atención Primaria.

En coherencia con este marco legal, el Plan Nacional de Cáncer 2022–2027 y su Plan de Acción establecen como objetivos disminuir la mortalidad prematura, reducir el aumento de la incidencia, mejorar la sobrevida y la calidad de vida de las personas con cáncer, incorporando un enfoque de equidad basado en los determinantes sociales de la salud. Estos instrumentos promueven modelos de atención integrales y continuos, basados en la mejor evidencia disponible, la incorporación responsable de nuevas tecnologías y el acompañamiento a pacientes y familias durante todo el proceso de la enfermedad.

Este entramado normativo se articula con otros cuerpos legales relevantes, como la Ley Ricarte Soto, la legislación de protección financiera y laboral para cuidadores de niños con enfermedades graves, y los reglamentos que fortalecen la atención en red y el acompañamiento psicosocial. En su conjunto, estas políticas se alinean con el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria (MAIS), reafirmando el rol estratégico de la Atención Primaria y del médico o médica de familia en la prevención, el seguimiento, la continuidad del cuidado y la mejora de la calidad de vida de las personas, familias y comunidades afectadas por el cáncer.

Rol del Médico Familiar en la atención del paciente oncológico y en los cuidados paliativos universales.

La continuidad de la atención del paciente oncológico y en cuidados paliativos debe ser asumida por el médico familiar, quien ejerce un rol de liderazgo a lo largo de toda la historia natural de la enfermedad, desde la promoción y prevención primaria, la detección precoz y el manejo integral, hasta el acompañamiento al final de la vida (Aubin, 2021). Su formación orientada al trabajo en red y a la atención integral lo posiciona como un recurso clave para la gestión de casos oncológicos, con evidencia que respalda su impacto en la prevención, la atención centrada en la persona y el seguimiento a largo plazo (Gómez, 2025). No obstante, en Chile y en gran parte de América Latina, este rol aún no se encuentra plenamente integrado en los sistemas de salud (OPS, 2023).

En la última década, el abordaje del cáncer ha transitado desde un modelo centrado en intervenciones altamente tecnológicas hacia uno que prioriza la prevención, el diagnóstico precoz, el cuidado continuo y la atención al final de la vida (Rubin, 2015), lo que requiere necesariamente la participación activa de la Atención Primaria. Esta permite intervenciones efectivas sobre estilos de vida y una atención accesible y longitudinal a lo largo del ciclo vital (Mar-Castillejo, 2014; Bartolomé-Moreno, 2024). La incorporación temprana del médico familiar en los equipos oncológicos mejora la continuidad del cuidado, la calidad de la información y la percepción de trabajo colaborativo entre profesionales (Aubin, 2021).

La Organización Mundial de la Salud define los cuidados paliativos como un enfoque destinado a mejorar la calidad de vida de las personas y sus familias frente a enfermedades potencialmente mortales, mediante la prevención y alivio del sufrimiento en sus dimensiones físicas, psicológicas, sociales y espirituales. En este contexto, la demanda de cuidados paliativos no oncológicos es creciente: para 2024 se estimaron alrededor de 41.000 personas mayores de 15 años con estas necesidades, cifra que aumentaría a más de 46.000 en 2028, destacando patologías como demencia, enfermedad cerebrovascular, enfermedad renal crónica y enfermedades respiratorias crónicas (Léniz, 2025). Asimismo, se debe considerar a grupos especiales como niños, niñas y adolescentes con necesidades especiales de atención en salud, quienes requieren cuidados paliativos domiciliarios pese a su alta complejidad clínica (Espinoza, 2025).

La incorporación de los cuidados paliativos universales en la Atención Primaria refuerza el rol del médico familiar tanto en pacientes oncológicos como no oncológicos, haciendo indispensable su formación específica en oncología y cuidados paliativos. El acompañamiento continuo, entendido como una relación de confianza, cercanía y escucha activa, constituye un pilar de la medicina familiar y resulta fundamental frente al impacto emocional, familiar y social que genera el diagnóstico de cáncer (Chochinov, 2002; Pastrana et

al., 2021).

Finalmente, la medicina familiar ocupa una posición privilegiada en los cuidados al final de la vida, incluyendo el acompañamiento durante el duelo. La atención paliativa contemporánea se concibe como un conjunto de intervenciones orientadas a mejorar la calidad de vida en cualquier momento de la evolución de enfermedades avanzadas, en todos los niveles de atención, reservando los servicios especializados según complejidad (Piñero, 2026). La evidencia muestra que los cuidados paliativos domiciliarios se asocian a mejores resultados clínicos, psicosociales y económicos, reduciendo hospitalizaciones y costos (Ho, 2022). En Chile, aunque una proporción relevante de personas fallece en hospitales, estudios muestran que pacientes con cáncer y personas de mayor edad presentan mayores probabilidades de morir en su domicilio, influenciadas por comorbilidad, acceso a atención domiciliaria y decisiones anticipadas (Browne, 2019; Vargas, 2023; ENS MINSAL 2016–2017). En este contexto, el respeto por las voluntades anticipadas y la promoción de una muerte digna constituyen responsabilidades éticas centrales del equipo de salud.

Participación Social y Comunitaria

Para que los cuidados paliativos sean efectivos, es indispensable un enfoque comunitario que incorpore activamente a la sociedad civil. La Organización Mundial de la Salud señala que la participación comunitaria mejora la calidad de vida de las personas en cuidados paliativos, al reducir el aislamiento y fortalecer el sentido de pertenencia en etapas avanzadas de la enfermedad (OMS, 2020). Desde la salud comunitaria, se reconoce que el alivio del sufrimiento no puede recaer exclusivamente en los equipos de salud, sino que requiere la participación de familiares, cuidadores informales, líderes comunitarios y organizaciones sociales, configurando redes de apoyo social sólidas (Alonso Herrera, 2020).

La comunidad desempeña un rol central en el acompañamiento emocional, espiritual y práctico de las personas en proceso de morir y de sus familias, contribuyendo a disminuir el aislamiento social y a compartir la carga del cuidado (Red de Salud Pública de Cuidados Paliativos, 2020; Franco-Rocha, 2022). Esta participación comunitaria favorece una responsabilidad compartida, fortalece los vínculos sociales y mejora la experiencia del final de la vida (Ríos-Henao, 2021; Sartori, 2024). Asimismo, la comunidad actúa como un espacio de contención frente a la soledad, la incertidumbre y el sufrimiento asociados al proceso de morir, promoviendo solidaridad y apoyo mutuo (Casado-Vicente, 2023; Cuidados Paliativos y Salud Comunitaria, 2024).

En Chile, la Ley N.º 20.500 garantiza el derecho a la participación ciudadana en la gestión pública, estableciendo la obligación del Estado de promoverla en condiciones de igualdad.

En el sector salud, la Superintendencia de Salud regula mecanismos formales de participación, tales como el acceso a información relevante, las cuentas públicas participativas, las consultas ciudadanas, los consejos de la sociedad civil y las audiencias públicas, resguardando la inclusión, la privacidad y el respeto a los pueblos originarios (Ley N.º 20.500, 2011; Superintendencia de Salud, s.f.; Superintendencia de Salud, 2025).

Si bien existen diversas organizaciones de la sociedad civil vinculadas al cáncer en Chile, su capacidad de incidencia en la toma de decisiones en salud sigue siendo limitada y heterogénea, con diferencias en objetivos, niveles de formalización y oportunidades de abogacía (Obach, 2024). En este contexto, se reconoce la necesidad de fortalecer diálogos participativos amplios, transparentes y vinculantes, especialmente en el marco del Plan Nacional del Cáncer, que legitimen el rol de estas organizaciones en las decisiones sobre cobertura y políticas públicas.

A nivel territorial, los equipos de salud, liderados por el médico familiar, tienen un rol clave en visibilizar y promover los mecanismos de participación ciudadana. En este sentido, el Programa de Formación de Especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria de la Facultad de Medicina de la Universidad Diego Portales incorpora el trabajo colaborativo con organizaciones formales e informales de la sociedad civil como una oportunidad estratégica para fortalecer el vínculo entre academia, comunidad y políticas públicas en cáncer, a nivel local, regional y nacional.

Bibliografía

1. Alonso Herrera, F. R. (2020). Desmontando mitos en cuidados paliativos. Revista Clínica de Medicina de Familia, 13(2), 139-142.
2. Aubin, M. V. (2021). Continuity of Cancer Care and Collaboration Between Family Physicians and Oncologists: Results of a Randomized Clinical Trial. ANNALS OF FAMILY MEDICINE, 19(2), 117-125.
3. Aubin, M. V. (2021). Continuity of cancer care and collaboration between family physicians and oncologists: Results of a randomized clinical trial. The Annals of Family Medicine., 19(2), 117-125. doi:https://doi.org/10.1370/afm.2643
4. Bartolomé-Moreno, C. M.-P.-V. (2024). Recomendaciones de prevención del cáncer. Actualización 2024. (Elsevier, Ed.) Atención Primaria, 1-35. doi:https://doi.org/10.1016/j.aprim.2024.103128
5. Bray, F. L. (2024). Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. Cáncer J Clin.
6. Browne, J. C. (2019). lugar de muerte en chile: un estudio descriptivo de serie temporal entre 1990 y 2014. rev Med chile, 147, 727-732.
7. Casado-Vicente, V. (2023). Presente y futuro de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria en España. Revista Clínica de Medicina de Familia, 16(1), 5-7. doi:https://dx.doi.org/10.55783/rcmf.160101
8. Chochinov, H. M. (2002). Dignity conserving care. A new model for palliative care: helping the patient feel valued. JAMA, 287(17), 2253-60. doi:10.1001/jama.287.17.2253

9. Cuidados Paliativos y Salud Comunitaria. (2024). GESTAR, 7(14), 260-267. doi: https://doi.org/10.46296/gt.v7i14.0170

10. Dep. Epidemiología, Minsal. (2023). Informe vigilancia enfermedades no transmisibles. Obtenido de https://epi.minsal.cl/wp-content/uploads/2025/05/INFORME_NACIONAL_VENT_CHILE.pdf

11. ENS. Minsal. (2016-2017). Encuesta Nacional de Salud 2016-2017, primeros resultados. Departamento de Epidemiología, División de Planificación.

12. Espina, C. F. (2023). Latin America and the Caribbean Code Against Cancer. 1st Edition: 17 cancer prevention recommendations to the public and to policy-makers (World Code Against Cancer Framework).

13. Espinoza, R. V. (2025). Complejidad clínica y necesidad de cuidados paliativos en pacientes no oncológicos con necesidades especiales de atención en salud. Andes pediatr., 96(5). doi: 10.32641/andespediatr.v96i5.5586

14. Franco-Rocha, O. Y. (2022). Cuidados paliativos, cuidados de fin de vida y COVID-19: revisión de alcance. Revista Cuidarte, 13(3). doi:https://orcid.org/0000-0002-3758-8798

15. Gómez, J. G. (2025). El rol del médico familiar en la atención de pacientes con neoplasia de próstata o mama, una revisión sistemática de la literatura. Revista Med, 33(1), 105-119. doi:https://doi.org/10.18359/rmed.7747

16. Ho, J. M. (2022). Symptom Prevalence and Place of Death Preference in Advanced Cancer Patients: Factors Associated With the Achievement of Home Death. Am J Hosp Palliat Care, 39(7), 762-771. doi:10.1177/10499091211048767.

17. Léniz, J. P. (2025). Estudio estimación de demanda de población que requiere cuidados paliativos no oncológicos. Informe Final. Licitación ID: 757-134-L123. PUC.

18. Madariaga, B., Mondschein, S., & Torres, S. (2024). Breast cancer trends in Chile: Incidence and mortality rates (2007-2018. PLOS Glob Public Health, 4(6). doi:https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0001322

19. Mar-Castillejo M, B.-B. B.-V.-M.-E. (2014). Recomendaciones de prevención del cáncer. Aten Primaria, 46, 24-41. Obtenido de http://zl.elsevier.es/es/revista/atencion-primaria-27/pdf/S300/90331114.

20. MINSAL. (2022). Plan Nacional del Cáncer 2022-2027.

21. Obach, A. C. (2024). Rol de las organizaciones de la sociedad civil para la participación en decisiones sobre cobertura en salud en cáncer. VII Congreso Chileno de Salud Pública, IX Congreso Chileno de Epidemiología. Santiago. doi:http://doi.org/10.5867/medwave.2024.S1.SP061

22. OMS. (2020). Cuidados Paliativos. doi: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care

23. OPS. (2023). La OPS, el BID y el Banco Mundial lanzan alianza para fortalecer la atención primaria de la salud en las Américas. Foro Regional. Obtenido de https://www.paho.org/es/noticias/4-12-2023-ops-bid-banco-mundial-lanzan-alianza-para-fortalecer-atencion-primaria-salud

24. Parra-Soto, S. P.-R.-S.-O.-P. (2020). Cáncer en Chile y en el mundo: una mirada actual y su futuro escenario epidemiológico. Rev Med Chile., 148, 1489-95.

25. Pastrana, T. L.-I. (2021). Atlas de cuidados paliativos de Latinoamérica 2020.

26. Piñero, A. (2026). Medicina Familiar, atención longitudinal y continua, ¿hasta dónde? El desafío de cuidar a personas con necesidades paliativas. Archivos en Medicina Familiar, 28(1), 3-4. Obtenido de http://creativecommons.org/licences/by-nc-nd/4.0/)

27. Ríos-Henao, L. C.-C. (2021). Redes comunitarias de cuidadores: acompañamiento a la movilización ciudadana para el cuidado compasivo. Rev. salud pública, 23(3), 1-3. doi: https://doi.org/10.15446/rsap.v23n3.89931.

28. Rosselot, C., Raveau, T., Sancy, P., Téllez, J., Langer, C., Daiber, E., & Olea, A. (2023). Situación epidemiológica del cáncer de mama en Chile entre 2002 y 2019. Rev Confluencia, 6(2), 74-78. Obtenido de https://revistas.udd.cl/index.php/confluencia/article/view/1049

29. Rubin, G. B. (2015). The expanding role of primary care in cancer. Lancet Oncol, 16(12), 1231-72. doi: 10.1016/S1470-2045(15)00205-3

30. Sartori, K. P. (2024). Percepción de los profesionales de la salud sobre cuidados paliativos. Revista Bioética, 31. doi: https://doi.org/10.1590/1983-803420233537ES

31. Superintendencia de Salud. (2025). Resolución Exenta N° 748. Santiago.

32. Vargas, A. T. (2023). Lugar de muerte en pacientes con cáncer avanzado en Chile: Estudio de una cohorte retrospectiva. Rev Med Chile, 151, 1105-1107.

Capítulo 12
La atención preconcepcional como acto de cuidado y justicia social:
El rol de la Medicina Familiar frente a la salud sexual y reproductiva de mujeres migrantes en Atención Primaria.

AUTORAS: CONSTANZA GUTIÉRREZ CASTILLO
JOSEFA HERRERA HERRERA
YASNA MUÑOZ VERGARA
MARÍA IGNACIA PINTO SOTO
MÉDICAS CIRUJANAS, RESIDENTES DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA.
UNIVERSIDAD DIEGO PORTALES, CHILE.

Introducción

La Organización Mundial de la Salud definió tempranamente la salud como un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solo como la ausencia de enfermedad. Esta definición reconoce múltiples dimensiones del bienestar, entre las cuales la esfera sexual y reproductiva ocupa un lugar central en el ejercicio de derechos fundamentales (OMS, 1946). La sexualidad y la reproducción no constituyen ámbitos aislados de la vida, sino espacios profundamente atravesados por determinantes sociales y relaciones de género que inciden directamente en la calidad de vida de las personas y las comunidades (OMS, 2008).

La salud sexual y reproductiva (SSR) ha sido reconocida internacionalmente como un derecho humano esencial, estrechamente vinculado al desarrollo social y a la superación de inequidades estructurales. No se limita al acceso a prestaciones sanitarias, sino que expresa la posibilidad de ejercer la sexualidad y la reproducción desde la autonomía, la equidad y el respeto. En este sentido, la SSR se configura como un indicador sensible de justicia social, evidenciando las desigualdades que atraviesan a las sociedades contemporáneas (Fondo de Población de las Naciones Unidas, 2014) (Naciones Unidas, 1995).

Este reconocimiento se ha traducido en compromisos globales concretos. Los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) incorporan la SSR dentro del ODS 3, estableciendo como meta garantizar el acceso universal a servicios de salud sexual y reproductiva, incluida la planificación familiar, la información y la educación (ONU, 2015). Sin embargo, a pesar de estos avances normativos, persisten brechas significativas entre los marcos declarativos

y las experiencias reales de acceso y cuidado. A nivel mundial y regional, una proporción relevante de mujeres continúa enfrentando necesidades insatisfechas en planificación familiar y una carga importante de morbilidad asociada a una salud sexual y reproductiva deficiente, situación que afecta de manera desproporcionada a grupos históricamente excluidos (CEPAL, 2022).

En América Latina, los avances en cobertura de servicios de SSR conviven con profundas desigualdades entre países y al interior de ellos. La necesidad insatisfecha de planificación familiar refleja la distancia existente entre las intenciones reproductivas de las mujeres y sus posibilidades reales de ejercerlas, particularmente en contextos de vulnerabilidad social (CEPAL, 2022). Estas brechas se profundizan en el caso de las mujeres migrantes, quienes enfrentan barreras administrativas, culturales y simbólicas que condicionan su acceso oportuno y de calidad a los servicios de salud (Fitzgerald, 2023).

En Chile, la salud sexual y reproductiva ha sido objeto de políticas públicas desde la década de 1960, inicialmente centradas en la regulación de la fecundidad y la reducción de la morbilidad y mortalidad materna. Con el tiempo, estas políticas han transitado hacia un enfoque más integral, incorporando la perspectiva de ciclo vital y de género. La ampliación del acceso a métodos anticonceptivos y la disminución del embarazo adolescente constituyen avances relevantes; sin embargo, estos coexisten con nuevas tensiones demográficas y sanitarias, como la postergación de la maternidad, el envejecimiento poblacional y el aumento de gestaciones en edades más avanzadas, fenómenos que incrementan la complejidad del cuidado reproductivo (MINSAL, 1997).

Pese a estos avances, una proporción significativa de los embarazos en Chile continúa siendo no planificada y la razón de mortalidad materna ha mostrado un estancamiento en los últimos años (Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2017) (OPS, 2024). Diversos estudios han señalado que una parte importante de estas muertes podría prevenirse mediante intervenciones oportunas y un acceso adecuado a la atención de salud, lo que vuelve a situar la atención previa al embarazo como un momento crítico del cuidado sanitario (Say L et al, 2014).

En este escenario, la atención preconcepcional emerge como una instancia clave, pero insuficientemente desarrollada, dentro del continuo de la salud sexual y reproductiva. A pesar de su potencial para anticiparse a riesgos, promover embarazos planificados y acompañar proyectos de vida reproductivos, su baja cobertura evidencia una priorización sanitaria centrada en el evento del embarazo más que en el acompañamiento previo de las personas. Desde la Medicina Familiar y Comunitaria, esta omisión resulta especialmente significativa, ya que la atención preconcepcional dialoga directamente con los principios de integralidad, longitudinalidad y enfoque territorial que sustentan nuestra disciplina.

Este capítulo se propone reflexionar sobre la atención preconcepcional no solo como una prestación sanitaria, sino como un acto de cuidado y justicia social, interrogando el rol que la Medicina Familiar puede y debe asumir frente a este desafío, particularmente en contextos de alta migración femenina. A partir de una experiencia investigativa que se encuentra actualmente en desarrollo en Atención Primaria de Salud, se busca aportar una mirada crítica que contribuya al fortalecimiento de la salud sexual y reproductiva desde una perspectiva integral y comunitaria.

1. La atención preconcepcional: más allá del box.

La atención preconcepcional se define como la atención integral otorgada a una mujer, un hombre o pareja, para iniciar o posponer una gestación, de acuerdo con sus factores de riesgo presentes antes del proceso gestacional (DEIS, 2024). Es una atención individualizada que busca reducir la morbilidad y la mortalidad de la paciente y del recién nacido, aumentar las posibilidades de concepción cuando se desea el embarazo y brindar asesoramiento sobre anticoncepción para ayudar a prevenir embarazos no deseados (AAFP, 2022). No obstante, esta definición resulta limitada cuando se circunscribe exclusivamente a un enfoque preventivo tradicional o a un conjunto de acciones clínicas aisladas. Desde una perspectiva integral, la atención preconcepcional se configura como un espacio privilegiado de cuidado anticipatorio, en el que se articulan la promoción de la salud, la prevención de riesgos y el acompañamiento de los proyectos de vida reproductivos.

Este momento previo al embarazo permite abordar condiciones de salud preexistentes, hábitos de vida, salud mental y contextos psicosociales que inciden de manera directa en los resultados maternos y perinatales. Al mismo tiempo, abre un espacio para el diálogo sobre expectativas, deseos y temores en torno a la maternidad y la paternidad, reconociendo que las decisiones reproductivas no se toman en el vacío, sino que están profundamente condicionadas por las trayectorias vitales, las condiciones laborales, las redes de apoyo y las experiencias previas con el sistema de salud.

A pesar de su relevancia, en la práctica de la Atención Primaria de Salud la atención preconcepcional suele permanecer invisibilizada. Con frecuencia, este tiempo previo al embarazo queda diluido entre otras demandas asistenciales o se restringe a instancias específicas de regulación de la fecundidad, reforzando una lógica fragmentada del cuidado. Esta fragmentación responde, en parte, a un modelo sanitario que ha privilegiado históricamente la intervención una vez iniciado el embarazo, otorgando menor valor a las acciones preventivas y de acompañamiento que anteceden a este hito.

Las consecuencias de esta omisión son significativas. Una proporción importante de los

embarazos continúa siendo no planificada, y persisten resultados adversos en salud materna que podrían prevenirse mediante intervenciones oportunas. Diversos estudios han señalado que una parte sustantiva de la mortalidad materna es evitable, lo que subraya la importancia de fortalecer los momentos tempranos del cuidado reproductivo (Say L et al, 2014). En este contexto, la atención preconcepcional se configura como una estrategia clave para reducir riesgos, pero también para promover mayor equidad en salud.

Desde una mirada de derechos, la atención preconcepcional no debe entenderse únicamente como una preparación biomédica para el embarazo, sino como un acto de reconocimiento de la autonomía reproductiva. Implica generar condiciones para que las personas puedan decidir si desean o no un embarazo, cuándo y en qué circunstancias, accediendo a información clara, pertinente y culturalmente adecuada. Esta dimensión resulta especialmente relevante en poblaciones que históricamente han enfrentado barreras de acceso a la salud, como las mujeres migrantes, para quienes el acompañamiento previo al embarazo puede marcar una diferencia sustantiva en sus trayectorias de cuidado.

Comprender la atención preconcepcional como un acto de cuidado integral supone, por tanto, ampliar la mirada más allá del evento reproductivo en sí mismo. Significa reconocerla como una oportunidad para intervenir tempranamente sobre determinantes sociales de la salud, fortalecer la continuidad del cuidado y construir vínculos terapéuticos basados en la confianza y el respeto.

Desde la Atención Primaria y, en particular, desde la Medicina Familiar, este enfoque permite resignificar la atención preconcepcional como parte constitutiva del quehacer clínico, siendo coherente con una práctica orientada a las personas, sus familias y los territorios que habitan.

2. Migración, perspectiva de género e interseccionalidad en salud sexual y reproductiva.

En la última década, Chile ha experimentado un aumento sostenido y acelerado de los flujos migratorios, provenientes principalmente de países de América Latina y el Caribe (PNUD, 2020). Este fenómeno ha sido explicado, entre otros factores, por la relativa estabilidad económica y política del país tras el retorno a la democracia, así como por las crisis sociales, políticas y económicas en países como Venezuela y Haití, que han impulsado procesos migratorios forzados hacia otros países, como Chile (SERMIG, 2022).

La migración en Chile presenta además una marcada feminización (Peñaloza et al., 2015). Para el año 2022 se estimaba que residían en el país más de 1,6 millones de personas ex-

tranjeras, de las cuales cerca del 49% correspondía a mujeres. Esta población se concentra mayoritariamente en edades jóvenes y en etapa reproductiva, particularmente entre los 20 y 44 años, lo que otorga una relevancia sanitaria específica a la salud sexual y reproductiva en este grupo (INE, 2020). La alta afiliación de mujeres migrantes al sistema público de salud refleja, al mismo tiempo, el papel central de la Atención Primaria como puerta de entrada al cuidado y las tensiones que allí se producen (FONASA, 2025).

Hoy se reconoce internacionalmente que la migración constituye un determinante social de la salud. Migrar no representa en sí mismo un riesgo sanitario; son las condiciones en que se migra, el tránsito y la inserción en la sociedad de destino las que generan vulnerabilidad. Desde esta perspectiva, la salud de las personas migrantes se ve influida por factores estructurales como el estatus migratorio, el acceso a derechos sociales, las condiciones laborales, la discriminación y la disponibilidad de redes de apoyo. (Cabieses, 2017).

En el caso de las mujeres migrantes, estas condiciones se entrecruzan con desigualdades de género históricas, generando escenarios de mayor exposición a barreras lingüísticas, trato discriminatorio, desconocimiento del sistema de salud y violencia de género (Fitzgerald, 2023). La intersección entre género, migración, clase social y origen nacional permite comprender por qué las mujeres migrantes enfrentan mayores dificultades para ejercer sus derechos sexuales y reproductivos, aun cuando formalmente tengan acceso al sistema sanitario.

Estas desigualdades se expresan de manera concreta en el uso de los servicios de salud. Diversos estudios chilenos han evidenciado que el embarazo, el parto y el puerperio constituyen la principal causa de egreso hospitalario en mujeres migrantes, superando ampliamente a la población nacional (52-53% versus 15-19%). Este dato resulta particularmente relevante, ya que da cuenta de un sistema que contacta a las mujeres migrantes principalmente en momentos tardíos del proceso reproductivo, cuando el embarazo ya está en curso, o bien, finalizado, invisibilizando las instancias previas de cuidado y acompañamiento (Cabieses, 2024).

La ausencia o debilidad de la atención preconcepcional en mujeres migrantes no puede entenderse únicamente como una falla individual, sino como el reflejo de un entramado de barreras estructurales y simbólicas que limitan el acceso oportuno a la salud sexual y reproductiva. Discursos sociales que refuerzan la “no pertenencia”, procesos de racialización y prácticas institucionales poco sensibles a la diversidad cultural contribuyen a la construcción de la otredad y a la legitimación de desigualdades en el acceso al cuidado.

Desde una perspectiva interseccional, resulta imprescindible incorporar las experiencias, percepciones y significados que las propias mujeres migrantes atribuyen a su relación con

el sistema de salud. Comprender estas vivencias no solo permite visibilizar las inequidades existentes, sino que constituye un insumo fundamental para diseñar respuestas sanitarias más pertinentes, oportunas y respetuosas de los derechos, particularmente en el ámbito de la salud sexual y reproductiva (Colmenares et al., 2022).

En este punto, emerge con fuerza la necesidad de interrogar el rol de los equipos de Atención Primaria y de quienes sostienen el cuidado longitudinal en el territorio. Si las mujeres migrantes llegan mayoritariamente al sistema de salud durante el embarazo, ¿qué ocurre con el acompañamiento previo?, ¿quiénes están llamados a anticipar riesgos, promover la autonomía reproductiva y construir vínculos de confianza antes de la gestación? Estas preguntas abren el camino para reflexionar sobre el lugar que ocupa, y podría ocupar, la Medicina Familiar en la atención preconcepcional.

3. El rol del médico y médica de familia: acompañamiento anticipado

La Medicina Familiar se sostiene sobre una forma particular de entender el cuidado: una práctica que reconoce a las personas en su integralidad, que respeta sus valores, decisiones y contextos, y que se construye en el tiempo a través de relaciones clínicas continuas y significativas. Desde esta base, la atención preconcepcional no aparece como una prestación aislada, sino como parte natural del acompañamiento a lo largo del ciclo vital, especialmente relevante en mujeres que transitan procesos de migración, cambio y adaptación (Nadal, 2021).

En la práctica cotidiana de la Atención Primaria, los médicos de familia se encuentran en una posición privilegiada para identificar, incluso fuera de espacios formales de salud reproductiva, necesidades, inquietudes y proyectos vinculados a la maternidad, la anticoncepción y el deseo —o no— de gestar. Consultas por patologías crónicas, controles de salud mental, atenciones agudas o encuentros familiares se transforman en oportunidades para anticiparse, escuchar y acompañar decisiones reproductivas desde una mirada respetuosa. Brindar una atención preconcepcional efectiva implica comprender los factores de riesgo biomédicos, pero también las realidades de los embarazos no planificados, el valor de la planificación reproductiva y la posibilidad de evaluar riesgos antes de la concepción, incluso cuando la consulta no está explícitamente centrada en la salud sexual y reproductiva.

Esta forma de aproximarse al cuidado dialoga con una concepción integral de la salud, donde lo biológico no puede separarse de lo psicológico, social y cultural (Engel, 1977). La salud sexual y reproductiva, lejos de reducirse a la prevención de enfermedades o al control de la fertilidad, constituye una experiencia profundamente vinculada a la historia

personal, los vínculos, las creencias y las condiciones materiales de existencia. Desde esta perspectiva, el encuentro clínico se transforma en un espacio donde el médico o médica reconoce la singularidad de cada mujer, su contexto migratorio, sus redes de apoyo —o la ausencia de ellas— y su derecho a tomar decisiones informadas sobre su cuerpo y su proyecto de vida (OMS, 2018).

La continuidad del cuidado, rasgo identitario de la Medicina Familiar, permite que estas conversaciones ocurran en un clima de confianza, sin urgencias ni imposiciones (Starfield B,1988). Hablar de sexualidad, anticoncepción o maternidad requiere tiempo, escucha activa y un vínculo terapéutico que valide la autonomía de las mujeres (Stewart M, 2003). En el caso de las mujeres migrantes, esta continuidad adquiere un valor aún mayor, ya que muchas han experimentado sistemas de salud fragmentados, trato discriminatorio o barreras lingüísticas y culturales que dificultan el acceso oportuno a una atención digna. Acompañar de manera longitudinal no solo mejora los resultados en salud, sino que repara vínculos y reconstruye la confianza en el sistema sanitario (MINSAL, 2018).

Es por ello que los médicos de familia ocupan un rol clave como agentes de equidad. Su enfoque integral y centrado en las personas los posiciona como actores fundamentales para transformar la atención de salud en un espacio más inclusivo, capaz de reconocer la diversidad de experiencias y expectativas de las mujeres migrantes (Stewart M, 2003). A través de la escucha activa, la consejería anticipatoria y el trabajo con familias y comunidades, es posible ofrecer un acompañamiento que vaya más allá de lo biomédico, incorporando dimensiones como la salud mental, la violencia de género, las condiciones laborales y el acceso a redes de apoyo (MINSAL, 2018).

Este rol adquiere, además, una dimensión política. En un contexto de políticas públicas fragmentadas y respuestas institucionales insuficientes frente a la complejidad de los fenómenos migratorios, la práctica cotidiana de la Medicina Familiar se convierte en un espacio de resistencia y transformación (OMS, 2018). Promover una atención preconcepcional culturalmente pertinente, basada en derechos y articulada con actores territoriales, implica cuestionar inequidades estructurales y visibilizar necesidades históricamente postergadas. Así, el trabajo clínico deja de ser solo un acto asistencial y se consolida como una forma concreta de compromiso social (Starfield, 1998).

Acompañar antes de que el embarazo ocurra es, en este sentido, una expresión profunda del cuidado (MINSAL, 2018). Significa estar presentes en un tiempo muchas veces invisible, sosteniendo decisiones, entregando información clara y construyendo junto a las mujeres caminos posibles desde su propia historia y contexto. Para la Medicina Familiar, asumir este desafío no es accesorio: es reafirmar su vocación de cuidado, su compromiso con los derechos de las mujeres y explotar su potencial transformador en los territorios donde

ejercen (Starfield, 1998).

4. Investigar para cuidar mejor: la investigación como acto clínico y político.

Investigar en Atención Primaria no es un ejercicio ajeno a la práctica clínica ni un gesto exclusivamente académico. Desde la Medicina Familiar, investigar constituye una forma particular de cuidado: una manera de detenerse, observar críticamente la realidad cotidiana y preguntarse por aquello que falta, que duele o que se repite sin ser nombrado. En este sentido, investigar el acceso a controles preconcepcionales no responde únicamente a la necesidad de producir datos, sino al imperativo ético de visibilizar ausencias históricas en el cuidado de la salud sexual y reproductiva.

La elección de este tema surge de la experiencia clínica diaria en centros de Atención Primaria con alta presencia de mujeres migrantes. En la consulta aparecen embarazos no planificados, accesos tardíos al control prenatal y relatos fragmentados de encuentros previos con el sistema de salud. Lo que se repite no es solo la falta de información o de prestaciones, sino la ausencia de un acompañamiento previo que reconozca a las mujeres como sujetas de derechos, portadoras de proyectos de vida y saberes propios. Investigar, en este contexto, se transforma en una forma de hacer visible aquello que el sistema ha normalizado como inexistente.

Desde esta perspectiva, la investigación se configura como una herramienta de incidencia. Al describir las condiciones de acceso, las barreras administrativas, culturales y simbólicas, así como las experiencias de trato percibido por las mujeres migrantes, se generan insumos que permiten interpelar prácticas clínicas, modelos de atención y decisiones sanitarias. Nombrar las dificultades para acceder a controles preconcepcionales no busca responsabilizar a las personas, sino tensionar las estructuras que limitan el ejercicio efectivo de derechos en salud.

Asimismo, investigar es un acto de escucha. Los estudios en salud sexual y reproductiva, cuando se desarrollan desde un enfoque cualitativo, abren espacios para que las mujeres relaten sus expectativas, miedos y experiencias con el sistema de salud. Escuchar estas voces no solo en la consulta, sino también en el espacio investigativo, permite devolverles centralidad y dignidad, reconociéndolas como protagonistas de los procesos que afectan su bienestar. En este sentido, la investigación no extrae información, sino que construye conocimiento de manera relacional y respetuosa.

Lo que se anticipa encontrar —barreras de acceso, desconocimiento de la prestación, experiencias de discriminación o dificultades para compatibilizar la atención con la vida

laboral y familiar— no constituye una sorpresa, sino una confirmación de desigualdades ya observadas en la práctica clínica (OMS, 2018). Sin embargo, sistematizar estas experiencias permite trascender el ámbito individual y transformarlas en evidencia colectiva, capaz de orientar mejoras en la organización de los servicios y en las políticas públicas.

Para la Medicina Familiar y Comunitaria, la investigación forma parte del proceso formativo y del ejercicio profesional (McWhinney, 2003). Las y los residentes, al investigar desde sus propios territorios de práctica, se posicionan como agentes de cambio capaces de articular la clínica, la docencia y la reflexión crítica. La Atención Primaria se consolida, así como un espacio legítimo de producción de conocimiento, donde las preguntas nacen del encuentro cotidiano con las personas y las comunidades, y donde el saber generado tiene un impacto directo en la calidad del cuidado.

Investigar para cuidar mejor implica asumir que el acto clínico no termina en la consulta. Continúa en la pregunta incómoda, en la revisión de lo dado por hecho y en la voluntad de transformar realidades injustas. En el caso de la atención preconcepcional de mujeres migrantes, investigar es también una forma de acompañar, de anticiparse y de afirmar que el cuidado comienza mucho antes de que el embarazo ocurra.

5. Breve reflexión

Reflexionar sobre la atención preconcepcional desde la Medicina Familiar implica detenerse en un tiempo frecuentemente invisibilizado del cuidado: el momento previo al embarazo, donde se configuran decisiones fundamentales y donde el sistema de salud puede —o no— acompañar de manera oportuna y respetuosa. Desde nuestra experiencia como médicas residentes, este período emerge como un espacio profundamente coherente con una práctica centrada en las personas, integral y longitudinal.

La atención preconcepcional no se reduce a la prevención de riesgos biomédicos. Es, sobre todo, una oportunidad para escuchar, reconocer trayectorias vitales diversas y fortalecer la autonomía reproductiva, especialmente en mujeres migrantes que han enfrentado múltiples barreras para ejercer sus derechos sexuales y reproductivos. Investigar este ámbito ha tensionado nuestras propias prácticas clínicas y nos ha permitido comprender la investigación como una forma de cuidado, que visibiliza ausencias y transforma experiencias individuales en conocimiento colectivo.

6. Conclusiones

La atención preconcepcional representa una oportunidad estratégica y, al mismo tiempo, un desafío pendiente para los sistemas de salud y para la práctica cotidiana de la Medicina Familiar. Pensar más allá de una prestación puntual implica reconocerla como un espacio de cuidado anticipatorio, donde se juegan decisiones fundamentales relacionadas con la autonomía reproductiva, la dignidad y los proyectos de vida de las mujeres. En este sentido, fortalecer la atención preconcepcional no es solo una acción sanitaria, sino una afirmación concreta del derecho a decidir sobre el propio cuerpo en condiciones de información, acompañamiento y respeto.

En contextos de alta migración femenina, como los que caracterizan actualmente a Chile, este desafío adquiere una relevancia particular. Las mujeres migrantes, mayoritariamente jóvenes y en edad reproductiva, enfrentan barreras estructurales, culturales y simbólicas que limitan el ejercicio pleno de sus derechos sexuales y reproductivos. La ausencia de un acompañamiento previo al embarazo profundiza estas inequidades, reproduciendo un modelo de atención que interviene de manera tardía y reactiva, en lugar de anticiparse y sostener decisiones informadas a lo largo del ciclo vital.

Desde la Medicina Familiar, existe una responsabilidad ética y política de relevar este tema e instalarlo como parte del quehacer clínico habitual. Acompañar antes de que el embarazo ocurra significa reconocer a las mujeres como sujetas de derechos, con saberes, deseos y expectativas propias, y no únicamente como futuras gestantes. Implica también generar espacios de diálogo que respeten la diversidad cultural, las trayectorias migratorias y las condiciones materiales en que se toman las decisiones reproductivas.

La investigación desarrollada en este contexto se proyecta como una herramienta clave para avanzar en esta dirección. Investigar el acceso a controles preconcepcionales permite visibilizar brechas naturalizadas, tensionar prácticas institucionales y aportar evidencia concreta que oriente transformaciones en la organización de los servicios de salud. Al mismo tiempo, constituye una forma de incidencia que contribuye a instalar la atención preconcepcional en la agenda sanitaria, no como un complemento, sino como un componente esencial en la salud de toda mujer.

Como médicas residentes en formación, este trabajo reafirma la convicción de que la Atención Primaria de Salud es un espacio legítimo para producir conocimiento comprometido con la equidad y los derechos. Investigar desde el territorio, desde la experiencia clínica y desde la escucha de las mujeres, nos permite articular cuidado, reflexión crítica y acción transformadora. Instalar la atención preconcepcional como un tema prioritario no es solo una aspiración académica, sino una invitación a repensar el cuidado desde la anticipación,

la autonomía y la justicia social, pilares fundamentales de la Medicina Familiar.

7. Referencias bibliográficas

Organización Mundial de la Salud. (1946). Actas de la Conferencia Sanitaria Internacional. Ginebra, Suiza: OMS.

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2008). Subsanar las desigualdades en una generación: Determinantes sociales de la salud. Organización Mundial de la Salud. https://apps.who.int/iris/handle/10665/69832

Naciones Unidas. (1995). Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (El Cairo, 5-13 de septiembre de 1994). Nueva York, NY: Naciones Unidas.

http://www.un.org/popin/icpd/conference/offeng/poa.html

Fondo de Población de las Naciones Unidas. (2014). Programa de Acción de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. Edición 20 Aniversario. ISBN 978-0-89714-025-6

Organización de las Naciones Unidas (ONU). (2015). Transformar nuestro mundo: La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Naciones Unidas. https://unctad.org/system/files/official-document/ares70d1_es.pdf

Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). (2022). Necesidad insatisfecha de planificación familiar. Observatorio de Igualdad de Género de América Latina y el Caribe. https://oig.cepal.org/es/indicadores/necesidad-insatisfecha-planificacion-familiar

Fitzgerald, J., Schutt-Aine, J., Houghton, N., et al. (2023). La importancia del enfoque de género en la construcción de sistemas de salud resilientes, equitativos y universales. Rev Panam Salud Publica. https://doi.org/10.26633/RPSP.2023.135

Ministerio de Salud de Chile (MINSAL). (1997). Programa Salud de la Mujer

Ministerio de Desarrollo Social y Familia de Chile. (2017). Encuesta Longitudinal de Primera Infancia [Tercera ronda]. Disponible en: https://observatorio.ministeriodesarrollosocial.gob.cl/elpi-tercera-ronda

Organización Panamericana de la Salud (OPS). (2024). Perfil de país: Chile [Página web]. Disponible en: https://hia.paho.org/es/perfiles-depais/chile#:~:text=La%20raz%C3%B3n%20de%20mortalidad%20materna,el%202000%20(figura%205).

Say L, C., Gemmill A, T., Moller AB, D., et al. (2014). Global causes of maternal death: a WHO systematic analysis. The Lancet. Global health, 2(6), e323–e333. https://doi.org/10.1016/S2214-109X(14)70227-X

Departamento de Estadísticas e Información de Salud. (2024). Manual Series REM 2024. https://inteligencia-sanitaria.saludchiloe.cl/wp-content/uploads/2024/02/Manual -Series-REM-2024-V1.0.pdf

Asociación Americana de Médicos de Familia (AAFP). (2022). Atención preconcepcional (documento de posición).

https://www.aafp.org/about/policies/all/preconception-care.html

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD). (2022). Migración en Chile: tendencias y respuestas de política pública en el período 2000-2021 (Working Paper No. 32). PNUD América Latina y el Caribe. https://www.undp.org/latin-america/publications/migration-chile-trends-and-policy-responses-period-2000-2021

Servicio Nacional de Migraciones (SERMIG). (2022). Nueva entrega de Estimación de Población Migrante 2022. https://serviciomigraciones.cl/nueva-estimacion-poblacion-migrante-2022/

Peñaloza, C., Acuña, M.E., Vega, D., & Castañeda, M. (2015). Narrativas maternas, transformaciones de género y nudos exploratorios sobre las mujeres bolivianas inmigrantes en Chile. Iberoamérica Social. https://www.uchileindigena.cl/narrativas-maternas-transformaciones-de-genero-y-nudos-exploratorios-sobre-las-mujeres-bolivianas-inmigrantes-en-santiago-de-chile

Instituto Nacional de Estadísticas (INE). (2020). Estimación de personas extranjeras residentes en Chile al 31 de diciembre de 2019. https://surl.li/qugnsq

Fondo Nacional de Salud (FONASA). (2025). Datos abiertos Fonasa. https://www.fonasa.cl/sites/fonasa/datos-abiertos/tablero-beneficiario

Cabieses, B., Bernales, M., & McIntyer, A. (2017). La migración internacional como determinante social de la salud en Chile: evidencia y propuestas para políticas públicas.

Cabieses, B., Darrigrandi, F., Oyarte, M., Espinoza, M., Ortiz, M., Mezones-Holguin, E. (2024) Egresos hospitalarios de nacionales y migrantes internacionales asentados y emergentes en Chile antes de la pandemia (2015-2019). CEPAL

Colmenares, N., Abarca, K. (2022). La migración a nivel local en Chile. Desafíos, demandas y políticas en tiempos de pandemia. Si Somos Americanos. Revista de Estudios Transfronterizos, 22(1), 164-192. http://dx.doi.org/10.4067/S0719-09482022000100164

Stewart, M., Brown, J. B., Weston, W. W., McWhinney, I. R., McWilliam, C. L., & Freeman, T. R. (2003). Patient-centered medicine: Transforming the clinical method (2nd ed.). Radcliffe Medical Press.

Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. Science, 196(4286), 129–136. https://doi.org/10.1126/science.847460

Capítulo 13
Exploración de las necesidades de cuidadores de personas con Trastorno Neurocognitivo Mayor en APS: Un estudio Cualitativo

AUTORES: SIMÓN MÉNDEZ ALBARRACIN
JAVIERA VÉLIZ SILVA
IGNACIO RAMÍREZ SMITH
RESIDENTES DEL PROGRAMA DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA, UNIVERSIDAD DIEGO PORTALES, CHILE

Correo contacto: simon.mendez@mail.udp.cl

"El cuidado es una forma de amor, pero también un territorio donde el cuerpo y la vida del cuidador quedan en juego"

Dr. Simón Méndez Albarracin

Resumen

El Trastorno Neurocognitivo Mayor (TNM) constituye una de las condiciones de mayor impacto en las familias y en la red de salud, especialmente en la Atención Primaria (APS), donde se sostiene la mayor parte del acompañamiento longitudinal. Este capítulo presenta una síntesis ampliada del estudio cualitativo realizado en el CESFAM Padre Alberto Hurtado, cuyo objetivo fue explorar las necesidades percibidas de los cuidadores informales de personas con TNM, analizando su impacto en la salud física, la calidad de vida y los sentimientos asociados al rol. A través de trece entrevistas semiestructuradas se identificaron tres grandes ejes: el cuerpo como territorio de desgaste; la vida cotidiana como un espacio reconfigurado por la renuncia y el deber moral; y el mundo emocional como un campo de ambivalencias profundas. Se discuten estos hallazgos a la luz de la Medicina Familiar, las políticas públicas vigentes y los desafíos de los sistemas de apoyo y cuidado. El capítulo integra, además, viñetas narrativas que ilustran las voces de los cuidadores, manteniendo anonimato y resguardos éticos. Finalmente, se reflexiona sobre los desafíos territoriales y éticos del cuidado, proponiendo líneas de acción para fortalecer a quienes sostienen el cuidado en silencio.

Palabras clave: cuidadores, demencia, Trastorno Neurocognitivo Mayor, APS, Medicina Familiar, cualitativo.

Introducción

El cuidado informal de personas con Trastorno Neurocognitivo Mayor (TNM) se ha convertido en una realidad crecientemente visible en la Atención Primaria de Salud (APS), aunque paradójicamente continúa siendo una práctica invisibilizada en la cotidianeidad asistencial. En Chile, al igual que en gran parte de Latinoamérica, la figura del cuidador informal —entendido como aquella persona que no recibe remuneración por la labor de cuidado— corresponde casi siempre a una mujer mayor de 60 años, generalmente familiar directa, quien constituye el pilar fundamental del cuidado domiciliario y de la continuidad del acompañamiento.

Pese a ello, sus necesidades emocionales, físicas y sociales permanecen insuficientemente comprendidas y, en muchos casos, desatendidas tanto por otros integrantes del núcleo familiar como por amigos y vecinos, extendiéndose esta desatención a contextos más distales, como las propias instituciones gubernamentales. Si bien el tema se encuentra presente en la discusión pública y legislativa, su implementación ha sido lenta y dispareja. En consecuencia, la brecha entre lo normado y lo vivido persiste, configurando un escenario

en el que el cuidado continúa recayendo casi exclusivamente en las familias, las cuales enfrentan esta tarea con recursos limitados y apoyos fragmentados.

Este capítulo sintetiza y amplía los resultados del estudio cualitativo realizado en el CESFAM Padre Alberto Hurtado (Macul), integrándolos en una reflexión situada sobre el lugar del cuidado informal en la Atención Primaria de Salud y en el Modelo de Atención Integral en Salud (MAIS). En coherencia con el enfoque de la Medicina Familiar y Comunitaria que atraviesa la presente obra, la investigación tuvo como objetivo comprender cómo los cuidadores viven su rol, qué significados atribuyen a su experiencia y qué necesidades emergen desde su propio relato. A través del análisis de las dimensiones de salud física, calidad de vida y mundo emocional, y del uso de viñetas narrativas, el capítulo busca aportar una comprensión territorial y relacional del cuidado, relevante para la práctica clínica, la formación y la reflexión ética en APS.

1. Aproximación metodológica

El presente capítulo se basa en un estudio cualitativo de carácter exploratorio realizado en el CESFAM Padre Alberto Hurtado, comuna de Macul, cuyo propósito fue comprender en profundidad la experiencia de los cuidadores informales de personas con Trastorno Neurocognitivo Mayor (TNM) en el contexto de la Atención Primaria de Salud. Se optó por un enfoque cualitativo por su capacidad para acceder a los significados, vivencias y tensiones subjetivas asociadas al rol de cuidado, particularmente relevantes en el ámbito de la Medicina Familiar y Comunitaria.

Se realizaron dos pilotajes y trece entrevistas semiestructuradas a cuidadores principales informales de personas con TNM adscritas al CESFAM, seleccionados mediante muestreo intencionado por conveniencia, procurando diversidad en edad, género, parentesco y tiempo dedicado al cuidado. Las entrevistas fueron conducidas de manera presencial, grabadas con consentimiento informado y posteriormente transcritas de forma literal. El análisis de la información se desarrolló siguiendo un análisis temático reflexivo, de carácter inductivo, que permitió identificar patrones narrativos y categorías emergentes vinculadas a la salud física, la calidad de vida y el mundo emocional de los cuidadores.

Durante todo el proceso se resguardaron criterios éticos fundamentales, incluyendo la voluntariedad de la participación, el anonimato de los relatos y la confidencialidad de la información. Las viñetas narrativas incluidas en el capítulo corresponden a fragmentos representativos de las entrevistas, seleccionados por su capacidad de condensar experiencias compartidas, y han sido adaptadas para proteger la identidad de las personas participantes.

2. Desarrollo Temático

El cuidado en el contexto del Trastorno Neurocognitivo Mayor: vulnerabilidad, exigencias y territorio.

Las demencias, hoy llamadas Trastorno Neurocognitivo Mayor (TNM) según la nueva nomenclatura del DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013); constituye una condición crónica, progresiva y altamente demandante, cuyo impacto trasciende ampliamente a la persona diagnosticada y se extiende hacia su entorno inmediato, especialmente hacia quien asume el rol de cuidador principal. La literatura internacional y nacional ha documentado reiteradamente la sobrecarga física, emocional y social asociada al cuidado prolongado de personas con demencia (Colombo et al., 2011; Aravena et al., 2016; Queluz et al., 2020). Sin embargo, menos frecuente ha sido la aproximación cualitativa situada en el nivel primario de atención, que permita comprender esta experiencia desde el territorio y desde la cotidianeidad de los hogares donde el cuidado se desarrolla.

En Chile, el TNM se reconoce como una prioridad de salud pública debido a su creciente prevalencia y al impacto que genera en las familias (Ministerio de Salud, 2022b; World Health Organization, 2012). La carga del cuidado, no obstante, se distribuye de manera desigual: la mayor parte recae en mujeres, familiares directos, con un promedio de edad superior a los 60 años, frecuentemente sin formación específica y con escasas redes de apoyo formal (Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2022).

El territorio de Macul constituye un ejemplo paradigmático. Se trata de una comuna con una alta proporción de personas mayores y con una red de apoyo formal limitada, donde programas como PRLAC o iniciativas comunales de apoyo al cuidador presentan discontinuidades operativas o barreras de acceso, tal como ha sido descrito en reportes locales (Plan de Salud Comunal, 2024). En este contexto, el cuidado cotidiano de las personas con TNM recae casi exclusivamente en las familias, reproduciendo una estructura de apoyo basada en la responsabilidad privada más que en un sistema público robusto.

A pesar de los esfuerzos por establecer lineamientos y políticas nacionales, incluyendo la Estrategia Nacional de Salud 2030 y el proyecto de ley que crea el Sistema Nacional de Apoyos y Cuidados (SNAC), la ejecución de estas iniciativas ha sido lenta y heterogénea, dejando importantes brechas entre lo legislado y lo experimentado por las familias (Ministerio de Salud, 2022a; Ministerio de Desarrollo Social y Familia, 2023). Esta distancia entre normativa e implementación condiciona de manera estructural la experiencia del cuidado, profundizando vulnerabilidades preexistentes y limitando la capacidad de la APS para ofrecer respuestas integrales.

En suma, el cuidado en el contexto del TNM no puede ser comprendido sin considerar las particularidades del territorio, las inequidades estructurales y la fragilidad de las redes formales de apoyo. Desde esta perspectiva, una aproximación cualitativa situada permite iluminar cómo estas tensiones se expresan en la vida cotidiana de los cuidadores y cómo configuran su bienestar físico, emocional y social.

3. Salud física: entre el desgaste y el autocuidado postergado

Las entrevistas revelan el cuerpo como la primera frontera del desgaste. Las molestias musculoesqueléticas, la fatiga crónica y el sueño interrumpido emergen como condiciones casi universales en quienes ejercen el rol de cuidado. Los cuidadores relatan una tensión constante entre la conciencia de su propio deterioro y la imposibilidad práctica de priorizar su salud. Tal como expresó “María”: “Sé que no puedo seguir levantándolo yo sola, pero si no lo hago yo, ¿quién?”

En este contexto, el autocuidado adquiere un carácter simbólico más que práctico: los cuidadores saben lo que deberían hacer, pero la organización de sus vidas gira en torno al usuario con TNM. El tiempo personal se vuelve un recurso escaso, y los espacios para el descanso, la actividad física o el tratamiento de patologías propias quedan relegados. Esta postergación sostenida del autocuidado genera un círculo de desgaste difícil de revertir, en el que el cuerpo del cuidador se convierte simultáneamente en herramienta indispensable y territorio sacrificado para sostener la vida cotidiana del otro.

4. Calidad de vida: satisfacción resignada y sentido de deber

La mayoría de los cuidadores refirió una disminución en su satisfacción general con la vida, describiéndola como una transformación radical de su rutina cotidiana, marcada por la renuncia a espacios de descanso, sociabilidad y desarrollo personal.

“Ya no salgo como antes, ni siquiera a tomar un café con una amiga... todo gira en torno a mi mamá” refirió “Cecilia”.

“Mi vida quedó en pausa. Él sigue avanzando en su enfermedad y yo retrocedo en lo mío” comentó “Elena”.

La APS, desde su rol territorial, tiene el desafío de reconocer esta renuncia sostenida como un determinante social del bienestar.

5. El mundo emocional del cuidado: entre el amor, la culpa y la soledad

El análisis temático reveló una ambivalencia emocional persistente. Los cuidadores experimentan ternura, gratitud y sentido del deber, pero también culpa, irritabilidad, miedo y desesperanza. La culpa es una emoción transversal donde suelen culparse por cansarse, por enojarse, por desear un descanso.

Las narrativas también evidencian un sentimiento de soledad estructural:

“A todos les importa cómo está mi mamá. Nadie me pregunta cómo estoy yo”, relató “Ana”.

“A veces me enoja, me impaciento... y después me siento mal, porque sé que no tiene la culpa” expresó “Carlos”.

6. Sistema de salud: entre expectativas y límites

Los cuidadores valoran profundamente el vínculo que tienen con el CESFAM, ya que constituye la única institución donde perciben una continuidad de cuidado que no encuentran en otros niveles de atención. Sin embargo, esta valoración convive con una serie de limitaciones estructurales que configuran una brecha entre expectativas y realidad. Las entrevistas revelan que, aunque los cuidadores desearían mayor apoyo desde la APS, enfrentan barreras que dificultan su participación como:

- La imposibilidad de asistir a controles por falta de relevo, lo que convierte cada salida en una negociación compleja o directamente inviable.
- Dificultades de acceso físico al CESFAM, especialmente para la población más dependiente, ya que la movilización es costosa y el sistema no garantiza el transporte subsidiado o la atención domiciliaria, las cuales suelen estar restringidas a casos de dependencia severa, dejando fuera a cuidadores que igualmente viven sobrecarga significativa.
- Incompatibilidad horaria entre la oferta asistencial y la dinámica diaria del cuidado, que demanda atención constante del usuario con TNM.
- Brecha Educacional Etapificada: Existe un déficit grave en la información sobre la progresión de la enfermedad (TNM). El sistema provee una mirada general, sin entregar pautas prácticas, específicas y anticipatorias sobre los desafíos esperables en cada fase (ej. manejo de la agresividad, problemas de deglución o crisis de libido), lo que obliga a los cuidadores a enfrentar los síntomas sin preparación y a aumentar su in-

certidumbre. Vale acotar que estas temáticas suelen ser abordadas cuando se realizan talleres a cuidadores (específicamente a aquellos que forman parte del Programa de Atención Domiciliaria para Personas con Dependencia Severa y Cuidadores - PADDS), sin embargo la mayoría de los entrevistados manifiestan que desconocen la existencia de dichos talleres pero, tampoco tendrían la disponibilidad para poder asistir a ellos.

Estas condiciones generan una sensación de distancia creciente con el sistema de salud, aun cuando la APS es percibida como el espacio más cercano y confiable. La contradicción entre valorar la APS y sentirse, a la vez, poco acompañados por ella, constituye una de las tensiones más relevantes identificadas en el estudio.

Para los equipos de APS, este escenario plantea desafíos aún pendientes: reconocer al cuidador como usuario legítimo, flexibilizar modalidades de atención, fortalecer el trabajo territorial, integrar la educación etapificada como un eje central y avanzar hacia estrategias que permitan sostener el cuidado sin que este dependa exclusivamente de la disponibilidad física y emocional del cuidador.

Voces del Cuidado: Relatos que Habitan el Territorio

María: “La casa que se achica”

“A veces siento que la casa se me viene encima. No es que falte espacio, es que ya no hay rincones donde yo no esté alerta. Si me siento cinco minutos, escucho que se levanta; si voy al baño, pienso que puede caerse; si intento dormir, sueño que me llama. (...) A veces me enojo, me impaciento... y después me siento culpable, porque sé que él no eligió esto. (...) Me gustaría salir a caminar sin mirar el reloj. Pero si yo no estoy, ¿quién lo sostiene?”

La narración de María condensa la experiencia de hiperalerta y vigilancia permanente descrita por múltiples cuidadores. La casa, lugar de refugio, se transforma en escenario de exigencia constante; la línea entre cuidado y autoexigencia se vuelve difusa, y la culpa emerge como hilo conductor de la experiencia emocional.

Elena: “Vida en pausa”

“Siento que mi vida quedó en pausa. Él avanza en su enfermedad, y yo me quedo detenida... o retrocedo. (...) No sé si lo hago bien. Tampoco sé si podría hacerlo de otra manera. Lo único que sé es que no quiero fallarle, aunque en el día a día a veces siento que me fallo a mí misma. (...) Antes iba al club, al taller de tejido, al kiosco de la esquina. Ahora, cuando

salgo, vuelvo apurada. Me da miedo que pase algo en esos minutos."

La historia de Elena revela la renuncia silenciosa que atraviesa la vida del cuidador informal. La identidad personal se reconfigura en función del cuidado, y el tiempo, uno de los recursos más preciados, se vuelve restringido, vigilado, condicionado. El deber moral aparece como motor, pero también como peso existencial.

Adela: "Cuando no hay relevo"

"Si estás con una persona con demencia, tienes que estar pendiente las veinticuatro horas del día. No hay descanso. Nadie más te ayuda, yo no cuento con alguien a quien pedirle apoyo. (...) El médico te atiende, te da el medicamento, te da la receta... y chao, te fuiste; el resto se lo arregla uno."

El relato de Adela da cuenta de un cuidado ejercido en soledad, marcado por la hiperdisponibilidad permanente y la ausencia de relevo. La experiencia evidencia una brecha entre la atención clínica y las exigencias reales del cuidado cotidiano, que recaen casi por completo en el cuidador, reforzando la sobrecarga y su invisibilización dentro del sistema de salud.

Reflexión Final

El cuidado de personas con TNM interpela directamente los fundamentos de la Medicina Familiar: la vocación de presencia, la longitudinalidad y la comprensión del sufrimiento humano en su dimensión biopsicosocial. Los hallazgos del estudio revelan tensiones profundas entre el deber moral, la precariedad del cuidado no remunerado y la escasa corresponsabilidad social. El sistema, al no garantizar la atención domiciliaria y al fallar en proveer educación anticipatoria sobre la progresión de la enfermedad, obliga al cuidador a enfrentar el dolor y el riesgo en aislamiento.

Para los equipos de APS, esto supone un llamado urgente a reorientar radicalmente las prácticas: la flexibilización de modalidades de atención debe traducirse en la priorización de la Visita de Atención Domiciliaria (VDI). Asimismo, se requiere integrar la educación etapificada como una estrategia de prevención de riesgos. Reconocer al cuidador como usuario legítimo no es sólo aplicar una encuesta de sobrecarga, sino transformar activamente el modelo de prestación para que el apoyo (sea psicológico, informativo o de relevo) llegue al hogar y no dependa de la disponibilidad física y emocional de quien ya está sobrecargado.

Conclusiones

1. El rol del cuidador informal es un determinante crítico de la continuidad del cuidado de personas con TNM, pero sigue invisibilizado y en riesgo de colapso psicosocial en el sistema de salud.

2. Las necesidades físicas, emocionales y sociales del cuidador deben incorporarse como parte de la evaluación integral en APS, reconociendo la carga de indignidad y trauma generada por el cuidado íntimo.

3. La renuncia sostenida y la ambivalencia emocional caracterizan la experiencia del cuidado y requieren intervenciones específicas de salud mental, incluyendo la atención de crisis y la mediación familiar para abordar el abandono.

4. La limitación de acceso a la información y la atención es esencialmente una barrera logística (costo y falta de relevo). En consecuencia, se requieren políticas públicas y dispositivos territoriales que fortalezcan el descanso, apoyo psicosocial y acompañamiento a cuidadores mediante la garantía de horas de respiro y la atención domiciliaria obligatoria.

5. La Medicina Familiar tiene un rol ético y práctico insustituible en la visibilización del cuidado y la defensa de los cuidadores como sujetos de derecho, liderando la articulación entre el modelo de salud y la Red Local de Apoyos y Cuidados (SNAC) para llevar el apoyo al territorio y asegurar que la educación sobre la progresión del TNM sea una herramienta de prevención en lugar de un privilegio.

A partir de estos hallazgos, surgen interrogantes que invitan a una reflexión más amplia desde la Atención Primaria de Salud y la Medicina Familiar. ¿Qué condiciones mínimas debería garantizar el sistema de salud para que el cuidado informal no dependa exclusivamente del sacrificio físico y emocional de una persona? ¿Cómo avanzar hacia una corresponsabilidad real entre familias, comunidad y Estado que permita sostener el cuidado sin reproducir la invisibilización y la renuncia vital de quienes cuidan? Y, finalmente, ¿de qué manera la APS puede transitar desde el reconocimiento discursivo del cuidador hacia dispositivos concretos y accesibles que lo integren efectivamente como sujeto de derecho en salud?

Referencias

American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5.ª ed.).

Aravena, C., Alvarado, R., Muñoz, C., & Lucero, M. (2016). Sobrecarga y calidad de vida en cuidadores informales de personas con demencia. Revista Médica de Chile, 144(10), 1316–1323. https://doi.org/10.4067/S0034-98872016001000008

Colombo, F., Llena-Nozal, A., Mercier, J., & Tjadens, F. (2011). Help wanted? Providing and paying for long-term care. OECD Publishing. https://doi.org/10.1787/9789264097759-en

Ministerio de Desarrollo Social y Familia. (2022). Encuesta Nacional de Discapacidad y Dependencia (ENDIDE 2022). Gobierno de Chile.

Ministerio de Desarrollo Social y Familia. (2023). Programa Red Local de Apoyos y Cuidados (PRLAC). Informe de gestión 2023. Gobierno de Chile.

Ministerio de Salud. (2017). Encuesta Nacional de Salud 2016–2017. Gobierno de Chile.

Ministerio de Salud. (2022a). Estrategia Nacional de Salud para el cumplimiento de los Objetivos Sanitarios al 2030. Gobierno de Chile.

Ministerio de Salud. (2022b). Guía Clínica: Demencias. Departamento de Salud Mental y Cambio Demográfico, Gobierno de Chile.

Plan de Salud Comunal de Macul. (2024). Plan de Salud Comunal 2024. Municipalidad de Macul.

Queluz, F. N., Stopa, S. R., Domingues, M. A., de Oliveira, D. C., & Vieira, L. (2020). Needs of family caregivers of people with dementia: A systematic review. American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias, 35, 1–12. https://doi.org/10.1177/1533317519900348

World Health Organization. (2012). Dementia: A public health priority. WHO Press.

Parte 03.

Lo que esperamos y el futuro de la Medicina Familiar en Latinoamérica

Perspectivas para una atención integral centrada en personas, familias y territorios.

Capítulo 14
Formación del médico familiar del futuro

AUTORES: DR. ABRAHAM RUBÉN TAMEZ RODRÍGUEZ
DRA. MARÍA NORA VITTI SÁNCHEZ
DR. FRANCISCO JAVIER CARRANZA GUZMÁN
DRA. ERIKA RENATA DOMÍNGUEZ SÁNCHEZ
UNIVERSIDAD DE MONTERREY

Introducción

La Medicina Familiar ha evolucionado como respuesta a los profundos cambios sociales, demográficos y sanitarios que han transformado las necesidades de los sistemas de salud. Desde sus bases conceptuales, se reconoce que el médico familiar tiene la responsabilidad de ofrecer atención continua, integral y centrada en la persona, integrando elementos biológicos, psicológicos y sociales que influyen en el proceso salud-enfermedad (Ceitlin & Gómez, 1997). Este enfoque holístico cobra especial relevancia en un contexto caracterizado por la multimorbilidad, el envejecimiento poblacional y la creciente fragmentación de los servicios, fenómenos que demandan profesionales capaces de resolver la mayor parte de los problemas de salud en el primer nivel de atención (Gómez García et al., 2013).

La identidad profesional del médico familiar se construye a partir de la comprensión del individuo dentro de su familia y comunidad, del uso de la entrevista clínica centrada en la persona y del desarrollo de habilidades para el abordaje de problemas complejos de salud con una perspectiva preventiva y curativa. Los textos dedicados al trabajo con familias subrayan el valor del acompañamiento longitudinal y la importancia de reconocer las dinámicas familiares como determinantes fundamentales de salud (Garza Elizondo & Gutiérrez Herrera, 2015).

Acorde con las necesidades sociales y familiares, la formación del médico familiar debe basarse en competencias claramente definidas, integrando conocimientos, habilidades y actitudes que respondan a las expectativas de los pacientes y de la sociedad. El perfil profesional propuesto en la literatura reciente enfatiza el juicio clínico, la capacidad resolutiva, la toma de decisiones compartidas y el profesionalismo, así como la necesidad de modelos educativos que fortalezcan estas capacidades de manera sistemática y contextualizada (Mazón Ramírez, 2024; Saura Llamas, 2024).

A nivel regional, organismos internacionales han señalado que la consolidación de la Medi-

cina Familiar es clave para avanzar hacia sistemas de salud basados en la Atención Primaria. Sin embargo, persisten desafíos estructurales relacionados con la falta de integración de redes asistenciales, la insuficiente expansión de programas formativos y la necesidad de políticas coherentes que garanticen la sostenibilidad (González Calbano et al., 2018).

La formación del médico familiar del siglo XXI debe incorporar nuevas capacidades vinculadas con el pensamiento crítico, la resolución colaborativa de problemas y la adaptación a escenarios complejos, competencias ampliamente discutidas en la literatura contemporánea sobre aprendizaje y evaluación (Geisinger, 2016). Estos elementos resultan fundamentales para responder a las necesidades cambiantes de las personas, las familias y las comunidades, y para fortalecer sistemas de salud más humanos, equitativos y sostenibles.

1. Identidad profesional del médico familiar

La identidad profesional del médico familiar constituye un proceso dinámico y complejo ya que integra dimensiones clínicas, sociales y éticas; las que se van conformando a lo largo de la formación y durante el ejercicio profesional. En medicina familiar la identidad se diferencia de otras especialidades por su orientación hacia la atención integral, continua y centrada en la persona, la familia y la sociedad.

1.1. Concepto de identidad profesional en el médico familiar

La identidad profesional es el conjunto de valores, actitudes, conocimientos, roles y compromisos que permiten al profesional reconocerse a sí mismo y ser reconocido por otros dentro de una disciplina específica. En la medicina familiar, la identidad se articula a partir de tres dimensiones: clínica, social y ética.

En la dimensión clínica, el médico familiar se caracteriza por una visión integral del proceso salud-enfermedad, considerando los aspectos biológicos, psicológicos y sociales del paciente. A diferencia del modelo biomédico tradicional, la práctica de la medicina familiar no se limita al diagnóstico y tratamiento de enfermedades, sino que se orienta a la comprensión del paciente en su entorno vital y familiar (McWhinney & Freeman, 2009; Trujillo Cárdenas et al., 2025; WONCA Europe, 2011).

La dimensión social de la identidad profesional reconoce al médico familiar como actor clave dentro del sistema de salud y de la comunidad. Su práctica se desarrolla en estrecha relación con las condiciones sociales, económicas y culturales que influyen

en la salud, lo que implica una responsabilidad activa en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad (Trujillo Cárdenas et al., 2025).

En tanto, la dimensión ética se sustenta en principios como la continuidad de la atención, la responsabilidad, el respeto a la autonomía del paciente y el compromiso con el bienestar individual y colectivo. La relación médico-paciente en medicina familiar suele ser prolongada en el tiempo, hecho que fortalece la confianza y exige un ejercicio ético constante basado en la empatía, la confidencialidad y la toma de decisiones compartidas (Pacheco Can, 2021).

Unido a lo anterior, el médico familiar se consolida como un agente de cuidado continuo, acompañando a las personas a lo largo de su ciclo vital familiar, coordinando la atención y actuando como primer contacto y gestor del cuidado dentro del sistema de salud (American Academy of Family Physicians, 2018).

1.2. Construcción de la identidad durante la formación

La identidad profesional del médico familiar no es innata, sino que se construye gradual y paulatinamente durante la formación académica y la residencia médica, a través de un proceso de socialización profesional. Este proceso implica la internalización de valores, normas, prácticas y significados propios de la especialidad, que se adquieren tanto en escenarios formales como informales de aprendizaje (Trujillo Cárdenas et al., 2025; Pérez González, 2023).

Durante la residencia en medicina familiar, el contacto continuo con pacientes, familias y la comunidad favorece el desarrollo de una identidad centrada en la atención integral. Llevar a cabo la exposición temprana a escenarios comunitarios y de atención primaria contribuye a consolidar una visión amplia de la salud y a reforzar el sentido de responsabilidad social del médico en formación (Pérez González, 2023).

Durante la formación en medicina familiar, la construcción de la identidad profesional se ve profundamente influida por los actores y escenarios en los que el médico residente se desarrolla. Entre ellos está el tutor, el equipo de salud y la comunidad, desempeñando un papel central al actuar como referentes formativos, éticos y sociales.

El tutor en medicina familiar constituye una figura clave en el proceso de socialización profesional, ya que funciona como modelo de rol. A través de su práctica clínica cotidiana, su forma de relacionarse con los pacientes y su toma de decisiones, transmite valores, actitudes y principios propios de la especialidad, influyendo significativamen-

te en la forma en que el residente concibe su papel profesional. La observación y el acompañamiento cercano favorecen la internalización del enfoque biopsicosocial, la atención centrada en la persona y la continuidad del cuidado, elementos esenciales de la identidad del médico familiar (Trujillo Cárdenas et al., 2025; Pérez González, 2023).

El equipo de salud contribuye a la construcción de la identidad a través de la práctica interdisciplinaria. La interacción con personal de enfermería, trabajo social, psicología y otras disciplinas permite al médico en formación reconocer la complejidad del proceso salud-enfermedad y asumir su función como coordinador del cuidado. Este trabajo colaborativo fortalece competencias en comunicación, éticas y de liderazgo, al tiempo que refuerza una identidad profesional basada en el respeto, la cooperación y la corresponsabilidad en la atención en salud (Pérez González, 2023).

La comunidad representa un escenario formativo elemental en la medicina familiar. El contacto directo con las personas, las familias y su entorno social hace posible que el residente comprenda el impacto de los determinantes sociales de la salud y reconozca su papel como agente de cambio social. La experiencia en la comunidad favorece la construcción de una identidad profesional comprometida con la equidad, la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, elementos distintivos del ejercer del médico familiar en el primer nivel de atención (Trujillo Cárdenas et al., 2025). En conjunto, la interacción con el tutor, el equipo de salud y la comunidad permite que la identidad profesional del médico familiar se consolide de manera integral, articulando conocimientos clínicos, valores éticos y responsabilidad social a lo largo del proceso formativo.

2. Tensiones actuales

En la actualidad, la identidad profesional del médico familiar enfrenta diversas tensiones. Una de las más relevantes es la confrontación entre la biomedicalización (convertir situaciones no médicas en problemas médicos) de la atención y el enfoque integral que caracteriza a la especialidad. El aumento constante de la tecnificación, la alta especialización y la orientación a la enfermedad pueden debilitar el modelo biopsicosocial y generar conflictos en la práctica del médico familiar.

Otra tensión importante se genera tras la fragmentación del sistema de salud, que en ocasiones dificulta la atención continua y limita el ejercicio pleno del rol del médico familiar como pilar de la atención integral. La sobrecarga asistencial y la presión por indicadores cuantitativos pueden afectar negativamente la calidad de la atención y, por ende, la satisfacción profesional (Trujillo Cárdenas et al., 2025; Starfield, 2001).

Estas condiciones favorecen el desgaste profesional o burnout, situación que cada vez es más frecuente entre médicos familiares, impactando directamente en su identidad profesional, bienestar personal y desempeño clínico. Reconocer estas tensiones o estresores, es fundamental para fortalecer la identidad del médico familiar y garantizar una práctica profesional sostenible y sobre todo humanizada (Aranda Beltrán et al., 2005).

2.1 Competencias clínicas integrales

La medicina familiar ha sostenido históricamente que la atención clínica debe ser continua, integral y contextualizada. Esta visión propone comprender al paciente como un ser inmerso en una red de relaciones, experiencias y determinantes sociales que influyen en su salud. McWhinney señaló que el médico familiar es responsable de acompañar a las personas a lo largo de su vida, lo que exige un ejercicio clínico orientado a la prevención, la longitudinalidad y la resolución de la mayor parte de los problemas del primer nivel (Ceitlin & Gómez, 1997).

La longitudinalidad permite al médico familiar establecer vínculos terapéuticos que favorecen la comprensión de la trayectoria de enfermedad, los factores psicosociales implicados y los recursos familiares que pueden apoyar la recuperación. En el trabajo clínico con familias, se destaca que la continuidad del cuidado facilita reconocer tensiones del ciclo vital, eventos estresantes y dinámicas que influyen en la adherencia terapéutica (Garza Elizondo & Gutiérrez Herrera, 2015). Este enfoque se refuerza con la necesidad contemporánea de habilidades profesionales que permitan observar patrones en el tiempo y actuar de manera anticipatoria, una capacidad vinculada al pensamiento crítico descrito como esencial para el siglo XXI (Geisinger, 2016).

La transición demográfica y el incremento sostenido de enfermedades crónicas han generado escenarios clínicos cada vez más complejos. El adulto mayor utiliza servicios con mayor frecuencia y requiere intervenciones integrales que consideren múltiples condiciones simultáneas, lo que demanda competencias avanzadas de evaluación global y priorización terapéutica (Gómez García et al., 2013).

Asimismo, el médico familiar debe afrontar estos casos desde la lógica de la resolución compleja de problemas, una habilidad considerada central para la práctica profesional en el siglo XXI (Geisinger, 2016). Esta competencia se articula con la capacidad de integrar información clínica diversa y contextualizarla según el entorno familiar y comunitario, como señalan los documentos sobre perfil profesional y práctica reflexiva (Mazón Ramírez, 2024; Saura Llamas, 2024).

La prevención ha sido históricamente un pilar de la medicina familiar. Cada encuentro clínico representa una oportunidad de promoción para el autocuidado, anticipar riesgos y fortalecer los recursos familiares (Garza Sagástegui, 2013). La Atención Primaria, tal como señala la OPS, requiere sistemas con fuerte énfasis en la promoción de la salud y en el trabajo territorial, lo que demanda del médico familiar competencias preventivas sólidas y una lectura crítica de los determinantes sociales (González Calbano et al., 2018).

2.2. Competencias relacionales y comunicacionales

La relación médico-paciente-familia constituye una herramienta clínica fundamental en medicina familiar. Esta relación debe basarse en la comunicación efectiva, la escucha activa y la comprensión del entorno emocional y social de cada persona.

El trabajo con familias destaca la importancia de explorar las estructuras familiares, los roles, los recursos y los conflictos que influyen en el motivo de consulta. Comprender estas dimensiones permite orientar intervenciones más humanas y contextualizadas (Garza Elizondo & Gutiérrez Herrera, 2015). Además, la literatura educativa subraya que la comunicación efectiva es parte central de las habilidades profesionales del siglo XXI, necesarias para interpretar información, establecer acuerdos y generar relaciones de colaboración (Geisinger, 2016). Estas competencias se alinean con el quehacer del médico familiar, donde la interacción interpersonal es un componente clínico indispensable. Por eso, la toma de decisiones compartidas requiere reconocer la autonomía del paciente, valorar sus expectativas y acompañarlo en la elección de opciones terapéuticas. Mazón Ramírez (2024) señala que esta capacidad forma parte de las actitudes éticas esperadas en el perfil profesional del médico familiar. Saura Llamas (2024) añade que la toma de decisiones se fortalece mediante la práctica reflexiva y la capacidad del profesional para comunicar información compleja de forma clara, habilidad que coincide con las competencias comunicacionales de las competencias indispensables en la formación contemporánea (Geisinger, 2016).

2.3. Competencias comunitarias y sociales

Las competencias comunitarias amplían la mirada clínica del médico familiar hacia el territorio, los determinantes sociales y las redes que influyen en la salud de la población. Este enfoque es indispensable para la construcción de un modelo de Atención Primaria sólido y efectivo.

Un diagnóstico comunitario permite identificar riesgos, necesidades y recursos del entorno. La OPS subraya que la expansión y consolidación de la medicina familiar en América Latina requiere fortalecer la capacidad de los profesionales para analizar su territorio y participar en la planificación local (González Calbano et al., 2018). Mazón Ramírez (2024) integra este componente dentro del perfil profesional, afirmando que el conocimiento del contexto social es esencial para la pertinencia de las intervenciones en salud. Por lo tanto, las competencias centradas en identificar, diagnosticar y atender de forma planificada la problemática comunitaria y social son parte esencial en los currículos académicos del médico familiar. El trabajo comunitario demanda una colaboración estrecha entre sectores como salud, educación y desarrollo social. Gómez García et al. (2013) resaltan que los desafíos del envejecimiento y la multimorbilidad no pueden abordarse únicamente desde el ámbito clínico, requiriéndose estrategias integradas. Estas acciones intersectoriales fortalecen la capacidad del médico familiar para incidir en los determinantes sociales y promover sociedades más equitativas, alineadas con los principios de la Atención Primaria.

3. Vinculación comunitaria como eje formativo

El médico de familia desempeña un papel fundamental en la atención sanitaria, acompañando a un grupo definido de personas a lo largo de todas las etapas de su vida. Su labor se caracteriza por el compromiso con la promoción de la salud no solo en el ámbito individual, sino también en el familiar y comunitario. (Lochner et al., 2018). Este enfoque le permite abordar las necesidades de sus pacientes desde una perspectiva integral, considerando tanto los factores biomédicos como los sociales que influyen en el bienestar. La formación del médico especialista en medicina familiar se estructura en varios ejes esenciales: la docencia, la investigación y la gestión de recursos dentro de estos. (Varela-Rueda et al., 2016) También se centra en el desarrollo de la atención clínica, que capacita al profesional para diagnosticar y tratar las enfermedades más prevalentes en la comunidad donde ejerce; es mediante la vinculación comunitaria, que esto se puede lograr de forma significativa.

La medicina familiar basada en la vinculación comunitaria busca preservar la salud de los pacientes, sus familias y su comunidad, considerando la realidad de donde vive la persona. Las interacciones con los pacientes en los consultorios o en sus domicilios son momentos ideales para obtener información, no solo del componente biomédico, sino del aspecto familiar y social; conocer su hábitat, sus alrededores, su estilo y su calidad de vida, es parte de la integralidad del médico de familia. (López et al., 2022)

Más del 80 % de los resultados de salud de las personas están regidos por los determinantes sociales de salud (DSS) que la Organización Mundial de la Salud (Organización Panamericana de la Salud [OPS], s. f.) los define como “las circunstancias en que las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de vida cotidiana”. Estos DSS son: el género, el sexo, la vivienda, el lugar de trabajo, la inseguridad alimentaria, el acceso al agua potable, la educación, la ocupación, el apoyo social, la presencia de áreas verdes, la posición social, la seguridad y el alumbrado públicos, el sistema de salud, el gobierno; el que el médico de familia conozca estos datos sobre su paciente y su comunidad, puede impactar de manera positiva en su salud.

El espacio donde el médico familiar realiza su trabajo ya no es solamente dentro de las paredes de un consultorio o de un hospital; sus palabras resuenan más allá. Acompañan a cada paciente a su casa, conviven día a día con su familia y la sociedad. De ahí la importancia de que cada médico conozca la comunidad donde vive -que es uno de los pilares de la especialidad de acuerdo con Ian McWhinney-, desde la ciudad más desarrollada pasando por ciudades con carencias sociales, hasta llegar al área rural más necesitada. El médico de familia debe aprender y conocer a su comunidad, preguntar sobre con quién vive, cuántos parques hay cerca, cómo le hace para llegar a su trabajo, qué comió, qué hace para divertirse cerca de casa. La comunidad se convierte en un verdadero escenario de aprendizaje donde el médico no sólo convive, sino que aprende activamente junto a sus pacientes. En este entorno, el profesional desarrolla competencias específicas de comunicación, prevención, análisis y razonamiento clínico, así como conocimientos sobre los aspectos socioculturales propios de la población. Por ejemplo, el médico aprende a identificar factores de riesgo prevalentes en la comunidad y a diseñar estrategias de prevención adaptadas a las características socioculturales locales. Además, esta convivencia permite al médico comprender mejor las necesidades y expectativas de la población, generando vínculos de confianza y promoviendo la participación en programas de salud comunitaria. De este modo, el médico de familia se familiariza con los recursos sanitarios disponibles, mejora sus habilidades con enfoque comunitario y fomenta una participación comunitaria efectiva, beneficiando tanto a los profesionales como a la propia comunidad. (Martín-Zurro, Jodar Solà, 2023)

La OMS define la participación comunitaria como “la creación de oportunidades accesibles a todos los miembros de una comunidad y en conjunto a toda la sociedad, para contribuir activamente e influenciar el proceso de desarrollo y compartir equitativamente los frutos de este desarrollo.” No se trata solo de involucrar a los individuos en actividades específicas, sino que busca que todos actúen con autonomía y responsabilidad, con el fin de que la comunidad se convierta en agente activa en la toma de decisiones y en la construcción de

su propio bienestar, siendo el médico de familia la clave para empoderar a su comunidad y fomentar una participación ciudadana efectiva y trascendental identificando necesidades reales y trabajar en soluciones. (López-Ruiz et al., 2024)

Para poder realizar esto, es fundamental que el médico de familia del futuro se prepare desde su etapa de la residencia y adopte ese rol transformador, y cambie ese paradigma del médico clínico de consultorio a un médico activo con sus pacientes y su comunidad, con un enfoque preventivo y holístico. Uno de los pilares para lograr este cambio es que el médico de familia se sienta parte de la comunidad; en ocasiones es complicado vivir en la misma área que los pacientes, sin embargo, el interesarse por ellos, por saber cómo viven, por conocer su estilo de vida, por preocuparse por sus familias y su entorno social, además de brindar información importante de las personas, mejora la comunicación y la relación médico-paciente. (Brill et al., 2002; Miskeen & Al-Shahrani, 2023) El paciente se siente escuchado, comprendido y esto hace que el profesional haga diagnósticos más oportunos y otorgue tratamientos más certeros. El médico de familia va conociendo cada vez a sus pacientes y esto conlleva a que, de alguna forma, se siente que vive en la comunidad, que es parte de un grupo, y esto brinda un sentido de pertenencia que impacta positivamente a ambas partes. Por ello, la importancia de realizar consultas ya sea en consultorio como domiciliarias, de hacer actividades extra-muros, acudir a brigadas médicas, realizar rotación de campo en área rural, de preguntar a las personas acerca de su hábitat, de interesarse por los pacientes y sus familias. Gracias a este nivel de implicación, el médico familiar adquiere un conocimiento profundo de las dinámicas y particularidades sociales de la comunidad a la que pertenece. Esta relación permite identificar necesidades no explícitas, detectar riesgos emergentes de forma temprana y anticipar intervenciones que favorezcan la salud individual y el bienestar colectivo. De esta manera, la labor del médico familiar trasciende la atención en consulta y se convierte en un motor de transformación social, facilitando la participación de la comunidad y promoviendo entornos saludables que repercuten en la calidad de vida de todos sus miembros.

4. Modelos educativos centrados en la persona y la familia

La formación del médico familiar del futuro exige modelos educativos coherentes con la esencia misma de la disciplina: la atención integral, la continuidad, la cercanía y el compromiso con las personas, las familias y las comunidades. En este sentido, un modelo educativo centrado en la persona y la familia no debe entenderse únicamente como una estrategia pedagógica, sino como una postura ética y formativa que reconoce que la educación médica es, ante todo, un proceso humano y relacional (Frenk et al., 2010; World Health Organization [WHO], 2016). La manera en que se enseña medicina familiar determina no

solo el nivel de competencia clínica de los profesionales, sino también la forma en que se relacionarán con sus pacientes, con sus equipos de trabajo y con los contextos sociales donde ejercerán su práctica (Stewart et al., 2014).

Desde esta perspectiva, la formación médica trasciende la transmisión de conocimientos y habilidades técnicas para convertirse en un proceso de acompañamiento en la construcción de la identidad profesional. El docente deja de ser únicamente un transmisor de contenidos para asumir un rol de guía y referente formativo. Así, la docencia se transforma en mentoría: un vínculo pedagógico donde se orienta, acompaña e inspira al residente a desarrollar una práctica médica ética, reflexiva y socialmente comprometida (Hirsh et al., 2007; Worley et al., 2016). Formar médicos familiares implica, entonces, crear comunidades académicas donde el respeto, la inclusión, el diálogo y el cuidado mutuo formen parte explícita del proceso educativo, favoreciendo una formación con profundo sentido humano y social (Ceccim & Feuerwerker, 2004).

4.1 Principios pedagógicos

La educación centrada en el estudiante reconoce al residente como un sujeto activo de su propio proceso formativo, con una historia personal, valores, expectativas y experiencias que influyen directamente en su manera de aprender y de construir su identidad profesional (Frenk et al., 2010). Este enfoque promueve la participación, la autonomía progresiva y la corresponsabilidad en la construcción del conocimiento, favoreciendo una formación más consciente y reflexiva. En medicina familiar, donde la relación interpersonal es el eje de la práctica clínica, resulta indispensable que los espacios formativos reproduzcan los mismos valores que se espera que el médico aplique con sus pacientes: respeto, escucha, empatía y reconocimiento de la dignidad del otro (Stewart et al., 2014).

Asimismo, la educación centrada en el estudiante implica la construcción de ambientes académicos seguros, incluyentes y emocionalmente saludables. El clima formativo se convierte en un componente esencial del llamado “currículum oculto”, ya que la manera en que se vive la formación modela profundamente la forma en que el residente aprenderá a ejercer la medicina. Espacios donde el error es comprendido como una oportunidad de aprendizaje, donde la crítica se ejerce de manera respetuosa y donde se favorece el diálogo abierto, contribuyen a la formación de médicos más seguros, reflexivos y empáticos (Ceccim & Feuerwerker, 2004).

Por su parte, el aprendizaje significativo permite que los contenidos teóricos se integren con la experiencia clínica cotidiana, otorgándoles sentido y relevancia práctica

(Ausubel, 2002). En el ámbito de la medicina familiar y comunitaria, la atención primaria ofrece un escenario privilegiado para este tipo de aprendizaje, al exponer al residente a realidades sociales, familiares y culturales diversas. El conocimiento deja de ser abstracto para convertirse en una herramienta viva, que se construye a partir del contacto directo con las personas y sus contextos, favoreciendo una práctica clínica crítica, contextualizada y socialmente responsable (WHO, 2016).

4.2. Estrategias educativas

La educación basada en competencias constituye una estrategia fundamental para articular los saberes clínicos, éticos, comunicacionales y comunitarios que requiere el médico familiar. No obstante, esta debe entenderse como un proceso de formación integral que articule el saber, el saber hacer y el saber ser (Frank et al., 2010). En medicina familiar, las competencias no se limitan al dominio técnico, sino que incluyen la capacidad de establecer relaciones terapéuticas, de trabajar en equipo, de comunicarse de manera efectiva y de reconocer el contexto familiar y comunitario como parte esencial del cuidado (Frenk et al., 2010; Stewart et al., 2014).

El aprendizaje reflexivo complementa este enfoque al permitir que el residente analice de manera crítica su propia práctica, identifique fortalezas y áreas de mejora, y construya un pensamiento clínico más consciente. A través de la reflexión sistemática sobre la experiencia, el residente no solo adquiere conocimientos, sino que desarrolla una comprensión más profunda de su rol como médico familiar, de sus responsabilidades éticas y de la influencia que sus decisiones tienen en la vida de las personas y las familias que atiende (Epstein & Hundert, 2002).

La tutoría longitudinal constituye una estrategia clave para integrar estos procesos formativos y darles continuidad. A diferencia de intervenciones educativas fragmentadas, la tutoría longitudinal promueve un acompañamiento sostenido que favorece la construcción progresiva de la identidad profesional (Worley et al., 2016). En este contexto, el tutor trasciende el papel tradicional de docente para convertirse en mentor: una figura de referencia que orienta, acompaña y sostiene el desarrollo personal y profesional del residente (Hirsh et al., 2007). La mentoría permite crear vínculos formativos basados en la confianza, la cercanía y el reconocimiento mutuo, lo que resulta especialmente relevante en una especialidad en la que la relación humana es el eje del ejercicio profesional.

Este modelo de mentoría representa una expresión concreta de la “vocación de presencia” que caracteriza a la medicina familiar. Así como el médico familiar acompaña a

sus pacientes a lo largo del tiempo, el mentor acompaña al residente en su proceso de crecimiento profesional, ofreciendo guía, contención y orientación ética, fortaleciendo una formación profundamente significativa y humanizada (Worley et al., 2016).

4.3 Evaluación formativa y continua

La evaluación en los modelos educativos centrados en la persona debe concebirse como un proceso formativo y no únicamente como un mecanismo de medición o control. La retroalimentación oportuna, clara y respetuosa se convierte en una herramienta fundamental para el aprendizaje, ya que permite al residente reconocer su progreso, identificar áreas de mejora y fortalecer su confianza profesional (Nicol & Macfarlane-Dick, 2006). De este modo, la evaluación deja de ser un acto punitivo para transformarse en un espacio de diálogo y crecimiento.

Asimismo, la evaluación integral del desempeño debe contemplar no solo el dominio de conocimientos clínicos, sino también aspectos relacionados con la comunicación, el profesionalismo, la capacidad de trabajo en equipo, la relación con pacientes y familias, y el compromiso con la práctica ética (Epstein & Hundert, 2002). Esta mirada amplia permite formar médicos familiares más conscientes de su rol social y más comprometidos con una atención humanista e integral.

Los modelos educativos centrados en la persona y la familia abren una ruta para fortalecer la formación del médico familiar desde un enfoque integral y coherente con los principios de la atención primaria. Al articular principios pedagógicos centrados en el estudiante, estrategias basadas en competencias con prácticas reflexivas y acompañamiento longitudinal, y una evaluación formativa orientada a la mejora continua, se favorece la construcción de profesionales capaces de sostener relaciones terapéuticas, comprender la complejidad del contexto familiar y responder con responsabilidad social a las necesidades de sus comunidades (Frenk et al., 2010; WHO, 2016). En este marco, la figura del docente-mentor se reconoce como un actor clave del proceso formativo, en tanto acompaña la construcción de la identidad profesional y modela una práctica clínica humanista, crítica y comprometida con el cuidado del otro (Hirsh et al., 2007; Worley et al., 2016).

5. Conclusiones

La medicina familiar se consolida como una especialidad esencial para la atención del proceso salud-enfermedad, al integrar la visión clínica con la comprensión del contexto personal y familiar de los pacientes. Su fortaleza radica en la capacidad de ofrecer atención continua, integral y centrada en la persona, particularmente pertinente ante el incremento de la multimorbilidad, el envejecimiento poblacional y la complejidad creciente de las demandas en el primer nivel de atención.

La identidad profesional del médico familiar se construye progresivamente a lo largo de la formación y del ejercicio clínico, influida por las experiencias asistenciales, el acompañamiento tutorial y los marcos institucionales en los que se desarrolla la práctica. Esta identidad se consolida mediante el reforzamiento de competencias clínicas integrales, habilidades comunicacionales y un compromiso ético sostenido, elementos que distinguen a la Medicina Familiar dentro de los sistemas de salud.

La atención longitudinal y el conocimiento profundo de las personas y sus familias permiten al médico familiar ampliar su capacidad resolutiva, favoreciendo intervenciones oportunas, continuas y acordes con las necesidades reales de la población. En este sentido, el enfoque preventivo y promocional se convierte en un componente transversal de la práctica, orientado a la mejora de la calidad de vida y a la reducción de riesgos a lo largo del curso de vida.

Finalmente, los modelos educativos basados en competencias representan una estrategia pertinente para reforzar una formación coherente con los principios de la Medicina Familiar, promoviendo una práctica reflexiva, humanista y orientada a la mejora continua. Bajo este enfoque, la especialidad se proyecta como un pilar fundamental para el fortalecimiento de sistemas de salud más equitativos, eficientes y centrados en las personas.

Bibliografía

American Academy of Family Physicians. (2018). Continuity of care in family medicine. AAFP..

Aranda Beltrán, C., Pando Moreno, M., Salazar Estrada, J. G., Torres López, T. M., Aldrete Rodríguez, M. G., & Pérez Reyes, M. B. (2005). Síndrome de burnout en médicos familiares del Instituto Mexicano del Seguro Social, Guadalajara, México. Revista Cubana de Salud Pública, 31(2).

Ausubel, D. P. (2002). Adquisición y retención del conocimiento: Una perspectiva cognitiva. Paidós.

Ceccim, R. B., & Feuerwerker, L. C. M. (2004). O quadrilátero da formação para a área da saúde: Ensino, gestão, atenção e controle social. Physis: Revista de Saúde Coletiva, 14(1), 41–65.

Ceitlin, J., & Gómez, G. (Eds.). (1997). Medicina de familia: La clave de un nuevo modelo. semFYC–CIMF.

Organización Panamericana de la Salud. (s. f.). Determinantes sociales de la salud. https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud

Epstein, R. M., & Hundert, E. M. (2002). Defining and assessing professional competence. JAMA, 287(2), 226–235. https://doi.org/10.1001/jama.287.2.226

Frank, J. R., Snell, L. S., Cate, O. T., Holmboe, E. S., Carraccio, C., Swing, S. R., ... Harris, P. (2010). Competency-based medical education: Theory to practice. Medical Teacher, 32(8), 638–645. https://doi.org/10.3109/0142159X.2010.501190

Frenk, J., Chen, L., Bhutta, Z. A., Cohen, J., Crisp, N., Evans, T., ... Zurayk, H. (2010). Health professionals for a new century: Transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. The Lancet, 376(9756), 1923–1958. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61854-5

Garza Elizondo, T., & Gutiérrez Herrera, R. F. (2015). Trabajo con familias. Abordaje médico e integral (3.ª ed.). Editorial El Manual Moderno.

Garza Sagástegui, M. G. (2013). Medicina familiar. Editorial Alfil.

Geisinger, K. F. (2016). 21st century skills: What are they and how do we assess them? Applied Measurement in Education.

Gómez García, S., Vega Pérez, M. L., Tamez Rodríguez, A. R., & Guzmán Pantoja, J. E. (2013). Fortalecimiento de la atención primaria del adulto mayor ante la transición demográfica en México. Atención Primaria, 45(5), 231–232.

González Calbano, A., Padula Anderson, M. I., Tamez Rodríguez, A. R., Godoy, A. C., Barreto Quintana, H. M., Martins, I., Perozo García, J. C., Muñoz, K., Orellana, P., Villanueva Carrasco, R., & Astudillo Romero, X. (2018). Expansión de la medicina familiar en América Latina: desafíos y líneas de acción. Revista Panamericana de Salud Pública, 42, e149. https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.149

Hirsh, D. A., Ogur, B., Thibault, G. E., & Cox, M. (2007). "Continuity" as an organizing principle for clinical education reform. New England Journal of Medicine, 356(8), 858–866. https://doi.org/10.1056/NEJMsb061660

Brill, J., Ohly, S., & Stearns, M. (2002). Training community-responsive physicians. Academic Medicine, 77(9).

Lochner, J., Lankton, R. S., Rindfleish, K., Arndt, B. G., & Edgoose, J. (2018). Transforming a family medicine residency into a community-oriented learning environment. Family Medicine, 50(3).

Lopez, J. I. R., Schwartz, E., & Lise, F. (Eds.). (2022). Atenção à saúde das famílias latino-americanas: Abordagens teóricas e práticas na educação. Editora UFFS. https://doi.org/10.7476/9786550190569

López-Ruiz, M. V., Pola, M., Enríquez Martín, N., Cassetti, V., Iriarte de los Santos, T., & Benedé Azagra, C. B. (2024). ¿Cómo mejoramos la participación comunitaria en salud? Atención Primaria, 56(5). https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-como-mejoramos-participacion-comunitaria-salud-S0212656723002809

Martin-Zurro, A., & Jodar-Solá, G. (2023). Atención familiar y salud comunitaria: Conceptos y materiales para docentes y estudiantes (3.ª ed.).

Mazón Ramírez, J. J. (2024). Perfil profesional del médico familiar. Facultad de Medicina, UNAM.

McWhinney, I. R., & Freeman, T. (2009). Textbook of family medicine (3rd ed.). Oxford University Press.

Miskeen, E., & Al-Shahrani, A. M. (2023). The primary healthcare physician's awareness and engagement in community-based medical education: A mixed qualitative and quantitative study. Healthcare, 11(19), 2676. https://doi.org/10.3390/healthcare11192676

Nicol, D. J., & Macfarlane-Dick, D. (2006). Formative assessment and self-regulated learning: A model and seven principles of good feedback practice. Studies in Higher Education, 31(2), 199–218. https://doi.org/10.1080/03075070600572090

Pacheco Can, O. D. (2016). La comunicación. En Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, Competencias del médico de familia. semFYC.

Pacheco Can, O. D. (2021). La comunicación en la relación médico-paciente-familia. Archivos en Medicina Familiar, 23(3), 109–111.

Pérez González J. Profesionalismo e identidad médica. Educación Médica. 2023;24(2):100806. doi: 10.1016/j.edumed.2023.100806.

Saura Llamas, J. (2024). Competencias prioritarias del médico de familia para la práctica clínica: primera parte. Archivos en Medicina Familiar, 26(1), 59–65.

Starfield, B. (2001). Atención primaria: Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología. Masson.

Stewart, M., Brown, J. B., Weston, W. W., McWhinney, I. R., McWilliam, C. L., & Freeman, T. R. (2014). Patient-centered medicine: Transforming the clinical method (3rd ed.). Radcliffe Publishing.

Trujillo Cárdenas SM, Martínez Ríos MN, Goyeneche Casanova CY, Muñoz-

Chamorro K, Ortiz Lozano KJ. La medicina familiar en Iberoamérica: voces, sentidos e identidad profesional desde un estudio fenomenológico. Atención Primaria. 2025;57(12):103293.

Varela-Rueda CE, Reyes-Morales H, Albavera-Hernández C, Ochoa Díaz-

López H, Gómez-Dantés H, García-Peña C. La medicina familiar en México: Presente y futuro. Gac Med Mex. 2016;152(1):135–40.

WONCA Europe. (2011). The European definition of general practice/family medicine. WONCA Europe.

World Health Organization. (2016). Framework on integrated, people-centred health services. WHO. https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-SDS-2016.8

Worley, P., Couper, I., Strasser, R., Graves, L., Cummings, B. A., Woodman, R., ... Hirsh, D. (2016). A typology of longitudinal integrated clerkships. Medical Education, 50(9), 922–932. https://doi.org/10.1111/medu.13046

Capítulo 15
Tipo de formación y roles de la medicina familiar y comunitaria del futuro

DR. ROLANDO NESTOR HERRERA
MÉDICO FAMILIAR DE LA CAJA NACIONAL DE SEGURIDAD SOCIAL, COCHABAMBA, BOLIVIA.
GESTOR DE CALIDAD DEL CENTRO INTEGRAL DE MEDICINA FAMILIAR DE VILLA GALINDO, COCHABAMBA, BOLIVIA.
EXPRESIDENTE DE LA SOCIEDAD BOLIVIANA DE MEDICINA FAMILIAR.

DRA. KATHYA CORDOVA-POZO
INSTITUTE FOR MANAGEMENT RESEARCH, UNIVERSIDAD RADBOUD, PAÍSES BAJOS.

Email: kathya.cordovapozo@ru.nl

Introducción

En Latinoamérica, la medicina familiar y comunitaria ocupa de manera progresiva un lugar estratégico dentro de los sistemas de salud constituyendo la puerta de ingreso y el espacio de atención continua, integral y longitudinal desde un enfoque biopsicosocial. Sin embargo, no todos los países tienen en su sistema de salud a la medicina familiar y comunitaria como la puerta de ingreso al sistema de salud. Muchos países en la región, enfrentan el desafío de arreglar el camino hacia un sistema más estrictamente organizado con el primer, segundo, tercer nivel, en el que los pacientes ingresen únicamente por el primer nivel y no por otros sin una referencia del médico familiar.

La región también enfrenta lo que se denomina “doble carga de la enfermedad”. Por un lado, persisten enfermedades infecciosas y transmisibles que no han sido controladas y periódicamente generan grandes brotes. Por otro lado, está el desarrollo social, la región geográfica, y la diversidad étnica y cultural. Estas grandes cargas hacen que se note mucho más las grandes desigualdades sociales, geográficas, culturales y étnicas. Todo esto muestra que las enfermedades golpeen desproporcionalmente a las poblaciones vulnerables que ya sufren desventajas en la repartición de recursos y atención en cuanto a políticas diferenciadas (Hernández-Ruiz et al., 2022).

En este sentido, la medicina familiar y comunitaria se presenta como la especialidad clave para dar respuestas prácticas y efectivas a los desafíos de la salud en América Latina. La sensibilidad del médico familiar respecto a su atención, el contexto en el que se mueven

son herramientas clave. Esta base nos ayudará a presentar dos aspectos importantes para aprender como herramientas para el futuro.

El capítulo se estructura así: primero se presenta el contexto sanitario en Latinoamérica; luego, la importancia de la formación del médico familiar, con énfasis en dos aspectos —el pensamiento sistémico y la digitalización—; finalmente, se presentan las conclusiones y perspectivas futuras."

1. Contexto sanitario en Latinoamérica

El contexto sanitario en Latinoamérica es de alta complejidad. Esto debido a que en América Latina existen grandes diferencias y avances que se contrastan con desafíos propios de cada país, a la región, y al curso de vida que tiene la población. Asimismo, América Latina es uno de los continentes con mayor inequidad del planeta dentro de él y entre países (IDB, 2024). Esto lo presentaremos en la Tabla 1.

La región también enfrenta un contexto complejo en lo que se denomina «doble carga de la enfermedad». Por un lado persisten según el desarrollo social, la región geográfica -área rural y urbana, y la diversidad cultural tan diversa el fenómeno de las enfermedades. Estas diferencias generan también diferencias en el impacto de las enfermedades en la población, afectando mayormente a las poblaciones más vulnerables, o en áreas o regiones donde no existe suficiente inversión gubernamental. La Tabla 1 mostrará algunas enfermedades que representan también desafíos en la forma en cómo las atendemos (rural-urbana), ante una fragmentación de la salud que cada vez genera más vulnerabilidad en la parte preventiva y en la población.

Tabla 1. Descripción de datos económicos, sociales y salud de población en América Latina, diferenciada por ingresos año 2024*, en porcentajes donde 0=más bajo y 100=más alto

	Economía de alto-ingreso		Economía de ingreso medio-alto		Economía der ingreso medio-bajo		Promedio América Latina
	Chile	Panamá	Argentina	Brazil	Bolivia	Honduras	
INDICADORES DE PRODUCCIÓN Y ECONOMÍA							
Formación bruta de capital (% del PIB)	23.2	33.5	15.8	17.0	17.9	22.5	19.2
Manufactura, valor añadido (% del PIB)	9.0	4.9	15.2	12.1	13.1	14.9	17.6
Industria (incluida la construcción), valor añadido (% del PIB)	30.1	25.5	24.0	20.9	31.3	26.1	31.3
Crédito interno otorgado por el sector financiero (% del PIB)	126.5	89.8	39.7	-	77.5	85.2	-
Deuda externa total (DOD, US$ a precios actuales)	-	-	2.4E+11	6.12E+11	1.6E+10	1.4E+10	-
Inversión extranjera directa, entradas netas (BdP, US$ a precios actuales)	1.3E+10	3.2E+09	1.2E+10	7.4E+10	2.9E+08	1.3E+09	2.8E+11
Stock de migrantes internacionales (% de la población)	7.8	10.6	4.3	0.7	1.5	0.4	2.6
Remesas personales recibidas (% del PIB)	0.0	0.6	0.2	0.2	2.3	25.7	2.5
Ingresos fiscales (% del PIB)	17.7	7.5	9.9	15.4	12.3	15.1	-
Superficie forestal (km²)	185794	41796	282462	4929788	502063	62964	9271597
Población urbana (% de la población total)	89.0	66.0	92.3	87.9	71.2	58.8	81.3
Migración neta	58316	6706	3454	-225510	-3000	-4821	-378373
INDICADORES DE SALUD Y EDUCACIÓN							
Tasa de fecundidad adolescente (nacimientos por cada 1000 mujeres de 15 a 19 años)	6.5	57.3	26.4	42.7	64.8	82.1	51.2
Tasa de fecundidad total (nacimientos por mujer)	1.17	2.12	1.50	1.62	2.55	2.50	1.80
Causa de muerte, por enfermedades transmisibles y condiciones maternas, prenatales y nutricionales (% del total)	7.1	13.4	17.6	13.7	18.6	10.7	13.3
Causa de muerte, por enfermedades no transmisibles (% del total)	85.1	77.9	76.7	74.7	72.7	71.4	75.5
Prevalencia de anticonceptivos, cualquier método (% de mujeres casadas de 15 a 49 años)	76.3	50.8	70.1	-	66.5	69.4	-
Adolescentes no escolarizados (% en edad de cursar el primer ciclo de secundaria)	1.2	20.4	0.8	3.8	7.4	44.3	-
INDICADORES DE POBREZA							
Personas que practican la defecación al aire libre (% de la población)	0.0	3.1	-	0.0	7.1	3.4	0.7
Tasa de incidencia de la pobreza con 3 dólares al día (PPA de 2021) (% de la población)	0.5	3.1	1	3.8	2.8	15.7	4.5
Tasa de incidencia de la pobreza en las líneas nacionales de pobreza (% de la población)	6.5	21.7	38.1	3.5	36.5	62.9	-
Prevalencia de bajo peso, peso para la edad (% de niños menores de 5 años)	-	2.9	2	-	3.4	7.1	2.7

2. Formación para el médico familiar

En este contexto, los jóvenes médicos latinoamericanos que han abrazado la Residencia en Medicina Familiar y Comunitaria tienen conciencia plena de la situación social y de los determinantes de la salud que confluyen en el amplio ámbito latinoamericano. La enorme desigualdad económica con indicadores de pobreza variables dependiendo de la región, u otros factores hacen que estos limiten el acceso a la atención de salud. Por ejemplo, el limitado acceso a la salud, asociado a la atención inoportuna, los fenómenos de contaminación ambiental, sobre todo en ambientes mineros extractivistas, la concentración de áreas de pobreza en el espacio periurbano de las grandes ciudades, los fenómenos de migración y sus consecuencias sociales, el crecimiento progresivo de la prevalencia de enfermedades no transmisibles, configuran una realidad llena de desafíos para el médico familiar formado en el siglo XXI. De ahí la importancia de desarrollar en la formación un enfoque holístico.

El enfoque holístico es una mirada que trata de ver todo conectado. En metodología, esta forma de mirar el mundo se llama pensamiento sistémico o systems thinking. Según Plack y sus colegas, el pensamiento sistémico es un conjunto de conocimientos, teorías y técnicas que se aplican para mejorar la comprensión de las interrelaciones entre elementos, patrones de cambio y estructuras subyacentes a situaciones complejas (Plack et al., 2019). Se busca comprender el todo a través de sus partes integradas. Este análisis es diferente al que normalmente utilizamos para explicar de la forma más sencilla, los diferentes componentes independientemente. El método de pensamiento sistémico se aplica para comprender diferentes disciplinas y áreas de investigación, su enfoque puede utilizar métodos cualitativos o métodos cuantitativos, otros utilizan como base para simulaciones matemáticas y o estadísticas, programación avanzada de modelos epidemiológicos, etc.

En la formación del médico familiar y comunitario, además de todo el contenido planificado por las universidades, es importante agregar al conocimiento, dos aspectos. Uno es la perspectiva del todo como un sistema, y el segundo son la integración tecnológica a través de la digitalización para apoyar y mejorar el trabajo en la comunidad. Ambos puntos serán desarrollados más ampliamente en los siguientes subtítulos.

3. Método de pensamiento sistémico para afrontar la salud familiar y comunitaria en un sistema complejo

Según Ackoff (1994), las características del pensamiento sistémico son: a) cada elemento impacta al sistema en su conjunto, b) cada parte es necesaria, pero insuficiente, para alcanzar los objetivos del sistema, c) el efecto de cualquier parte en el sistema depende del

comportamiento de la otra parte. Estas características demuestran que el pensamiento sistémico articula los diferentes elementos del problema y permite medir el impacto de cada uno de ellos en el sistema en su conjunto. Esto al mismo tiempo quiere decir, que, si intentamos resolver algo, tenemos que saber que no existen soluciones perfectas, ya que el impacto de cada acción, -en este caso, cada elemento en el sistema puede generar una reacción única en el resto del sistema.

a. Técnica para construir el pensamiento sistémico

Los pasos para obtener el diagrama se pueden resumir en cuatro, que se detallan a continuación. A) Identificar las variables y explorar las conexiones entre ellas. Existen varios tipos de variables y algunas relaciones son directas y otras no. B) Identificar la polaridad de las relaciones. Algunas de estas relaciones tienen un polo positivo y otras negativo. Una polaridad positiva significa que ambas variables cambian en la misma dirección, mientras que un signo negativo significa que ambas variables cambian en dirección opuesta (Figura 1). C) Identificar los bucles de retroalimentación. Cuando este cambio es positivo, se considera un círculo virtuoso o bucles de refuerzo (de nacimientos a población). Cuando el cambio es negativo, se considera un círculo vicioso o de decrecimiento (de muertes a población). Existen los bucles de equilibrio que retornan a punto cero. D) Observar el comportamiento dinámico del modelo. Los bucles de refuerzo pueden significar crecimiento o declive y otros pueden significar balance (Rouwette & Franco, 2024).

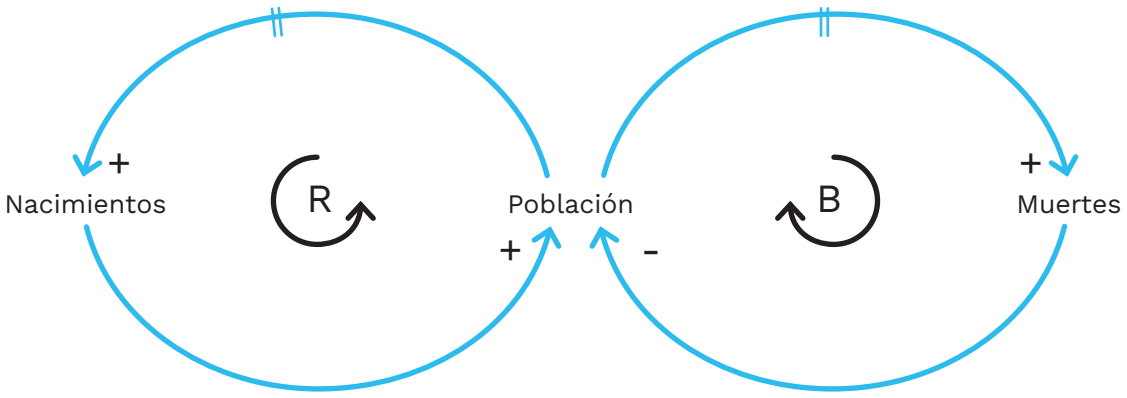


Figura 1. Ejemplo de un bucle causal: efectos de nacimientos y muertes sobre la población

Por ejemplo, un supervisor puede motivar y fomentar un período de trabajo intenso (alto) en el centro de salud (R1 o bucle de refuerzo). Si este trabajo intenso es combinado con muchas horas de descanso, se generará un buen rendimiento. Esta alta productividad puede continuar durante un tiempo hasta encontrar el equilibrio correcto. Sin embargo, la productividad se verá contrarrestada por el agotamiento en el personal o burnout, lo que disminuirá la productividad, alcanzando un nuevo equilibrio (Figura 2).

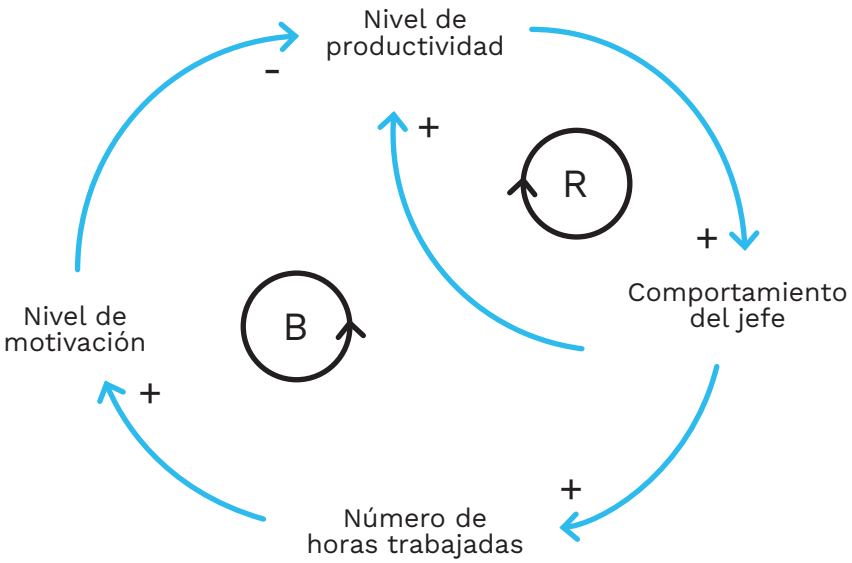


Figura 2. Ejemplo del trabajo en el centro de salud.

b. Diferentes niveles en el sistema de salud

En la medicina familiar y comunitaria, el pensamiento sistémico se aplica tanto en la teoría como en la práctica. Se pueden ver sistemas en: a) el sistema de salud, con la colección de programas de prevención, programas específicos para diferentes edades de población, por ejemplo, el programa materno-infantil. También el sistema interrelaciona el nivel de atención primaria (preventivo familiar y comunitaria), nivel primario de atención, secundario, terciario, cuarto, laboratorios, etc.; b) el sistema del proveedor de salud, donde el médico familiar junto con otro personal apoyan con educación, diagnóstico, tratamiento, sostenimiento del tratamiento, incluyendo toda la función administrativa que realiza el monitoreo del paciente, c) sistema del paciente, donde el paciente interactúa con su familia, amigos, organizaciones de su comunidad, (supermercados, comedores de la empresa o escolares, etc.), d) el sistema social y económico (sistema de alimentación, sistema de transporte, etc.). Todos estos sistemas están estrechamente relacionados (Figura 3).

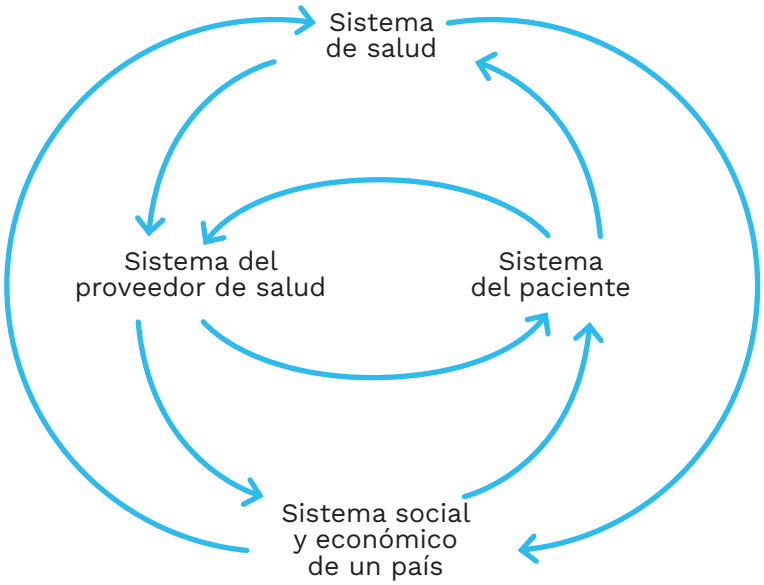


Figura 3. Sistemas interconectados unos con otros

Estas relaciones se visualizan a través de sus regulaciones, la gestión de recursos humanos y la tecnología. Esto también puede ayudar a pensar en mejores soluciones o tratamientos más efectivos, incluyendo una evaluación más amplia y profunda, ya que la forma de pensar facilita la articulación de los diferentes elementos.

Importancia del método en la práctica de la medicina familiar. Para implementar en la práctica médica el pensamiento sistémico, es importante diferenciar los patrones, tendencias e interdependencias del problema se evalúa. La forma es identificar sus relaciones de causa y efecto, ver si existe retroalimentación, relaciones con el tiempo como retrasos o reforzamientos con el tiempo -sean positivos o negativos; ver las interacciones circulares dentro del sistema y con otros. El pensamiento sistémico implica visualizar un horizonte temporal del corto y largo plazo, al mismo tiempo que crear una estructura integral que evalúe los puntos de apoyo para el cambio y sus consecuencias, tanto las previstas como las consecuencias imprevistas (K. L. Cordova-Pozo et al., 2021). Esta visión ayudará al médico familiar y comunitario a escuchar mejor al paciente, ver su contexto, realizar el diagnóstico mirando la complejidad en la que el tratamiento puede ser implementado. Como cada individuo es un mundo, también es importante planificar si las acciones recomendadas en el tratamiento están generando los cambios esperados. Por lo tanto, es fundamental monitorear las acciones y los cambios ocurridos en el corto y largo plazo. Para esto, la integración tecnológica a través de la digitalización en el trabajo del médico es fundamental.

4. Digitalización: Integración en la medicina familiar

El creciente acceso a las nuevas tecnologías de comunicación e información en internet, redes sociales y las nuevas herramientas digitales y de inteligencia artificial, permiten mayor eficiencia en la gestión administrativa sanitaria, también en la Medicina Familiar. La integración tecnológica es también imprescindible en la formación del médico familiar (K. Cordova-Pozo, 2025). Si bien la tecnología está inmersa en diferentes ámbitos de la medicina, en este capítulo, nos centraremos a tres aspectos: a) la comunicación con la comunidad, b) incrementar el acceso al paciente, y c) mejorar el seguimiento o monitoreo.

4.1. Comunicación con la comunidad.

Educador y comunicador. Al ser un actor principal del primer nivel de atención, el médico familiar del presente y el futuro es un educador nato que en todo momento ofrece a sus pacientes y comunidad información relevante respecto a la promoción y fomento de la salud. La comunicación interpersonal es la primera herramienta en la consulta diaria, caracteriza su atención con el humanismo, el reconocimiento de su interlocutor con todas sus características psico-sociales-económicas, sin discriminar por edad, género, raza, clase social o creencia religiosa o inclinación política. Pero utilizando esa información para reconocer variables y factores importantes de su comunidad para transmitir mensajes de prevención. En América del Sur, por ejemplo, se hace también importante poder hablar con empatía y dar confianza. Una estrategia especialmente valiosa es el manejo de idiomas locales; por ejemplo, el quechua —hablado en Ecuador, Perú y Bolivia— o el guaraní en Paraguay y el Chaco boliviano El siguiente cuadro presenta ejemplos de iniciativas que acercan el conocimiento sobre la prevención y tratamiento a la población.

Cuadro 1. Programas de empoderamiento al paciente a través de la información.

Hospital Vozandes de Quito (Ecuador). Realiza una fusión de la medicina familiar y los medios de comunicación donde la medicina familiar, realizando ya varias décadas de trabajo. Se enfoca al empoderamiento y autonomía del paciente para que sea corresponsable de su autocuidado en base a la información.

Programa de Enfoque a la salud (Bolivia). Un programa de radio y luego televisión en Cochabamba que ha desarrollado desde hace 37 años con el fin de educar a la población y tener un punto abierto donde los profesionales en salud pueden comunicar lo más reciente conocido en evidencia científica. Este programa también tiene presencia en las mediante redes sociales Facebook desde el 2020 y desde el 2025 en TikTok.

Aspectos positivos de estos programas:

1. Traducen la evidencia científica en conocimiento simple para la población con mensajes sobre la enfermedad, su prevención y cuidados en su tratamiento.

2. Expone a la población a la información correcta con mensajes repetidos que es un contrapeso útil a la influencia de mensajes con desinformación de las redes sociales.

3. Para el personal de salud, estos programas son una oportunidad de educación continua porque muestra en su aspecto más amplio nuevas prácticas clínicas y lo que otras especialidades realizan.

4. Es un refuerzo a las políticas nacionales de prevención, particularmente ligadas a la educación.

Otras iniciativas son los Movimientos sociales en salud pública. El Movimiento Waynakay reúne a médicos familiares de Bolivia. La palabra waynakay proviene del quechua y significa “juventud”. El movimiento tiene como objetivo general fortalecer la medicina familiar y comunitaria, promoviendo liderazgo, identidad profesional, compromiso profesional y transformación de los sistemas de salud con enfoque en la Atención Primaria de la salud (APS). Tiene los siguientes objetivos específicos: a) la formación y desarrollo profesional continuo y b) la innovación con adaptación al futuro. El trabajo se enfoca en la promoción, el uso ético de tecnologías (telemedicina y salud digital), el impulso de modelos centrados en la persona-familia-comunidad, y la preparación para desafíos epidemiológicos, sociales y climáticos.

Hoy toda la comunicación se ha facilitado con el uso de las redes sociales. Al mismo tiempo, se ha complicado porque incrementa las olas de desinformación por lo que da nuevos desafíos al médico familiar y comunitario.

4.2. Incrementar el acceso al paciente – telemedicina

La telemedicina —o telesalud, como la denomina la Organización Panamericana de la Salud— es una forma segura y eficaz de acceder a los servicios médicos sin necesidad de desplazarse, especialmente para las áreas más remotas y rurales, y constituye una oportunidad para avanzar hacia la equidad sanitaria (OPS, s. f.).La telemedicina ayuda a que tengamos una mejor gestión de la atención médica digital no sólo porque mejora el acceso y la experiencia sino también porque ayuda al paciente y al médico a realizar un mejor seguimiento del tratamiento para alcanzar los resultados esperados.

En una investigación realizada en Bolivia por los autores, se determinó que la mayoría de las consultas al médico familiar corresponden a: conversación sobre el tratamiento de un problema de salud existente (33 %); solicitud de receta (20 %); lectura de resultados de exámenes (7 %); trámites administrativos (3 %); y consulta por un problema de salud nuevo o existente (24 %) (Figura 4).”Estos datos, muestran la alta necesidad de repensar la forma en que se da el servicio de salud.



Figura 4. Motivo de consulta con el médico familiar en Bolivia, en porcentajes

Si bien el 57 % de las personas quieren hablar sobre un problema de salud, el 43 % restante acude al médico familiar por motivos que podrían resolverse de otra manera —emisión de recetas, trámites administrativos o entrega de resultados—, lo que podría gestionarse a través de sistemas automatizados sin necesidad de desplazarse.

Otro aspecto importante que también vale la pena resaltar es que muchos de los pacientes han evadido ir al médico familiar, optando por otras opciones que se presentan a continuación en la Figura 5.

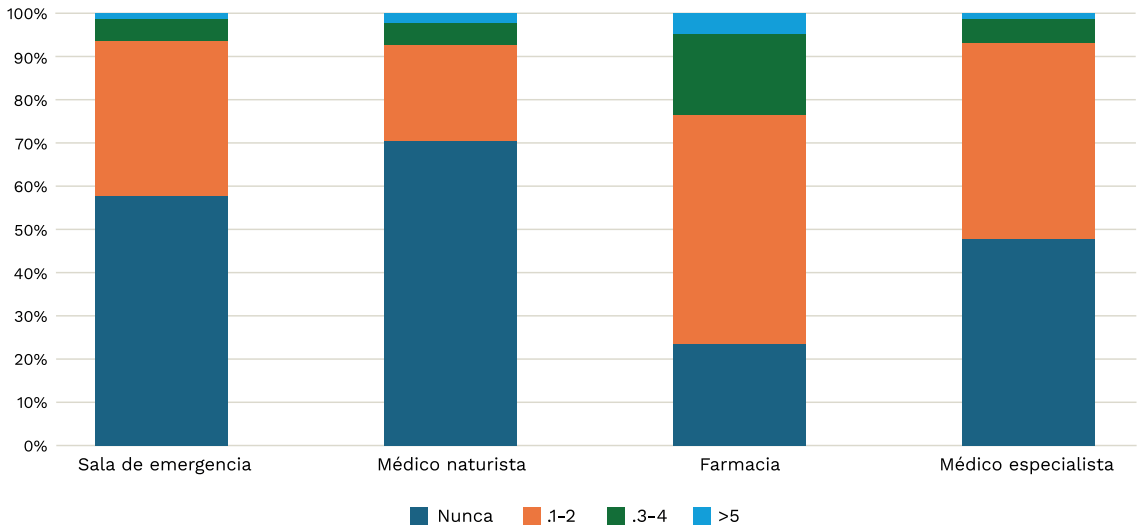


Figura 5. Número de veces que asistió en los últimos 3 meses a una medicina alternativa al medico familiar, en porcentajes por número de veces

Estos resultados muestran la necesidad de implementar la telemedicina en aquellos lugares que aún no existe. Una experiencia similar sobre telemedicina en seguros de salud durante la pandemia COVID-19 fue presentada por Ledesma y otros (2021) expresando que las teleconsultas facilitan la accesibilidad a la atención médica mostrando una tendencia creciente en la adopción y un alcance con alta efectividad y satisfacción, además de una amplia cobertura nacional en la Argentina.

Cuadro 1. Programas de telemedicina

La digitalización de la salud en varios campos presenta interesantes resultados a partir de la innovación de plataformas de atención digital, liderada por equipos de medicina familiar. Un ejemplo es el Plan Medifé de medicina prepaga en la República Argentina que combina atención presencial y virtual en plataforma Cam Doctor, integrada en su app móvil y web, con videoconsultas 24/7 en clínica médica y pediatría, y odontología en horarios específicos. Tiene dos ámbitos, a) atención clínica y pronóstico de las enfermedades y b) accesibilidad a los establecimientos con calidad de atención. Ambos objetivos se cumplen. La digitalización del servicio también promueve un uso racional de recursos humanos, tecnológicos, físicos y económicos con un balance positivo tangible y mensurable.

La aplicación de telemedicina en la experiencia argentina muestra que se puede gestionar atención médica primaria con disponibilidad por demanda espontánea 24/7 los 365 días del año, con 13 líneas de cuidado, con acceso a todos los planes de atención, enfatizando que no reemplaza la atención presencial. Su experiencia durante la época del COVID-19 fue intensa. En 5 años de experiencia 2020 a 2024, registra 620.000 atenciones.

4.3. Mejorar el monitoreo individual y comunitario con la inteligencia artificial

La integración digital en la salud familiar puede mejorar un punto débil en la medicina familiar y comunitaria, el seguimiento al paciente y a la comunidad. También conocido como monitoreo, se enfoca en determinar si el paciente está mejorando a partir de la prevención o el tratamiento asignado. Actualmente, muchos países hacen el monitoreo en consulta y en la re-consulta. Sin embargo, en muchos casos en los que los pacientes no vienen a la re-consulta, no se puede hacer seguimiento correcto del paciente.

Otro punto débil es la visión holística de la comunidad. Esta visión se refiere al perfil de la comunidad. Al no tener datos registrados, o no tenerlos en un registro digital unificado, es muy difícil saber en cualquier momento, cual es el perfil de riesgo y de protección de la comunidad en la que el medico trabaja. De hecho, muchos registros de historias clínicas no están armados de manera tal que se pueda ver fácilmente las tendencias del paciente uniendo diferentes revisiones o consultas a lo largo del tiempo. Las estadísticas, o análisis de tendencia en el tiempo, no están siempre incorporadas en los registros clínicos, lo que dificulta un mejor seguimiento al paciente. Por este motivo, la integración de la tecnología puede servir como un gran avance al seguimiento al paciente y la generación instantánea de reportes de monitoreo.

5. Conclusiones y perspectivas futuras

Podemos concluir, que la formación del médico familiar para el futuro debe incluir conocimientos en el área de pensamiento sistémico (Systems thinking) y saber cómo integrar la digitalización en la práctica médica, tanto para la atención (telemedicina), como para el monitoreo del paciente (con Inteligencia artificial) como para la comunicación a la población sobre prácticas de prevención (rol de comunicador).

El médico familiar atiende en forma integral y continua a la persona y a sus familias. Comprende con eficiencia las etapas del ciclo vital familiar por lo que se anticipa a las connotaciones que comprenden estas etapas desde la formación de una nueva familia, su tipificación y la historia natural de las familias según su tipología. Ratificamos que su competencia y solvencia en el manejo de patologías en todos los grupos de edad es fundamental por la responsabilidad de resolver el 80% de los problemas de salud. Sus competencias son realmente importantes en la continuidad de atención de cada individuo, el conocimiento pleno del antes, durante y después de esta atención y la relación médico-paciente y familiares genera otro desafío, las competencias y habilidades comunicacionales son una distinción relevante del médico familiar actual y del futuro.

El interés del médico familiar en la salud de la persona, la familia y la comunidad se alinea con una de las máximas centrales de la Organización Mundial de la Salud: el bienestar biopsicosocial como objetivo del cuidado. Asimismo, es relevante que el trabajo de prevención con familias y comunidades se realice en entornos que también contribuyan a la generación de conocimiento científico. En este sentido, una visión sistémica y transversal sobre los determinantes de la salud, en el contexto socioeconómico en el que se trabaja, y la integración de la tecnología son herramientas fundamentales para el médico familiar del futuro.”. Futuros estudios de investigación podrían centrarse con más detalle a recolectar datos empíricos sobre los efectos de una visión sistémica en la salud de la población, particularmente sobre la prevención, los diagnósticos y el tratamiento. Otros estudios también se pueden enfocar en el impacto de la desinformación a través de los medios sociales en la población.

Referencias

Ackoff, R. L. (1994). Systems thinking and thinking systems. System Dynamics Review, 10(2–3), 175–188. https://doi.org/10.1002/sdr.4260100206

Cordova-Pozo, K. (2025). Digitalization in Healthcare and Health Data Reporting: Opportunities to Reduce Error and Inequality of Healthcare Delivery. Int J Community Based Nurs Midwifery, Apr 1;13(2):161-163. https://doi.org/10.30476/ijcbnm.2025.106424.2761

Córdova-Pozo, K. L., Korzilius, H. P. L. M., Rouwette, E. A. J. A., Píriz, G., Herrera-Gutiérrez, R., Córdova-Pozo, G., & Orozco, M. (2021). Using Systems Dynamics for Capturing the Multicausality of Factors Affecting Health System Capacity in Latin America while Responding to the COVID-19 Pandemic. International Journal of Environmental Research and Public Health, 18(19), 10002. https://doi.org/10.3390/ijerph181910002

Hernández-Ruiz A., Madrigal C., Soto-Méndez M.J., Gil A. (2022). Challenges and perspectives of the double burden of malnutrition in Latin America, Clínica e Investigación en Arteriosclerosis,

Volume 34, Supplement 1, 2022. https://doi.org/10.1016/j.arteri.2021.11.005.

IDB. (2024, June 3). IDB | The Complexities of Inequality in Latin America and the Caribbean. Fact Sheets. https://www.iadb.org/en/news/complexities-inequality-latin-america-and-caribbean

Plack, M. M., Goldman, E. F., Richards, A., & Brundage, S. B. (2019). Systems Thinking in the Healthcare Professions: A Guide for Educators and Clinicians.

The George Washington University, Teaching and Learning Tools. https://hsrc.himmelfarb.gwu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1000&context=educational_resources_teaching

Rouwette, E. A. J. A., & Franco, L. A. (2024). Engaged Decision Making: From Team Knowledge to Team Decisions (1st ed.). Routledge. https://doi.org/10.4324/9781003404200

Capítulo 16
Cuidados al final de la vida
El rol de la Medicina Familiar

AUTORA: LUSY PAULYNA ORELLANA NAVARRETE MD, MSC, PHD.
MÉDICA DE FAMILIA, CIRUJANA GENERAL Y LAPAROSCOPISTA, MÉDICA OCUPACIONAL.
DOCENTE UNIVERSITARIA DE PRE Y POST GRADO.
UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR Y UNIVERSIDAD DE LAS AMÉRICAS.

lorellana775@puce.edu.ec

En toda la vida, solo la muerte tiene garantía; esta garantía no la podrás cobrar.

—Lusy Paulyna Orellana-Navarrete

Oh, Dios mío, da a cada uno su propia muerte, da a cada uno la muerte nacida de su propia vida, en la que conoció el amor y la miseria.

—Reiner Maria Rilke.

Cuando mi voz calle con la muerte, mi corazón te seguirá hablando.

—Rabindranath Tagore.

Introducción

El final de la vida es un acontecimiento universal, con la particularidad de que no es homogéneo ni idéntico para las personas. Se vive y se muere de manera distinta según la historia personal, la familia, la comunidad y el territorio en el que se habita. La medicina familiar y comunitaria se encuentra cercana al cuidado del final de la vida, el cual, no se reduce a un momento clínico ni a una fase terminal, sino que se inscribe en una trayectoria vital conocida, acompañada y compartida a lo largo del tiempo. En contextos latinoamericanos, atravesados por transiciones demográficas, desigualdades sociales, cambios en las estructuras familiares y profundas raíces culturales, el morir ocurre frecuentemente en el hogar, en la comunidad y en estrecha relación con los vínculos significativos.

Desde esta perspectiva territorial y temporal, los cuidados al final de la vida adquieren un significado particular: representan una oportunidad para ejercer una medicina profundamente humana, ética y comprometida con la dignidad. La longitudinalidad propia de la Medicina Familiar permite que el acompañamiento no comience en la agonía, sino mucho antes, cuando se reconocen valores, se anticipan decisiones y se construyen relaciones de confianza que sostienen a las personas y sus familias hasta el último momento.

El propósito de este capítulo es ofrecer al lector una mirada integral sobre los cuidados al final de la vida desde la Atención Primaria de Salud, invitándolo no solo a adquirir herramientas clínicas, sino también a reflexionar sobre su propio rol como profesional de la salud. A lo largo de estas páginas se espera que el lector comprenda el final de la vida como una etapa que puede y debe ser cuidada; que reconozca la importancia de la comunicación, la planificación anticipada y el alivio del sufrimiento en todas sus dimensiones —física, emocional, social y espiritual—; y que fortalezca una práctica centrada en la persona, la familia y la comunidad.

Este capítulo se relaciona de manera directa con el enfoque general del libro, que concibe la Medicina Familiar como una disciplina del cuidado integral, anclada en el territorio y comprometida con la continuidad de la vida en todas sus fases. Así como el libro aborda la infancia, la adultez, la salud de las mujeres, la cronicidad y la salud comunitaria, los cuidados al final de la vida se presentan aquí no como un capítulo excepcional, sino como una expresión coherente del mismo modelo: cuidar cuando curar ya no es posible, acompañar cuando la técnica es insuficiente y sostener cuando la vulnerabilidad se hace más visible.

En cuanto a su estructura, el capítulo inicia con una revisión de los fundamentos conceptuales y éticos de los cuidados al final de la vida, situándose dentro de la Medicina Familiar y Comunitaria. Posteriormente, se desarrollan las principales herramientas clínicas y comunicacionales necesarias para una atención de calidad en Atención Primaria. Se

profundiza luego en el rol de la familia, la comunidad y el territorio como ejes centrales del acompañamiento, incorporando ejemplos clínicos contextualizados. Finalmente, el capítulo cierra con reflexiones y recomendaciones prácticas orientadas a fortalecer el compromiso de la Medicina Familiar con un final de vida digno, compasivo y humano.

Cuidados al final de la vida en Medicina Familiar y Comunitaria

1. El final de la vida como parte del continuo del cuidado

El poeta Max Pol Fouchet señalaba que, para el inconsciente de los seres humanos, la muerte no puede representarse El final de la vida no debe entenderse como un fracaso terapéutico ni como una etapa aislada del proceso de atención, sino como una fase inherente al curso vital. Desde la Medicina Familiar y Comunitaria, el cuidado se concibe como un continuo que acompaña a la persona desde el nacimiento hasta la muerte, integrando dimensiones biológicas, emocionales, sociales, culturales y espirituales.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define los cuidados paliativos como un enfoque destinado a mejorar la calidad de vida de pacientes y familias que enfrentan enfermedades potencialmente mortales, mediante la prevención y el alivio del sufrimiento, con identificación temprana y tratamiento adecuado del dolor y otros problemas (World Health Organization, WHO, 2020). Esta definición resulta especialmente pertinente para la Atención Primaria, donde el contacto precoz, la continuidad y el conocimiento del contexto permiten intervenciones oportunas y humanizadas. En la medicina familiar también nos encontraremos frente a familias con adultos mayores que han superado los 85 años, con estado de fragilidad que los puede colocar en estado de vulnerabilidad para dejar de vivir.

En América Latina, los cuidados al final de la vida se desarrollan en escenarios marcados por transiciones demográficas, aumento de enfermedades crónicas, sistemas de salud fragmentados y profundas desigualdades territoriales. En este contexto, la Medicina Familiar tiene un rol estratégico para garantizar un final de vida digno, evitando la medicalización excesiva y promoviendo cuidados centrados en la persona de preferencia en su domicilio, pues el domicilio ofrece la intimidad, en los hogares las personas manifiestan de manera espontánea su ternura, el domicilio es el mejor lugar para el paciente en su fase final de vida, aunque a veces se torna un lugar de agobio para familiares y cuidadores y amenaza de manera directa la salud de los parientes.

Jean Guitton escribió que las dos soluciones posibles al enigma propuesto por la experiencia de la vida son el absurdo y el misterio. Esta libertad de escoger entre ambas hace que el paso hacia la muerte sea algo profundamente significativo.

2. Fundamentos éticos y conceptuales del cuidado al final de la vida

2.1. Dignidad, autonomía y no maleficencia

Los cuidados al final de la vida se sostienen en principios éticos fundamentales: respeto por la dignidad humana, autonomía, beneficencia y no maleficencia. La dignidad implica reconocer a la persona como sujeto de derechos hasta el último momento, independientemente de su condición funcional o cognitiva.

La autonomía se expresa a través del derecho a participar en las decisiones sobre su cuidado, incluyendo la aceptación o rechazo de tratamientos. Desde la Medicina Familiar, este principio se operacionaliza mediante conversaciones anticipadas, decisiones compartidas y planificación del cuidado.

Atul Gawande (2014) plantea que el objetivo de la medicina no es simplemente prolongar la vida, sino preservar aquello que da sentido a vivir. Esta afirmación interpela directamente a la práctica clínica en el final de la vida, donde la obstinación terapéutica puede generar más sufrimiento que beneficio.

Marie de Hennezel (1994) señala que lo esencial es que el ser humano sea él mismo, que la experiencia del morir se produzca en su propio ser, y que se sienta aceptado y confirmado en su esencia, cualquiera que sea su vivencia.

2.2. La “buena muerte” como construcción social y cultural

El concepto de “buena muerte” no es universal ni homogéneo; está atravesado por valores culturales, creencias espirituales, estructuras familiares y condiciones materiales. En muchos territorios latinoamericanos, morir en casa, acompañado por la familia y sin dolor, constituye una aspiración central.

Para Marie de Hennezel (1994), en el mundo que privilegia la rentabilidad, el consumo y la omnipotencia de la medicina se vuelve más importante el hacer que el ser. La noción de la muerte se posterga, e incluso en algunos casos se descarta. En un mundo que alienta la necesidad y no el deseo, un mundo de objetos y no de sujetos, un mundo privado de alma y de espíritu, un mundo sin amor. Se busca el mito de la “buena muerte”, la muerte discreta, rápida, inconsciente, la que no quiere molestar a nadie.

Tras las epidemias y pandemias que sacudieron el final del siglo XX y las primeras décadas del XXI, emerge una actitud humanitaria en el personal de atención primaria que cuida la vida y la muerte como un continuo. La buena muerte se concibe entonces

como la muerte consciente, esperada, acompañada, socializada, vivida lúcidamente hasta el final. Desde el personal de salud, la muerte puede ser asumida como un fracaso o como un desafío. La muerte, entendida como sentido, permite una percepción de la realidad que integra el significado, la dirección y la orientación existencial.

La crisis del morir cada cual la afronta como puede, con el deseo de vivir su propia muerte del modo en que quisiera: sintiéndose amado y aceptado, sea lo que fuere lo que haya de venir.

La Medicina Familiar, por su conocimiento del territorio y de las prácticas culturales locales, está especialmente capacitada para identificar estas preferencias y traducirlas en planes de cuidado realistas y respetuosos (Radbruch & Payne, 2010).

3. El rol de la Medicina Familiar en los cuidados al final de la vida

3.1. Longitudinalidad y vínculo terapéutico

La relación longitudinal entre el médico o médica de familia y la persona permite construir confianza, facilitar conversaciones difíciles y anticipar decisiones. La evidencia demuestra que la planificación anticipada del cuidado se asocia con mayor satisfacción, mejor calidad de vida y menor uso de intervenciones invasivas al final de la vida (Bernacki & Block, 2014).

Este vínculo no se limita al paciente, sino que se extiende a la familia como unidad de cuidado, reconociendo sus miedos, duelos anticipados y necesidades de apoyo.

Donald Ardell, considerado por algunos como el iniciador del movimiento del bienestar, dice que es posible estar bien aún en medio de las enfermedades o muriendo. La experiencia de la muerte es una parte del ciclo vital.

Tubesing y Tubesing (1988) señalan que la salud supone que todos los aspectos de la vida funcionen en armonía para producir un sentimiento de bienestar y paz.

Las dimensiones de la vida incluyen lo físico, lo mental, lo emocional y lo espiritual. En ellas se articulan las interacciones humanas, la necesidad de aprender, las esperanzas, los sueños, la trascendencia y la apertura a lo sagrado.

Desde el acompañamiento en todos los ciclos de vida, los médicos de familia trabajamos para promover el bienestar integral, entendido como la armonía entre los aspectos físicos, mentales, emocionales y espirituales.

Territorialidad y enfoque comunitario

El territorio condiciona profundamente la experiencia del morir. El acceso a servicios, la disponibilidad de cuidadores, las redes comunitarias y los recursos locales determinan las posibilidades reales de cuidado. En zonas rurales o periurbanas, el acompañamiento domiciliario desde la Atención Primaria puede ser la única alternativa viable.

La Medicina Familiar integra estos determinantes en la toma de decisiones, adaptando los planes de cuidado a las condiciones concretas de cada comunidad.

Herramientas clínicas fundamentales en el final de la vida

Control integral de síntomas

El alivio del sufrimiento físico es un pilar central. Dolor, disnea, ansiedad, insomnio, náuseas y fatiga deben ser evaluados sistemáticamente y tratados con un enfoque farmacológico y no farmacológico. La OMS recomienda el uso de escalas progresivas de analgesia, adaptadas al contexto y con disponibilidad garantizada en Atención Primaria (WHO, 2018).

Comunicación clínica y acompañamiento emocional

La comunicación es una intervención terapéutica en sí misma. Modelos estructurados como SPIKES para la entrega de malas noticias o NURSE para la validación emocional permiten abordar conversaciones complejas con mayor sensibilidad (Baile et al., 2000).

Hablar sobre la muerte no acelera el morir; por el contrario, reduce la ansiedad, mejora la toma de decisiones y fortalece la relación terapéutica.

Planificación anticipada del cuidado

Las voluntades anticipadas, los planes de cuidado y la designación de representantes terapéuticos son herramientas clave para respetar la autonomía cuando la persona pierde capacidad de decisión. Estas estrategias reducen conflictos familiares y evitan intervenciones desproporcionadas (Sudore et al., 2017).

Ejemplos y casos prácticos desde el territorio

Caso clínico 1: Atención domiciliaria en contexto rural

María, de 78 años, con cáncer avanzado, vive en una comunidad rural. Su médica de familia la ha acompañado por más de diez años. Tras conversaciones anticipadas, se establece un plan de cuidados domiciliarios centrado en el control del dolor, apoyo emocional a la familia y coordinación con el equipo de salud local.

María expresa su deseo de morir en casa. Gracias al vínculo previo y al conocimiento del territorio, este deseo se respeta. Falleció rodeada de sus seres queridos, sin dolor y con acompañamiento continuo.

Este caso ilustra cómo la longitudinalidad y la territorialidad permiten transformar el final de la vida en una experiencia digna y coherente con los valores personales.

Caso clínico 2: Atención domiciliaria y enfoque de perdón

Rebeca había sufrido durante sus treinta años de matrimonio por la indiferencia de su esposo. No estaba feliz y no podía encontrar tranquilidad ahora que se encontraba en agonía por un cáncer avanzado de estómago, más bien, se castigaba por la acciones de su esposo, sin darse cuenta. Cuando pudo perdonar a su esposo, ese peso emocional que había llevado cayó y ahora pensaba en él sin resentimientos. Poco después falleció en paz.

Los moribundos pueden reconciliarse con aquello que van a dejar atrás cuando llegue la muerte. Cuando esta reconciliación no se hace, los que siguen viviendo sufren remordimiento y dolores innecesarios.

Caso clínico 3: Atención al final de la vida y la preparación del ambiente.

Luisa estaba en agonía, y sus cuidadores decidieron preparar su entorno para acompañar ese tránsito y, según referían, aliviar en algo el dolor. Colocaron imágenes espirituales con las que Luisa se identificaba, acondicionaron el ambiente con su aroma preferido y dispusieron una fuente con frutas y agua por si su organismo le permitía tomarlas. Mantuvieron música de su agrado, flores frescas y cartas de sus seres queridos con mensajes de paz y aliento. Sobre todo, permitieron que quienes ella amaba estuvieran junto a ella durante sus últimos días.

Componentes esenciales de los cuidados al final de la vida en Medicina Familiar

Componente	Descripción
Longitudinalidad	Relación continua que facilita confianza y decisiones anticipadas.
Integralidad	Abordaje físico, emocional, social y espiritual.
Territorialidad	Adaptación del cuidado al contexto local y comunitario
Interdisciplinariedad	Trabajo conjunto con enfermería, psicología, trabajo social y comunidad.
Participación familiar	Reconocimiento de la familia como unidad central de cuidado

Análisis crítico y relación con políticas públicas

La OMS reconoce que el acceso a cuidados paliativos es un componente esencial de sistemas de salud equitativos (WHO, 2020). Sin embargo, en muchos países latinoamericanos persisten barreras normativas, formativas y organizacionales que limitan su implementación en Atención Primaria.

Fortalecer los cuidados al final de la vida exige políticas públicas que integren los cuidados paliativos al primer nivel de atención, formación específica para profesionales de salud y disponibilidad de medicamentos esenciales. La Medicina Familiar debe asumir un rol activo en la defensa de estos derechos desde una perspectiva ética y social.

Breve reflexión

El rol de la familia es crucial al final de la vida de un ser humano, y muchas veces somos los médicos y médicas de cabecera quienes debemos dar la noticia de que una persona va a morir pronto. Toda noticia que afecte drástica y negativamente a una persona se considera mala noticia. La persona próxima a morir debe estar informada de su situación dentro de lo que fuere posible, de ese modo puede ajustar y resolver lo que queda pendiente.

La negación, la rabia y la impotencia son expresiones habituales en los miembros de la familia; mientras atraviesan ese proceso, los profesionales de la salud somos quienes debemos acompañarlos, con el objetivo primordial de mejorar la calidad de vida para un buen morir. Esto incluye, cuando el paciente así lo desea, orientar sobre la planificación de los servicios funerarios y el tipo de acompañamiento religioso o espiritual.

Es importante cumplir con las normativas de cada país en lo relativo a la emisión de certificados de defunción y al registro oficial del fallecimiento; esta responsabilidad recae en el médico o médica de cabecera.

Conclusiones

La medicina de familia es la especialidad que está preparada para acompañar a paciente y su familia al final de su vida, la misión que tiene con el paciente es informar, educar, y apoyar en este proceso. Vivir el día a día, permitir el tiempo para sanar las heridas o problemas antes de la partida. La escucha activa y el acompañamiento a los miembros de la familia.

6. Consejo:

Al final de la vida, los pacientes y sus familias pueden tener una visión madura sobre el morir, o encontrarse confundidos, aturdidos, en la oscuridad y el sinsentido. La medicina familiar y comunitaria acompaña en la construcción de ese sentido: los profesionales de la salud estamos presentes, listos, con respeto y con los cuidados pertinentes. Acompañamos a vivir hasta el final, pues cada paciente y su familia importan, y ese acompañamiento apunta a que puedan morir en paz.

7. Bibliografía

Baile, W. F., Buckman, R., Lenzi, R., Glober, G., Beale, E. A., & Kudelka, A. P. (2000). *SPIKES—A six-step protocol for delivering bad news: Application to the patient with cancer*. *The Oncologist, 5*(4), 302–311.

Bernacki, R. E., & Block, S. D. (2014). *Communication about serious illness care goals: A review and synthesis of best practices*. *JAMA Internal Medicine, 174*(12), 1994–2003.

Gawande, A. (2014). Being mortal: Medicine and what matters in the end. Metropolitan Books.

Radbruch, L., & Payne, S. (2010). White paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe*. *European Journal of Palliative Care, 17*(1), 22–33.

Rilke, M., (1902). Le livre de la Pauvreté et de la Mort, en livre de houres, Editions du Seuil, 112-129.

Sudore, R. L., Lum, H. D., You, J. J., Hanson, L. C., Meier, D. E., Pantilat, S. Z., ... Heyland, D. K. (2017). Defining advance care planning for adults: A consensus definition from a multidisciplinary Delphi panel. Journal of Pain and Symptom Management, 53*(5), 821–832.

World Health Organization. (2018). Integrating palliative care into primary health care: A WHO guide.

World Health Organization. (2020). Palliative care.

Capítulo 17
Atención médica domiciliaria en Medicina Familiar
Un Pilar Estratégico para los Sistemas de Salud Modernos

JUAN CARLOS PEROZO GARCÍA
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR, MAGISTER EN EPIDEMIOLOGÍA, DOCTOR EN EDUCACIÓN. PROFESOR TITULAR UNIVERSIDAD NACIONAL EXPERIMENTAL FRANCISCO DE MIRANDA UNEFM. JEFE DEL DOCTORADO EN CIENCIAS DE LA SALUD. PROFESOR DE PRÁCTICAS MÉDICAS Y DEL POSTGRADO DE MEDICINA FAMILIAR UNEFM.

JUAN CARLOS SARRATUD COLINA
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR, ESPECIALISTA EN NEUMONOLOGÍA, DOCTOR EN CIENCIAS DE LA SALUD. PROFESOR TITULAR JUBILADO UNIVERSIDAD NACIONAL EXPERIMENTAL FRANCISCO DE MIRANDA UNEFM, JEFE DEL POSTGRADO DE MEDICINA FAMILIAR.

BEATRIZ ELENA GRANADILLO RULLO
MAGISTER EN MEDICINA FAMILIAR, DOCTORA EN CIENCIAS MÉDICAS. PROFESOR TITULAR JUBILADO UNIVERSIDAD NACIONAL EXPERIMENTAL FRANCISCO DE MIRANDA UNEFM. EXJEFE DEL POSTGRADO DE MEDICINA FAMILIAR UNEFM.

«La medicina familiar, con su enfoque holístico, está orientada a solucionar problemas complejos del ser humano de manera integral. Su cuerpo de conocimiento se desarrolla consolidándose como elemento transformador de la Atención Primaria.»

Juan Carlos Perozo García

Introducción

La Atención Médica Domiciliaria (AMD) emerge en el panorama sanitario contemporáneo como una respuesta estratégica, innovadora y profundamente humanista a las crecientes necesidades demográficas y sistémicas. El envejecimiento poblacional, el aumento de la cronicidad y la necesidad imponente de optimizar los recursos hospitalarios, consolidan a la AMD como un pilar fundamental para construir sistemas de salud más eficientes, resilientes, centrados en la dignidad y el bienestar de las personas.

Su resurgimiento y formalización responden a los grandes desafíos de la salud contemporánea; durante la reciente pandemia, particularmente, se evidenció su valor como recurso esencial para garantizar la continuidad de los cuidados en momentos cruciales de los sistemas sanitarios globales. Se muestra como una modalidad asistencial alternativa a la hospitalización convencional que permite proporcionar cuidados de rango hospitalario en el entorno del paciente. Traslada la complejidad y la calidad del cuidado hospitalario al lugar más significativo para la persona: su hogar, ofreciendo confort y seguridad afectiva. Si bien su estructura moderna es reciente, hay que destacar que sus raíces son tan antiguas como la medicina misma.

El hogar siempre ha sido un escenario de cuidado; en medicina familiar, los principios de la AMD no constituyen una novedad, sino la materialización de su filosofía fundacional. Para el Médico de Familia, la Atención Médica Domiciliaria no es una tarea adicional, sino una competencia central como máxima expresión de la filosofía de la atención primaria. Esta modalidad permite llevar a la práctica dos de los principios irrenunciables que definen a la especialidad: Continuidad e Integralidad. Al trasladar la atención al hogar, el médico obtiene un valor diagnóstico y terapéutico incalculable. La observación directa ofrece un panorama de las diversas condiciones, clínicas, familiares y sociales, así como de acceso a recursos. En esa perspectiva, el domicilio trasciende su rol de espacio físico para convertirse en un elemento fundamental de la atención.

Por todo ello, el médico de familia es el profesional idóneo para liderar y coordinar los equipos de AMD. Su formación, su enfoque integral y su relación longitudinal con el paciente y su familia le capacitan para ejecutar esta noble y difícil tarea, una labor que requiere no solo capacitación técnica, sino también un alto compromiso, humanismo y una delicada combinación que incluye arte, ciencia y corazón. Con esta perspectiva, es fundamental delinear los conocimientos clave que se abordarán a continuación.

El propósito de este capítulo es ofrecer una visión estructurada y comprehensiva sobre la atención médica domiciliaria, desde sus fundamentos conceptuales y modelos organizativos hasta su implementación práctica y los desafíos éticos y tecnológicos que marcarán su futuro.

Fundamentos de la atención médica domiciliaria

El hogar como componente activo terapéutico

La necesidad de Atención Médica Domiciliaria (AMD) es uno de los retos primordiales de los equipos de Atención Primaria de Salud y por ende del Médico de Familia, en virtud de requerir una formación académica complementaria para brindar una alta calidad de servicio, además de tener que adecuar el ambiente domiciliario y capacitar, tanto al paciente como a sus cuidadores familiares, en una función diferente a su rol familiar cotidiano.

De modo que, la AMD aplica estratégicamente dos de los principios básicos de la Medicina Familiar, como son continuidad e integrabilidad. La continuidad de atención denota que el Medico Familiar se responsabiliza del cuidado del paciente en cualquier entorno y la integralidad se considera como el soporte biopsicosocial y espiritual, así como la disposición de movilizar recursos familiares requeridos (Farfan G., 2023).

Tipologías de la atención: Programada, Urgente y Paliativa

La AMD se define como una modalidad asistencial alternativa a la hospitalización convencional que permite proporcionar cuidados de rango hospitalario en el entorno del paciente. Ante desafíos sanitarios contemporáneos como el envejecimiento progresivo de la población, la elevada prevalencia de enfermedades crónicas y la necesidad de optimizar los recursos hospitalarios, como sucedió en la reciente pandemia de COVID-19, la AMD represento un recurso esencial para garantizar la continuidad asistencial en momentos de máxima presión (Mias Carballal et al.,2023; Melguizo Jiménez y García Caballos, 2022).

Es importante aclarar que la AMD es diferente a la visita domiciliaria social o de enfermería, que forma parte del trabajo preventivo de los equipos de salud de Atención Primaria de Salud, la cual se realiza con el propósito de conocer los grupos familiares sectorizados, identificar factores protectores y de riesgo y captar pacientes para las consultas institucionales, por supuesto que, a través de la visita domiciliaria, pueden identificarse pacientes que requieren de AMD.

Entre los tipos de AMD se pueden citar las programadas (P), las urgentes (U) y las de cuidados paliativos (CPD). La AMD Programada hace referencia a pacientes conocidos, aparentemente compensados con limitación a asistir al centro de salud a quienes regularmente se les planifican las consultas de AMD, como son los pacientes que padecen enfermedades crónicas (EPOC, insuficiencia cardiaca, diabetes), adultos mayores, discapacitados, inmovilizados en cama o recién dados de alta hospitalaria. La AMD Urgente define la necesidad

inmediata de asistencia médica por descompensación de una enfermedad crónica o aguda, en un paciente conocido o no, el cual tiene limitaciones para ser trasladado al centro de salud y ante un signo o síntoma de alarma, el familiar solicita el servicio. La AMD de Cuidados Paliativos es la provisión de servicios médicos especializados y de apoyo en el hogar del paciente, enfocada en aliviar síntomas, controlar el dolor y mejorar la calidad de vida ante una enfermedad grave.

Domicilio como entorno de atención.

El hogar es el refugio de la familia, donde la cotidianidad y el amor filial generan un ambiente de seguridad, confort y energía, ahí se estructuran alianzas y roles, fundamentados en valores familiares, espirituales, culturales y sociales. Siendo así, el hogar constituye una alternativa viable para la atención domiciliaria de determinadas condiciones médicas.

El entorno domiciliario trasciende su concepción como un mero espacio físico para convertirse en un componente activo terapéutico. Al integrar las dimensiones biopsicosociales del paciente, el hogar ofrece un marco único de recuperación que el centro de hospitalización no siempre puede replicar, promoviendo una atención más humana y personalizada. La presencia del núcleo familiar y social actúa como un soporte fundamental que contribuye a una mayor satisfacción tanto del paciente como de sus cuidadores (Serrano- Martin et. al., 2014).

El grupo familiar crea su propio sistema de apoyo, permitiendo una participación más activa y flexible de los cuidados y cuidadores, lo cual ayuda a la recuperación y adherencia al tratamiento, reduce el riesgo de infecciones a virus y otras infecciones nosocomiales y costos hospitalarios, especialmente para cuidados a largo plazo. En cuanto al médico y equipo de salud, les permite una visualización más precisa de las condiciones socioeconómicas y relaciones familiares, para sugerir adaptaciones e impartir educación sanitaria, al cuidador principal y secundario, en el cumplimiento personalizado de las indicaciones médicas.

El domicilio se revela como un entorno realmente eficaz para la gestión de cuidados paliativos donde es posible alinear las intervenciones terapéuticas con los valores y preferencias del paciente, facilitando una planificación anticipada de las decisiones en situaciones de terminalidad (Melguizo Jiménez y García Caballos,2022).

Entre los riesgos de la AMD están los inherentes a la falta de recursos y limitaciones técnicas, la supervisión 24/7 y apoyo inmediato para emergencias, la carga para familiares, la inconsistencia de cuidadores y la posible dificultad con la coordinación entre servicios y costos requeridos.

Otro aspecto a tomar en cuenta en la AMD es la seguridad ética y legal del personal médico, por lo cual se recomienda la firma del consentimiento informado, del paciente y los familiares responsables de su cuidado.

Criterios de selección: ¿Quién es candidato para la AMD?

Criterios de inclusión y exclusión.

La selección rigurosa de los pacientes garantiza la seguridad, eficacia y calidad de la AMD. Los criterios clínicos, sociales y geográficos son determinantes en este proceso de selección. Algunos autores citan los siguientes criterios (Mias Carballal et. al., 2023; Serrano-Martin et. al., 2024).:

Entre los criterios de inclusión destacan la necesidad de atención de rango hospitalario que pueda ser administrada de forma segura en el domicilio, estabilidad clínica del paciente sin riesgo inminente de descompensación grave, aceptación voluntaria por parte del paciente y/o su familia tras recibir la información completa, existencia de un cuidador principal capaz de colaborar en los cuidados y alertar al equipo si es necesario, residencia en la zona de cobertura geográfica al centro hospitalario, entorno domiciliario con condiciones mínimas de habitabilidad y seguridad.

Entre los criterios de exclusión están: necesidad de monitorización constante o cuidados intensivos, problema social grave que impida el cuidado adecuado, inestabilidad hemodinámica o necesidad de soporte vital avanzado, tratamientos activos y complejos como quimioterapia, riesgo vital, embarazo, rechazo explícito del paciente o familia a recibir atención en el domicilio.

Para el ejercicio de la AMD el médico familiar necesita capacitación y humanismo, alto compromiso para desarrollar con arte, ciencia y corazón la noble y difícil tarea de llevar alivio, transmitir confianza y empatía, ser consejero continuo e integral, de pacientes y grupos familiares que requieren ser atendidos con calidad, respeto, dignidad, equidad y justicia.

Atención médica domiciliaria (AMD): modelos estratégicos para su organización e implementación.

La Atención Médica Domiciliaria (AMD), consolidada como alternativa viable, se presenta como una opción central en sistemas sanitarios sometidos a una presión asistencial creciente, donde trasladar procedimientos al hogar implica replantear tanto el lugar en que se prestan los cuidados como la forma en que se organizan los equipos. Al llevar la atención

al entorno natural del paciente, la AMD pretende mejorar la calidad de vida, favorecer el uso más eficiente de los recursos, reducir el estrés, facilitar el apoyo familiar y disminuir los riesgos asociados a estancias hospitalarias prolongadas —como las infecciones nosocomiales o el síndrome de inmovilidad—, elementos ampliamente documentados en la literatura (Acosta & García, 2023).

Esta estrategia, intenta responder a un contexto demográfico marcado por el envejecimiento poblacional, el aumento de enfermedades crónicas y la dependencia funcional. Por lo que, las sociedades actuales demandan sistemas de salud que combinen sostenibilidad con humanización de la atención, centrados en la persona, como ha señalado la UNESCO (2021). Entonces la AMD es una alternativa razonable, siempre que se garantice calidad, seguridad y continuidad asistencial. Sin embargo, su implementación se sostiene sobre tres premisas perfectamente relacionadas como lo son: un equipo multidisciplinario sólidamente articulado, un proceso de visita domiciliaria definido y evaluable, y de estrategias oportunas para la atención de pacientes complejos como en las patologías crónicas o en situación de cuidados paliativos. Estos aspectos que subyacen permiten que la AMD no sea una simple extensión del hospital, sino un modelo con identidad propia.

El equipo multidisciplinario: Roles y sinergias

Coordinación y roles bien definidos del equipo multidisciplinario de AMD:

La AMD, establecido como programa busca superar una de las debilidades históricas más relevantes de los sistemas de salud: la disociación entre el ámbito sanitario y el social. Mientras el primero se ha centrado en curar, el otro en cuidar, esta división ha generado solapamientos y duplicidades. No obstante, la atención domiciliaria integrada exige conciliar a perfiles diversos y compartir objetivos, información y lenguaje, en consonancia con las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (WHO, 2020). Esta sinergia no solo mejora la eficiencia, sino que también permite una comprensión más completa de las necesidades del paciente.

El equipo básico de salud, conformado por el médico de familia y el personal de enfermería, constituye el núcleo operativo: realizan el seguimiento clínico, toman decisiones diagnósticas y terapéuticas en el domicilio, y supervisan los tratamientos. Desempeñan así un papel clave para garantizar la continuidad y coherencia de la atención como puerta de entrada al sistema de salud (Véliz Gutiérrez et al., 2011), lo que permite una intervención más ajustada a la realidad cotidiana del hogar gracias a la cercanía con el paciente y al conocimiento acumulado a lo largo del tiempo.

En este contexto, el trabajador social aporta una mirada general sobre los determinantes sociales de la salud, así como del entorno sociofamiliar, identifica los riesgos tales como aislamiento o precariedad económica. Por otro lado, conecta al paciente con recursos comunitarios, contribuyendo a que la intervención sanitaria no quede desconectada de la vida diaria (Pérez & Ruiz, 2021).

Los profesionales de rehabilitación —fisioterapeutas y terapeutas ocupacionales— se centran en mantener o recuperar la funcionalidad y la autonomía. Adaptan el entorno doméstico y entrenan al paciente en actividades básicas y avanzadas de la vida diaria, contribuyendo así a retrasar la institucionalización y a favorecer el autocuidado, con lo que se reducen las complicaciones derivadas de la inmovilidad (Másteres CEU San Pablo, 2024).

Por otro lado, en algunos contextos se presentan dos figuras complementarias: el profesional de referencia, que conoce al paciente a lo largo del tiempo y garantiza la coherencia del plan, y el gestor de casos, más orientado a la coordinación logística de servicios y recursos para pacientes de alta complejidad. Su función es disminuir la fragmentación y mejora la adherencia terapéutica (Molina et al., 2021).

Cabe destacar en este escenario, que el papel del cuidador, formal o informal, es clave. Su participación debe considerarse parte estructural del programa, especialmente cuando existe riesgo de sobrecarga. Una de las herramientas que nos permite conocer si existe tal sobrecarga, es la escala de Zarit, la cual permite identificar situaciones que requieren intervenciones de apoyo (Echeverría & Ruiz, 2021).

La Unidad de Corta Estancia Virtual Domiciliaria (UCEdom).

Necesidad de coordinación entre niveles: el ejemplo de la UCEdom

Sin duda, uno de los mayores desafíos para desplegar la AMD a gran escala es la falta de engranaje entre hospital, atención primaria y servicios sociales. Por lo que en España entre 2021 y 2022 se crea La Unidad de Corta Estancia Virtual Domiciliaria (UCEdom) es una experiencia reciente de cómo reorganizar este flujo. Este modelo permite que un paciente atendido en urgencias sea hospitalizado directamente en su domicilio, siempre que cumpla criterios clínicos y sociales, evitando así la institucionalización hospitalaria convencional (Bibiano-Guillén et al., 2025).

Esta práctica innovadora UCEdom articula a profesionales del hospital y de la atención domiciliaria para que el paciente reciba en casa intervenciones de complejidad intermedia, con procesos claros de comunicación y seguimiento. Esta experiencia ha demostrado que

es posible reducir estancias hospitalarias sin comprometer seguridad ni calidad, siempre que exista una coordinación efectiva entre niveles asistenciales. Ahora bien, este tipo de propuestas solo tiene impacto real si se apoyan en procesos estandarizados que den coherencia al día a día de la visita domiciliaria y permitan evaluar resultados de manera sistemática (Quiroga & Sanz, 2022). La unidad de corta estancia virtual domiciliaria (UCEdom) integra los principios asistenciales de las UCE con base a los recursos organizativos de la hospitalización a domicilio, permitiendo atención médica remota mediante videollamadas, sensores biomédicos y algoritmos de estratificación del riesgo (Bibiano-Guillén et al., 2025, p. 310).

La visita domiciliaria como práctica de cuidado: planificación, desarrollo y registro

Aunque la atención a domicilio tiene un componente artesanal, debe ser segura y evaluable. Por ello, la estandarización del proceso de visita —desde la selección del paciente hasta el registro final— reduce la variabilidad y facilita la comparación de resultados. Durante la planificación se requiere determinar si el entorno domiciliario es adecuado y óptimo, definir la estabilidad clínica del paciente, conocer el soporte sociofamiliar, evaluar las condiciones del hogar, capacidad del paciente o cuidador para manejar dispositivos, así como la voluntad de participar (Gómez et al., 2022). Dentro de los pasos para minimizar cualquier tipo de error, la revisión sistemática de la historia clínica permite anticipar complicaciones (Acosta & García, 2023).

Respecto a la fase de ejecución, esta suele ser híbrida, ya que la visita presencial sigue siendo imprescindible para exploraciones físicas complejas, administración de determinados tratamientos o entrenamiento directo del paciente y cuidador. No obstante, la atención virtual ha ganado peso, por las bondades que ofrece. Como fue descrito anteriormente en el modelo UCEdom, una parte importante del seguimiento se realiza mediante videollamadas estructuradas y telemonitorización de signos vitales. En este programa, un significativo número de pacientes completa su ingreso sin requerir visitas médicas presenciales, y que ello no afecta negativamente su evolución (Bibiano-Guillén et al., 2025). Por el contrario, se han descrito altos niveles de satisfacción con estas modalidades remotas (Sánchez & Herrero, 2024).

Sin embargo, la continuidad del cuidado depende de un registro óptimo. Donde el uso de escalas validadas que facilitan los procesos y permite objetivar aspectos que, de otra manera, estarían sujetos a la impresión del profesional. Entre las más empleadas se encuentran la escala de Zarit, el índice de Barthel y la escala de Gijón (Másteres CEU San Pablo,

2024) todo esto dependiendo del contexto clínico y necesidad del paciente y su cuidador. Ahora bien, el potencial de estas herramientas se ve limitado cuando los servicios trabajan con sistemas de información cerrados. La interoperabilidad de los datos sociosanitarios sigue siendo uno de los grandes retos para consolidar la AMD (Herrera, 2023).

El desafío de la cronicidad: Atención médica domiciliaria en pacientes crónicos y complejos (cuidado integral, acompañamiento y dignidad en el hogar)

La evidencia describe que, los programas de AMD encuentran su mayor justificación en los pacientes crónicos complejos. Aunque representan un porcentaje reducido de la población, pero cada vez más creciente, estos concentran una parte muy elevada del gasto sanitario, en torno al 40 % según estimaciones recientes (Másteres CEU San Pablo, 2024). De allí que, atenderlos en su domicilio, de forma planificada e integrada y oportuna, tiene un impacto clínico y económico evidente (Ramírez & Velasco, 2023).

En atención primaria, los ingresos domiciliarios suelen iniciarse por infecciones respiratorias agudas, complicaciones del embarazo o el manejo de enfermedades crónicas frecuentes como hipertensión y diabetes (Véliz Gutiérrez et al., 2011). En patologías cardiorrespiratorias complejas, así en como insuficiencia cardiaca o EPOC, la AMD permite un seguimiento orientado a prevenir descompensaciones y manejar la polifarmacia, reduciendo reingresos evitables (Fernández & López, 2023). En este contexto, la seguridad del paciente exige mantener criterios de exclusión claros, por ejemplo, determinadas neumonías que requieren soporte ventilatorio avanzado no son candidatas a manejo domiciliario (Bibiano-Guillén et al., 2025). Por su parte, en casos como la demencia avanzada, el desafío es más organizativo que tecnológico, debido a la elevada necesidad de apoyos coordinados (OECD, 2022).

Polifarmacia en el anciano frágil

Hay que resaltar que la polifarmacia en pacientes mayores frágiles es un campo donde la AMD aporta valor. Las evaluaciones sistemáticas de medicación en el domicilio ayudan a detectar fármacos potencialmente inapropiados y prevenir reacciones adversas (Lara & Pinto, 2020). También, dentro de este grupo, los cuidados paliativos domiciliarios ocupan un lugar especial. En esta situación, el objetivo no es curar, sino aliviar el sufrimiento y acompañar en el tramo final de la vida. Morir en casa, rodeado de la familia, es un deseo frecuente, pero requiere equipos preparados y disponibilidad de recursos las 24 horas.

Además, surgen cuestiones éticas sensibles, como el manejo de la información con la familia o las decisiones compartidas en situaciones de incertidumbre (Gómez et al., 2022). Por ello, la evaluación de estos programas debe incluir calidad de vida y calidad percibida de la muerte (Navarro & Gil, 2024).

AMD en transición: integración digital y humanización del cuidado con desafíos pendientes.

Acompañamiento en el final de la vida.

Evidentemente, la AMD no es una moda pasajera, por el contrario, constituye un cambio de enfoque que puede contribuir a enfrentar muchos aspectos desafiantes de la salud como lo son; el envejecimiento, la cronicidad y la presión sobre los hospitales. Sin embargo, su éxito depende de un equipo multidisciplinario preparado, cohesionado, una visita domiciliaria bien estructurada y una capacidad específica para manejar pacientes crónicos y en final de vida en su entorno. Para ello se requiere invertir de manera sostenida en una fuerza laboral preparada para trabajar en entornos complejos y cada vez más tecnológicos (OECD, 2022). Solo abordando estos desafíos estructurales la AMD podrá consolidarse como un pilar central de los sistemas de salud del futuro, combinando proximidad, eficiencia y respeto a la dignidad de las personas.

Evolución, desafíos éticos y tendencias futuras de la visita domiciliaria desde la visión del médico familiar

Innovación digital: Telemedicina y Monitoreo Remoto de Pacientes (MRP)

Hablar de tendencias futuras en la visita domiciliaria nos invita a dar una mirada al pasado. Aunque formalmente se documenta como antecedente al inicio de las visitas domiciliarias con el nacimiento de la disciplina de trabajo social en el año 1925 (Casallas Contreras et al., 2006), las visitas domiciliarias siempre han estado relacionadas con la historia de la medicina desde sus inicios, precediendo por mucho a dicha fecha.

Durante la prehistoria, las cuevas servían de refugio natural ante las adversidades y, consecuentemente, como lugar de protección para los enfermos. Así, la actividad médica, impregnada del enfoque mágico-religioso de la época, compartía el escenario del hogar (Cabanes et al., 2010).

Adicionalmente, en el siglo XIX la atención médica en el hogar desempeñó un rol muy im-

portante, en aquella época los médicos visitaban a los pacientes en su hogar, hasta que lentamente comenzaron a preferir que los pacientes los visitaran en centros de salud, cambio que se dio paralelamente a cambios tecnológicos que eran difícil aplicar en las casas (Starr, 1982). Un ejemplo importante fue el caso del Dr. José Gregorio Hernández quién en Caracas, tenía el hábito de realizar consultas en su casa al mediodía y en las tardes salía a realizar visitas domiciliarias (Briceño-Iragorry, 2005).

Ya en el siglo XX se documenta que la visita domiciliaria se inicia formalmente en Estados Unidos en 1947, con la idea de descongestionar los centros de asistencia médica. En 1949 el Ministerio del Trabajo en Brasil crea el Servicio de Asistencia Médica de Urgencia a partir del cual la idea se fue extendiendo a otras instituciones del país.

En 1951, en Francia, se registra la primera hospitalización intradomiciliaria en el Hospital de Tenon, en París, extendiéndose la misma idea, a partir de 1957, a otras organizaciones sin fines de lucro.

En la década de los 60, en Canadá se da inicio a Servicios de Asistencia Domiciliaria enfocados a reducir el tiempo hospitalario de pacientes quirúrgicos.

De igual manera en esta época en Reino Unido se tienen las primeras experiencias de Atención Hospitalaria en el Hogar. Así mismo, en la década de los 80 se inician actividades de visitas domiciliarias en Italia, extendiéndose desde entonces a prácticamente todo el mundo (Saldarriaga & Morales, 2019).

La evolución de la visita domiciliaria, incluyendo su conceptualización y su percepción, están íntimamente relacionadas con los avances tecnológicos de la época que le toca vivir. Desde este punto de vista, hablar del futuro y los obstáculos de la visita domiciliaria están relacionado con los avances tecnológicos del ser humano (Fundación Edad&Vida & Fundación Tecnología y Salud, 2023).

Sin embargo, para que la práctica de la visita domiciliaria pueda mantener su valor fundamental y se garantice la calidad de su ejercicio, hay una serie de barreras para el futuro, que tocan los puntos éticos, legales y que al mismo tiempo permitan integrar las tendencias tecnológicas que son necesarias en el futuro de la Atención Médica (Saldarriaga & Morales, 2019).

Desafíos operacionales y logísticos

Financiación y recursos: sostenibilidad del servicio

El sistema de salud en general tiene el reto de cumplir su función de la mejor manera con los recursos disponibles (Saldarriaga & Morales, 2019), en el caso de la atención de la salud en el domicilio, aun cuando surgió estructuralmente de la idea de reducir costos hospitalarios, se enfrenta a la reducción global de presupuestos. En este contexto, el tiempo es el factor limitante más importante para las visitas domiciliarias (Mauro et al., 2022).

La complejidad de la atención domiciliaria integral sumado a disminución en los presupuestos de funcionamiento llevan a los médicos a centrarse en problemas agudos y desvían el cuidado integral con enfoque biopsicosocial (Arroyo de la Rosa, 2019), muchas organizaciones se centran exclusivamente en la hospitalización a domicilio fragmentando la atención médica con menor atención a la continuidad (Arroyo de la Rosa, 2019).

La respuesta futura a los retos presupuestarios en la atención domiciliaria se encuentra, por una parte, en la formación de médicos y pacientes sobre la importancia de la visita domiciliaria como parte de las estrategias de atención primaria de salud, se suma también, la incorporación de nuevas herramientas de innovación tecnológica como por ejemplo el monitoreo remoto de pacientes y la telesalud, que si bien no sustituyen a la atención presencial, complementan la evaluación contribuyendo con la reducción de costos sin afectar la calidad de atención.

Tecnología: Uso de la Telemedicina y Monitoreo Remoto

La teleconsulta y las citas virtuales en los últimos años se han aceptado como estrategia que ahorra tiempo y costos, sobre todo para pacientes que tienen imposibilidad de desplazamiento o que vivan en lugares remotos (Snoswell et al., 2023).

Por otro lado, el monitoreo remoto de pacientes (MRP) utiliza equipos conectados como oxímetros, glucómetros, básculas que transmiten información en tiempo real, incluso en tiempo de vacaciones, lo que permite monitorizar a un paciente sin la necesidad de que los médicos se desplacen hasta la casa (Vegesna et al., 2017). El monitoreo continuo permite detectar problemas en tiempo real como por ejemplo crisis hipertensiva, retención de líquido y otras situaciones clínicas que obligarían de forma oportuna a cambiar el tratamiento e incluso justificar una visita presencial.

La integración de la tecnología en la visita domiciliaria enfrenta el desafío logístico del

“tiempo” en la visita domiciliaria, lo que da la posibilidad de facilitar al médico profundizar el abordaje biopsicosocial en los pacientes que más lo requieran (Greenhalgh et al., 2017), sin embargo la aplicación de nuevas tecnologías en la visita domiciliaria abre la puerta a otros desafíos como la seguridad de datos para mantener la privacidad de los pacientes (Valois-Núñez, 2011) o las dificultades tecnológicas como por ejemplo el acceso a internet y el uso de dispositivos confiables.

Aspectos Éticos y Legales

Autonomía del paciente

Ya que la visita domiciliaria implica un escenario de atención médica diferente al consultorio hay consideraciones bioéticas que se abordan de forma diferente, en consecuencia, los principios bioéticos universales permanecen inalterables y deben cumplirse estrictamente en el hogar incluyendo la beneficencia y la no maleficencia. No obstante, la autonomía del paciente representa un desafío particular en este entorno, requiriendo procesos de consentimiento informado más rigurosos (Mondragón-Barrios, 2009).

Confidencialidad y la Intimidad del Hogar

Otro reto importante es preservar la confidencialidad del paciente frente a otros miembros de la familia que comparten el mismo hábitat (Valois-Nuñez, 2011), incluso en el caso de visita virtual los datos deben ser protegidos tanto de personas fuera de la casa como de todos los miembros de la familia.

Dilemas Éticos

Uno de los aspectos más difíciles del ejercicio profesional, es que aun considerando todos los principios bioéticos es muy frecuente que se presenten dilemas éticos en la atención médica domiciliaria. Uno de los puntos más difíciles está relacionado con la “intimidad compartida”, donde el equipo de salud, incluyendo el médico y todos los miembros de la familia se involucran, lo que puede llevar a conflictos de interés, desencadenando estrés emocional y frustración ante la necesidad de intervenir en conflictos (Peres et al., 2022).

Como estrategia para hacer frente a estos dilemas éticos, se propone el concepto de “autonomía relacional”, que establece que las decisiones en salud son procesos complejos y

deben verse desde el enfoque de cooperación y ayuda mutua (Saldarriaga & Morales, 2019), además el equipo de salud debe formarse emocionalmente para no involucrarse en los conflictos.

Indicadores de Calidad y Evaluación de Resultados

Métricas de valor

En vista de la complejidad de Atención Médica Domiciliaria (AMD) los parámetros de evaluación de calidad deben sobrepasar a aspectos meramente clínicos (Soler, 2019). Así mismo, son necesarios indicadores de satisfacción centrados en el paciente y también en la familia, esto se debe a que la atención de salud en domicilio es percibida por todos los miembros de la familia como un cuidado en un medio favorable (Buedo & Salas, 2020), además, al aumentar la satisfacción de la familia aumenta también la adherencia a tratamientos.

Por otro lado, la evaluación de la relación costo-efectividad, la AMD ha tenido mejor rendimiento en el uso racional de recursos además de disminuir el uso hospitalario del paciente (Buedo & Salas, 2020) en comparación de atención médica hospitalaria.

Investigación en Atención Médica Domiciliaria (AMD)

La AMD abre las puertas a un escenario ideal para estudios en medicina familiar, desde el punto de vista docente es un laboratorio del cual pueden emerger evidencias muy robustas, contribuyendo con el cuerpo de conocimiento de la especialidad (Zuliani Arango, 2015).

En relación a las investigaciones en esta área el médico de familia debe ser el líder central de todo el equipo de salud, una de las razones en que la AMD permite relacionar los determinantes del hogar con los resultados de la salud de la familia, esto justifica la inversión en recursos y modelos de calidad que sin duda llevarán a que con menores costos se obtengan mejores resultados de salud.

La atención médica domiciliaria como pilar de la sanidad del futuro.

Recapitulación de puntos clave: El cuidado centrado en la persona y su entorno

La Atención Médica Domiciliaria (AMD) trasciende la categoría de un simple servicio para consolidarse como una evolución filosófica y estructural de la asistencia sanitaria. Representa el pilar fundamental sobre el cual se edifica un sistema de salud verdaderamente centrado en el paciente, su familia y su entorno vital. Este modelo materializa los principios esenciales de la Medicina Familiar: la continuidad y la integralidad. La continuidad se manifiesta en la responsabilidad del Médico Familiar de acompañar al paciente en cualquier entorno, mientras que la integralidad garantiza un soporte biopsicosocial que moviliza los recursos del propio núcleo familiar, una estrategia clave que, como demuestra la evidencia, fortalece la adherencia al tratamiento y reduce riesgos asociados a la hospitalización, como las infecciones nosocomiales.

Dentro de este paradigma, el domicilio deja de ser un espacio pasivo para convertirse en un componente terapéutico activo. El hogar ofrece un marco de recuperación único, más humano y personalizado, que el entorno hospitalario no siempre puede replicar. En este refugio, la presencia y participación activa de la familia se erigen como un soporte fundamental que promueve una mayor satisfacción tanto para el paciente como para sus cuidadores. La consolidación de este modelo no es una opción, sino una proyección indispensable hacia el futuro de una atención sanitaria más efectiva y compasiva.

Perspectiva futura: una respuesta estratégica a los desafíos demográficos

La Atención Médica Domiciliaria se erige como un imperativo estratégico para la sostenibilidad de los sistemas sanitarios frente a los grandes desafíos contemporáneos: el envejecimiento progresivo de la población y la elevada prevalencia de enfermedades crónicas. Estos fenómenos demográficos demandan modelos capaces de combinar la eficiencia de recursos con una atención profundamente humanizada, y es en este contexto donde la AMD demuestra su máximo valor.

Para la gestión de pacientes crónicos complejos, este modelo es el futuro. Su impacto clínico y económico es notable al optimizar el uso de recursos, prevenir descompensaciones, reducir reingresos hospitalarios evitables y, sobre todo, mejorar la calidad de vida. Su evolución se construirá sobre una integración equilibrada entre la innovación digital como la telemedicina y el monitoreo remoto, que complementan y hacen eficiente el seguimiento y la irrenunciable humanización del cuidado. Este enfoque garantiza que la tecnología actúe

como una herramienta al servicio de la proximidad y el respeto a la dignidad de la persona.

Para que esta visión futura no se quede en una mera aspiración ante el peso de la cronicidad y el envejecimiento, la inversión en el capital humano que la hará posible es una condición ineludible.

Reflexión final

La Atención Médica Domiciliaria se convierte en el paradigma del cuidado sanitario del futuro, indispensable para la sostenibilidad y humanización de los sistemas de salud modernos, dada la necesidad de construir sistemas sanitarios más resilientes, eficientes y sobre todo centrados en la dignidad humana. La AMD emerge como una respuesta estratégica a las demandas de la sanidad actual. Su valor quedó fehacientemente demostrado durante la pandemia de COVID-19, erigida como un recurso esencial para garantizar la continuidad de los cuidados en momentos complejos permitiendo descongestionar los centros hospitalarios, sin sacrificar la calidad asistencial.

En este sentido, el domicilio como entorno terapéutico activo, se convierte en un marco de recuperación único que integra las dimensiones biopsicosociales del hogar, con elementos del entorno hospitalario, donde el médico de familia como líder natural del modelo, se posiciona como el profesional idóneo para liderar y coordinar los equipos de AMD, estableciendo el equilibrio entre tecnificación y humanización, clave para optimizar recursos, mejorar la eficiencia y extender el alcance de la atención. Por otro lado, la incursión en la intimidad del hogar plantea desafíos éticos complejos, las decisiones en salud son procesos cooperativos y de ayuda mutua, el reto es integrar la tecnología como un complemento que facilite el abordaje biopsicosocial, y no como un sustituto del contacto humano que es el corazón del cuidado.

La AMD depende de una inversión decidida en su capital más valioso: el capital humano. Es imperativo fortalecer las competencias del Médico de Familia para que pueda liderar este modelo con pertinencia, lo que implica una formación avanzada en el área clínica, que abrace el humanismo y dote al profesional de una pericia en la gestión de recursos, a su vez poder liderar equipos multidisciplinarios; con una profunda sensibilidad para navegar los dilemas éticos propios de la intimidad del hogar; con el dominio de nuevas herramientas tecnológicas, sin sustituir el contacto humano, facilitando al médico profundizar el abordaje biopsicosocial, ofreciendo un cuidado basado en la dignidad, la equidad y la justicia.

Conclusiones

La Atención Médica Domiciliaria (AMD) representa mucho más que un servicio de salud; es el retorno a la esencia del cuidado, es una respuesta estratégica y profundamente humanista a los grandes retos de nuestro tiempo. En una población que envejece, con aumento de las enfermedades crónicas, la utilización e implementación de este modelo propone llevar la calidad hospitalaria al refugio de la familia, pues es allí donde la cotidianidad y el amor filial generan un ambiente de seguridad y confort. No se trata de una simple visita, sino de construir un ambiente sin muros, donde los procesos de sanación se integran con la vida, en el entorno que da soporte y sentido a la existencia del paciente.

No obstante, el corazón de este modelo se conduce al ritmo de la Medicina Familiar, puesto que, para esta especialidad, la AMD es la máxima expresión de sus principios. Sin duda, el compromiso del Médico de Familia no termina en la puerta del consultorio; se extiende a cualquier espacio que el paciente requiera, sea un ambiente hospitalario o de manera crucial su domicilio. En el caso que la necesidad de atención sea en el hogar, al cruzar este umbral, el médico accede a una comprensión holística que ninguna historia clínica puede revelar por completo: las dinámicas familiares, las condiciones de vida, los soportes y las barreras reales. Es en esta situación donde el hogar deja de ser un simple escenario para convertirse en una poderosa herramienta terapéutica.

Ahora bien, para que esta visión se materialice exitosamente, se requiere una organización de cuidados perfectamente dirigida. Siendo solo es posible a través de un equipo multidisciplinario sólidamente coordinado, donde el médico de familia, el personal de enfermería, el trabajador social y los terapeutas trabajan sinérgicamente, compartiendo objetivos y un lenguaje común. De allí que, cada visita debe ser una pieza de un plan de cuidados más amplio, meticulosamente planificada, ejecutada con rigor y registrada de manera sistemática para garantizar la continuidad y evitar la fragmentación de la atención.

Cabe destacar que, a medida que la AMD evoluciona, se enfrenta cada vez más al desafío de equilibrar la avasallante tecnología con la sensibilidad humana. La inclusión de herramientas como la telemedicina y el monitoreo remoto de signos vitales ofrecen enormes oportunidades para hacer el cuidado más eficiente, proactivo y moderno. Sin embargo, en su implementación no se puede perder de vista la delicadeza que exige entrar en la intimidad de una familia. Preservar la autonomía del paciente, la confidencialidad en un espacio compartido, así como los dilemas éticos que surgen en la cotidianidad del cuidado, son aspectos que demandan una reflexión e introspección constante, basados en la profunda sensibilidad que deben tener los profesionales.

Finalmente, la Atención Médica Domiciliaria dejó de ser una opción, para transformarse en

un pilar indispensable sobre el que se edificará la sanidad del futuro. Por lo que su éxito no dependerá únicamente de la tecnología o de los modelos de gestión, sino de una propuesta decidida por formar profesionales que combinen la más alta pericia científica con un humanismo inquebrantable, confianza y acompañamiento en el lugar donde la vida ocurre, garantizando un cuidado basado en la dignidad, la equidad y la justicia y hacia allá vamos.

Referencias bibliográficas

1. Acosta, M., & García, P. (2023). Telemonitorización y seguridad del paciente en el modelo Hospital en Casa: una revisión sistemática. Revista Española de Salud Pública, 97(4), e202304005.

2. Arana, E., Soto, L., & Torres, J. (2022). Competencias profesionales para la atención domiciliaria integrada: un marco de referencia. Atención Primaria y Comunidad, 29(2), 112–120.

3. Arroyo de la Rosa, A. (2019). Guía de Atención Domiciliaria: Pura atención primaria. Atención Primaria. https://www.elsevier.es/es-revista--atencion-primaria-27-articulo-guia-atencion-domiciliaria-pura-atencion-S0212656719304743

4. Bibiano-Guillén, C., Mir-Montero, M., Rodríguez-Rodríguez, B., Vinat-Prado, S., Sánchez-Pérez, M., & Pantoja-Zarza, M. C. (2025). Implementación de una unidad de corta estancia virtual domiciliaria: viabilidad, seguridad y satisfacción. Emergencias, 37, 309–317.

5. Briceño-Iragorry, L. (2005). José Gregorio Hernández, su faceta médica (1864-1919). Gaceta Médica de Caracas, 113(4), 519-522.

6. Buedo, P., & Salas, M. (2020). Atención de la salud en domicilio: Aportes desde la bioética. Revista Latinoamericana de Bioética, 19(37-2), 9-18. https://doi.org/10.18359/rlbi.3619

7. Cabanes, D., Vallverdú, J., Zhang, X., Albert, R. M., Carbonell, E., & Weiner, S. (2010). Microphytolith evidence for hearths and plant use in the Middle Palaeolithic site of Abric Romaní (Barcelona, Spain). Journal of Archaeological Science, 37(12), 3191-3204. https://doi.org/10.1016/j.jas.2010.07.025

8. Casallas Contreras, M. A., Condia Lopez, A. M., Medina Cruz, D. A., & Torres Velasquez, L. (2006). Caracterización de la visita domiciliaria como técnica de intervención de trabajo social en instituciones de salud, empresas y comisarías de familia de Bogotá, D.C. [Universidad de La Salle]. https://ciencia.lasalle.edu.co/trabajo_social

9. Consell de Treball, Econòmic i Social de Catalunya. (2018). Integración de la atención social y sanitaria (Colección Estudios e Informes, 51).

10. Díaz, R., Márquez, F., & Núñez, S. (2024). Impacto de la transición demográfica en la demanda de servicios de atención a largo plazo y domiciliaria. Revista Latinoamericana de Gerontología, 10(1), 45–60.

11. Echeverría, I., & Ruiz, M. (2021). La escala de Zarit y la eficacia de las intervenciones de apoyo al cuidador en cronicidad. Gerokomos, 32(3), 130–135.

12. Farfán-Salazar, G. (2023). El lado brillante de la consulta a domicilio en Medicina Familiar. Revista Mexicana de Medicina Familiar, 10(1). https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2696-12962023000100001

13. Fernández, S., & López, A. (2023). Estrategias de prevención de reingresos hospitalarios en pacientes con insuficiencia cardíaca y EPOC manejados en el domicilio. Medicina Clínica, 160(6), 260–267.

14. Fundación Edad&Vida & Fundación Tecnología y Salud. (2023). Modelo de futuro: Tecnología domiciliaria para el apoyo de la atención social y sanitaria (Proyecto HomeCare). Fundación Edad&Vida.

15. Gómez, J., Arias, L., & Castro, M. (2022). Desafíos éticos en la toma de decisiones compartida en el cuidado domiciliario complejo. Revista de Bioética y Derecho, 55, 103–118.

16. Greenhalgh, T., Wherton, J., Papoutsi, C., Lynch, J.,Hughes, G., A'Court, C., Hinder, S., Fahy, N., Procter, R., & Shaw, S. (2017). Beyond Adoption: A New Framework for Theorizing and Evaluating Nonadoption, Abandonment, and Challenges to the Scale-Up, Spread, and Sustainability of Health and Care Technologies. Journal of Medical Internet Research, 19(11), e367. https://doi.org/10.2196/jmir.8775

17. Herrera, C. (2023). La fragmentación de datos en la atención domiciliaria: hacia la interoperabilidad socio-sanitaria. Cuadernos de Gestión Sanitaria, 8(3), 15–28.

18. Lara, B., & Pinto, D. (2020). Revisión de intervenciones para la gestión de la polifarmacia en pacientes crónicos en el hogar. Farmacia Hospitalaria, 44(4), 167–175.

19. Másteres CEU San Pablo. (2024, 18 de noviembre). Los nuevos modelos de atención domiciliaria. Blog Universidad CEU San Pablo.

20. Mauro, A. D., Cucolo, D. F., & Perroca, M. G. (2022). Investigar la práctica y el tiempo estimado por enfermeros de Atención Primaria a la Salud para realizar acciones de continuidad del cuidado tras el alta hospitalaria. Cadernos EBAP. https://doi.org/10.1590/ce.v30i0.95970es

21. Melguizo Jiménez, M., & García Caballos, M. (2022). Reflexiones sobre el futuro de la atención domiciliaria. Prioridades a corto y a medio plazo. Atención Primaria, 54(4), 102374. https://doi.org/10.1016/j.aprim.2022.102374

22. Mias Carballal, M. C., Villalobos Mori, R., Escartín Arias, A., Maestre González, Y.,Fulthon Vela Polanco, F., Ribalta Reñé, R., Rufas Acín, M., & Olsina Kissler, J. J. (2023). Hospitalización a domicilio para pacientes quirúrgicos ante una pandemia por SARS-CoV-2: nuestra experiencia. Hospital a Domicilio, 7(1), 11-24. https://doi.org/10.22585/hospdomic.v7i1.182

23. Molina, M., Pérez, E., & Ortiz, G. (2021). Modelos de gestión de casos para pacientes complejos y su impacto en la utilización de recursos sanitarios. Gaceta Sanitaria, 35(5), 450–457.

24. Mondragón-Barrios, L. (2009). Consentimiento informado: Una praxis dialógica para la investigación. Revista de Investigación Clínica, 61(1), 73-82.

25. Navarro, F., & Gil, P. (2024). Calidad de vida y resultados en cuidados paliativos domiciliarios: una evaluación de indicadores clave. Enfermería Clínica, 34(2), 98–105.

26. OECD. (2022). Building a resilient health workforce in the context of population ageing. OECD Publishing.

27. Peres, G. M., More, C. L. O. O., & Motta, C. C. L. da. (2022). Dilemas éticos atribuidos a la visita domiciliaria: Perspectiva de los profesionales de la asistencia social. Psicologia: Teoria e Prática, 24(3).

28. Pérez, D., & Ruiz, T. (2021). El rol del trabajador social como gestor de recursos comunitarios en equipos multidisciplinarios de atención domiciliaria. Trabajo Social y Salud, 93, 50–65.

29. Quiroga, A., & Sanz, V. (2022). Protocolos y listas de verificación en la visita domiciliaria: estandarización para la seguridad clínica. Revista de Calidad Asistencial, 37(1), 50–55.

30. Ramírez, J., & Velasco, I. (2023). Análisis de costos: la eficiencia económica de los programas de hospitalización a domicilio frente a la hospitalización tradicional. Economía y Salud, 28(2), 110–125.

31. Saldarriaga, N. A. H., & Morales, G. H. (2019). Atención de la salud en domicilio: Aportes desde la bioética. Revista Latinoamericana de Bioética, 19(2).

32. Sánchez, G., & Herrero, V. (2024). La satisfacción del paciente con las videollamadas estructuradas en el contexto de la atención domiciliaria. Telemedicina y eSalud, 5(1), 30–45.

33. Serrano-Martin, M. B., Velasco-Torres, M. L., Sanfiz-Cancela, M. C., Moreno-Matamoris, C., & Gracia-Vega, L. (2024). Experiencia de la administración de hierro endovenoso en hospitalización a domicilio mediante elastómeros. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2530-51152024000100002

34. Snoswell, C. L., Chelberg, G., De Guzman, K. R., Haydon, H. H., Thomas, E. E., Caffery, L. J., & Smith, A. C. (2023). The clinical effectiveness of telehealth: A systematic review of meta-analyses from 2010 to 2019. Journal of Telemedicine and Telecare, 29(9), 669-684. https://doi.org/10.1177/1357633X211022907

35. Soler, M. (2019). Satisfacción de los usuarios con la atención domiciliaria de atención primaria según el modelo organizativo. Atención Primaria, 51(10), 629-638.

36. Starr, P. (1982). The Social Transformation of American Medicine. Basic Books.

37. UNESCO. (2021). Informe sobre el cuidado centrado en la persona y la tecnología. UNESCO Ediciones.

38. Valois-Nuñez, C. (2011). Intimidad, confidencialidad y dilema ético: A propósito de un caso. Portularia, XI(2), 105-114.

39. Vegesna, A., Tran, M., Angelaccio, M., & Arcona, S. (2017). Remote Patient Monitoring via Non-Invasive Digital Technologies: A Systematic Review. Telemedicine Journal and E-Health: The Official Journal of the American Telemedicine Association, 23(1), 3-17. https://doi.org/10.1089/tmj.2016.0051

40. Véliz Gutiérrez, J. A., Pérez Díaz, N., Sanabria Negrín, J. G., Concepción Pérez, N. S., & Lorenzo Rodríguez, Y. (2011). Impacto socioeconómico y extensionista del ingreso domiciliario en la Atención Primaria. Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río, 15(4), 102–115.

41. WHO. (2020). Integrated care for older people (ICOPE) implementation framework. World Health Organization.

42. Zuliani Arango, L. A. (2015). Visita domiciliaria familiar: Estrategia didáctica para la formación integral del personal médico. Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud, 13(2).

Capítulo 18
Atención Primaria Orientada a la Comunidad (APOC)

MIGUEL ÁNGEL SUÁREZ CUBA
MÉDICO FAMILIAR SOCIEDAD BOLIVIANA DE MEDICINA FAMILIAR

Correo electrónico: sucumian@gmail.com

«La salud de muchos no es sino la suma de la de cada uno.»
—Vaughan

«Los problemas de salud de todos los países son idénticos, y su solución es la misma: la participación de la gente.» —G. Sterky

El objetivo de las siguientes páginas es abrir la discusión en torno a la Atención Primaria Orientada a la Comunidad (APOC) como un enfoque práctico y contextualizado para pensar y construir salud en escenarios complejos. Frente a sistemas sanitarios tensionados por profundas desigualdades sociales y territoriales, se propone una visión integral y actualizada que articula personas, familias, comunidades y equipos de salud. El APOC se presenta aquí no solo como un marco conceptual, sino como una herramienta operativa capaz de orientar decisiones clínicas, organizacionales y comunitarias, con el objetivo de contribuir de manera efectiva y sostenible a la mejora de la salud poblacional.

A lo largo del capítulo se desarrollan herramientas conceptuales y metodológicas orientadas a su implementación en contextos locales diversos, poniendo en el centro la reducción de inequidades en salud. Asimismo, se muestra cómo el APOC fortalece la docencia en medicina familiar, al anclar los procesos formativos en el territorio y en la experiencia comunitaria, y cómo contribuye a consolidar relaciones más sólidas, colaborativas y significativas entre los equipos de salud y las comunidades a las que sirven.

Introducción

La APOC (Atención Primaria Orientada a la Comunidad) representa un pilar esencial dentro de la Medicina Familiar y Comunitaria, se constituye en un modelo de trabajo que va más allá de la consulta individual situando a la comunidad y sus determinantes sociales de la salud en el centro de la práctica clínica y de salud pública.

La APOC no es solo una técnica, sino un método que implica que el equipo de salud asuma la responsabilidad del cuidado de una población definida, basándose en la identificación epidemiológica de sus necesidades. Propone la transición del enfoque biomédico tradicional —también llamado enfoque de déficit o de enfermedad— hacia uno biopsicosocial y salutogénico —enfoque de activos—. El primero se caracteriza por ser: (1) patologista, centrado en la enfermedad y su causa biológica; (2) reduccionista, en búsqueda de una causa única y directa; (3) dicotómico, con separación entre mente y cuerpo; (4) curativo, con preponderancia de la cura sobre la prevención; y (5) objetivante, en tanto trata al paciente como objeto de tratamiento. El segundo, en cambio, es: (1) holístico, al integrar factores biológicos, psicológicos y sociales; (2) contextualizador, al individualizar la atención según el contexto del paciente; (3) salutogénico, al preguntarse qué genera salud y no solo qué causa enfermedad; y (4) promotor, al potenciar los recursos de salud disponibles en la persona y la comunidad.

Definiciones

“Un modo de practicar la medicina y la enfermería, o de prestar servicios de atención primaria, que se centra en los cuidados al individuo que está sano o enfermo, o en riesgo de padecer una dolencia o una enfermedad, centrándose también en la promoción de la salud de la comunidad en su conjunto o en los subgrupos que la integran.” (Kark SL, Kark E.)

“La práctica de la atención primaria con responsabilidad poblacional, orientada a la mejora de la salud de una comunidad definida, basada en la identificación de las necesidades de salud y las acciones de atención correspondientes, con la progresiva participación de la comunidad y con la coordinación de todos los servicios implicados en la salud de la comunidad o en sus determinantes.” (Foz G, Gofin J, Montaner I.).

Este enfoque se sustenta en un marco conceptual que integra:

1. El Modelo Biopsicosocial: Para comprender al individuo en su contexto.
2. La Ecología de la Salud: Para entender las interacciones entre personas, entornos y salud.
3. Los Determinantes Sociales de la Salud (DSS): Como factores estructurales clave que explican la distribución desigual de la salud y la enfermedad.
4. La Participación Comunitaria y el Empoderamiento: Como ejes transversales del proceso.

Origen y desarrollo

El modelo APOC surgió en la década de 1940 en Pholela, Sudáfrica, y posteriormente en el Centro de Salud Comunitaria de la Escuela de Salud Pública y Medicina Comunitaria de Hadassah, Jerusalén, de la mano de los esposos Sidney Kark y Emily Kark, quienes constataron que los servicios médicos tradicionales no modificaban de forma significativa la salud de la población. Se sustenta en tres principios: clínica médica de alto nivel, rigor metodológico y un alto componente social; busca la transición de un modelo patologista y reduccionista hacia uno biopsicosocial.

Sus principales características:

1. Consideración de la comunidad como un todo. La comunidad no es un objeto de estudio pasivo, sino un socio activo en la identificación de problemas y búsqueda de

soluciones.

2. Reconocimiento de que los comportamientos sociales y culturales son componentes esenciales para la valoración del estado de salud y de la planificación asistencial.

3. Equipo de salud capacitado para proveer atención integral de salud.

4. Uso de la epidemiología como el instrumento para el análisis de los determinantes de la salud; recolecta datos sistemáticos que permiten ver patrones más allá del paciente individual.

5. La evaluación de la atención y aplicación de la enseñanza e investigación como elementos integrales de la salud.

6. Inclusión de la información sobre el hábitat y el entorno como parte integral para el diagnóstico comunitario.

7. Enfoque en el denominador: Mientras que la medicina tradicional se enfoca en el numerador (quienes buscan atención), la APOC se preocupa por el denominador (toda la población en riesgo, incluyendo a quienes no acceden a los servicios).

Implementar la APOC no es un acto puntual, sino un proceso cíclico y dinámico que requiere planificación y compromiso del equipo. Sus fases principales incluyen:

1. Compromiso y Sensibilización: Del equipo de salud y de la comunidad. Implica formación en APOC y establecimiento de alianzas iniciales.

2. Organización del Proceso: Designación de responsables, definición de la comunidad de referencia (zona básica de salud, barrio, etc.) y planificación de recursos y tiempos.

3. Ejecución del Círculo del APOC: Puesta en marcha del ciclo de diagnóstico, priorización, intervención y evaluación.

4. Institucionalización y Sostenibilidad: Integración de las actividades del APOC en la planificación regular del centro de salud y búsqueda de financiamiento estable.

Principios fundamentales de la APOC

La APOC se guía por un conjunto de principios irrenunciables que orientan su práctica.

1. Responsabilidad por la salud de una población definida (incluye a personas sanas y enfermas, no solo a las que acuden a la consulta);
2. Atención basada en necesidades de salud reales de la comunidad identificadas a nivel poblacional (considera los determinantes de la salud);
3. Priorización de problemas: permite que el equipo de salud y los miembros de la comunidad decidan cuáles son los problemas prioritarios;
4. Programa de intervención integral (cubre la promoción, prevención, curación, rehabilitación).
5. Participación comunitaria como elemento esencial (trabaja con la comunidad, no solo en la comunidad). La comunidad es la unidad de análisis e intervención principal.
6. Equidad: busca reducir las brechas injustas y evitables en salud, dirigiendo sus esfuerzos a los grupos más vulnerables.
7. Intersectorialidad: reconoce que los problemas de salud complejos requieren acciones coordinadas con educación, servicio social, etc.
8. Interdisciplinariedad: el equipo de salud trabaja en forma coordinada, integrando saberes.
9. Proximidad y accesibilidad: se actúa en el territorio, conociendo su idiosincrasia y barreras.
10. Evidencia científica y local: combina el mejor conocimiento científico disponible con el conocimiento experiencial y contextual de la comunidad.

Características de un Servicio APOC

Las características de un servicio APOC dependen del sistema de salud específico en el que se desarrolla, de su organización y de los recursos con los que cuenta.

1. Accesibilidad: identificación y reducción de las barreras a la accesibilidad geográfica, económica, religiosa, cultural y de comunicación.

2. Atención integral: identificación y abordaje de las dimensiones biológica, psicológica y social tanto de los individuos, las familias y la comunidad.

3. Equipo multidisciplinario: las diversas necesidades de salud requieren la participación de diferentes disciplinas —como la epidemiología, las ciencias sociales y del comportamiento—, en función de los recursos disponibles.

4. Extensión: trabajo fuera del centro de salud, con identificación de los determinantes de salud del microentorno (vivienda, entorno familiar y recursos disponibles a nivel de barrio).

5. Enfoque proactivo: identificación de las necesidades asistenciales a nivel comunitario e inicio congruente de la otorgación de la atención de salud.

6. Cooperación intersectorial: el abordaje de los problemas de salud de una comunidad puede requerir la coordinación y cooperación con otros sectores (educación, servicio social, etc.).

Niveles de desarrollo de la APOC

Las organizaciones no adoptan la APOC de manera inmediata, sino a través de un proceso progresivo. Nutting describe tres niveles de desarrollo:

Nivel 0: Práctica clínica tradicional sin orientación comunitaria.

Niveles intermedios: Prácticas que comienzan a utilizar datos de la propia base de pacientes para la toma de decisiones.

Nivel avanzado: Integración plena en la que las decisiones clínicas y de salud pública se basan en un conocimiento profundo y actualizado de toda la comunidad.

Metodología del APOC

La metodología del APOC implica el uso de la epidemiología para el análisis de las necesidades de salud, sus determinantes y la identificación de grupos en riesgo; y de las ciencias sociales y del comportamiento para el análisis y comprensión de las dimensiones individuales y comunitarias de la salud y la atención sanitaria.

El ciclo de trabajo del APOC: Proceso sistemático continuo.

1. Definición y caracterización de la comunidad: analizar la demografía, los determinantes sociales y los recursos del territorio. Implica identificar quién es la «comunidad de interés», sin limitarse a los pacientes que acuden al consultorio, sino considerando a toda la población de un área geográfica o con características comunes.

2. Priorización de problemas: proceso compartido para decidir dónde actuar primero, con base en la importancia, la factibilidad y la efectividad.

3. Diagnóstico comunitario: análisis selectivo y profundo del problema priorizado para entender sus determinantes y establecer una línea de base, mediante el análisis de datos epidemiológicos, encuestas o participación comunitaria.

4. Planificación e implementación de la intervención: diseño de acciones basadas en evidencia y el contexto, con participación de todos los actores sociales. Diseñar programas específicos para abordar los problemas identificados.

5. Evaluación y vigilancia: medición del impacto de la intervención en la salud de la comunidad para realizar ajustes y tomar decisiones.

6. Re-examen de la situación: reflexión sobre los resultados para decidir la continuidad, modificación o inicio de un nuevo ciclo.

Preguntas base del APOC

Para guiar el proceso de diagnóstico y reflexión, el equipo debe responder de forma sistemática a estas preguntas clave.

1. ¿Qué problemas de salud (físicos, mentales, sociales) tiene nuestra comunidad? (descripción epidemiológica).

2. ¿A quiénes afectan principalmente? (identificación de grupos vulnerables o en riesgo).

3. ¿Por qué se producen estos problemas? (análisis causal de los determinantes inmediatos, intermedios y estructurales)

4. ¿Qué hacemos y qué se hace desde el centro de salud y otros sectores? (evaluación de recursos, actividades y brechas).

5. ¿Qué más podemos hacer? (propuesta de intervenciones factibles, innovadoras y participativas).

6. ¿Cómo lo vamos a hacer? (plan de acción: objetivos, actividades, responsables, plazos, recursos).

7. ¿Cómo sabremos si lo logramos? (definición de indicadores de proceso y resultado para la evaluación).

Matriz de priorización de problemas en la APOC

Una vez realizado el diagnóstico de problemas de salud comunitarios, es necesario priorizarlos. Una de las herramientas disponibles para ello es la matriz multicriterio, en la que cada criterio se califica como: 1 (bajo), 2 (medio) o 3 (alto); la suma de puntuaciones guía la decisión.

Criterios	Magnitud (cantidad de personas afectadas por el problema).	Gravedad (impacto, discapacidad o mortalidad que genera)	Vulnerabilidad del Grupo afectado (capacidad técnica para resolver el problema)	Sentimiento de preocupación comunitaria.	Factibilidad Técnica y de Recursos (viabilidad económica, política, legal y aceptación comunitaria)	Puntuación Total
Hipertensión arterial	3	3	2	1	3	12
Diabetes mellitus	3	3	2	1	3	12
Soledad en adultos mayores	3	3	3	2	3	14

Impacto de una APOC

1. Mejora de la salud: disminución de la prevalencia de enfermedades infecciosas y crónicas.

2. Uso eficiente de recursos: disminución de hospitalizaciones.

3. Promoción de la salud: cambios en los factores de comportamiento.

4. Mejora del sistema: facilita el trabajo en equipo y sistematiza la práctica profesional.

APOC y Medicina Familiar

La medicina familiar se considera como la especialidad que conforma la base de la APOC, principalmente por su enfoque biopsicosocial del individuo y la familia, aunque no siempre cubre la dimensión comunitaria.

La Organización Mundial de Médicos de Familia recomendó, en la Declaración de Durban, el desarrollo de un enfoque orientado a la comunidad, haciendo hincapié en la integración de la atención primaria de salud, la salud pública, la práctica clínica y el desarrollo comunitario.

Equipo de salud y APOC

El médico de familia y la enfermera conforman el núcleo básico del equipo para una consulta de APOC. Otros miembros que conforman el equipo pueden ser el epidemiólogo, el estadístico, trabajador social, nutricionista, psicólogo, educadores, promotores de salud, entre otros más, su participación estará condicionada a las necesidades del programa.

La composición del equipo va a variar en función del lugar, el problema de salud a abordar, el programa a desarrollar y los recursos existentes.

El equipo de salud atenderá las necesidades de salud de las personas, la familia y de la comunidad. Por una parte, prestará asistencia a las personas enfermas por una parte y por otra realizará actividades de prevención de las enfermedades y promoción de la salud de los miembros de la comunidad.

Reflexión final

La APOC conecta la práctica clínica con la realidad comunitaria, ofreciendo un modelo que humaniza la atención y fortalece la docencia.

La APOC es el modelo integrador que permite al sistema de salud pasar de una actitud reactiva a una proactiva. A través de sus fases (desde el examen preliminar hasta la evaluación continua), la APOC garantiza que los servicios de salud sean pertinentes para la realidad del territorio.

La práctica diaria del médico familiar está, en general, confinada a las cuatro paredes del consultorio, bajo la presión de agendas saturadas y la demanda asistencial inmediata. Sin

embargo, la realidad comunitaria nos enseña que los problemas que vemos en consulta (la descompensación de una diabetes, la crisis de ansiedad de un adolescente o la malnutrición infantil) son solo la "punta del iceberg" de procesos sociales profundos.

Conclusión y perspectivas futuras

La APOC no es una opción, sino una responsabilidad ética y profesional de la Atención Primaria en el siglo XXI. Frente a la complejidad de los problemas de salud, el aumento de las enfermedades crónicas y las profundas inequidades sociales, un enfoque puramente curativo e individual resulta insuficiente. La APOC ofrece un camino para que los equipos de salud se conviertan en agentes de cambio en sus territorios, construyendo salud junto con la comunidad.

Los desafíos futuros incluyen fortalecer la formación en APOC en el pregrado y posgrado, desarrollar sistemas de información que integren datos clínicos y comunitarios, y fomentar políticas públicas que apoyen y financien este trabajo esencial. La investigación en APOC, especialmente la evaluación de sus impactos en salud y equidad debe seguir creciendo. En un mundo en constante cambio, la APOC asegura que la Atención Primaria mantenga su relevancia, su efectividad y, sobre todo, su compromiso con la justicia social.

Referencias

Villalbí JR, Pasarín M, Montaner I, Cabezas C, Starfield B. Evaluación de la atención primaria de salud [Evaluation of primary health care]. Aten Primaria. 2003;31(6):382-5. Spanish. doi: 10.1016/s0212-6567(03)70703-3. PMID: 12716574; PMCID: PMC7681685.

Gofin J, Gofin R. Salud comunitaria global: principios, métodos y programas en el mundo. Barcelona: Elsevier España; 2012.

Gofin J, Montaner I, Foz G. Metodología de la Atención Primaria Orientada a la Comunidad (APOC): elementos para su práctica. RCEAP. 2008;16:1-8..

Gofin J, Gofin R. Atención primaria orientada a la comunidad: un modelo de salud pública en la atención primaria. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health. 2007;21(2/3):177-85

Gofin J. La orientación comunitaria de la atención primaria: un legado del Prof. S.L. Kark (1911-1998) Aten Primaria. 1999;23:97-103

Botello B, Hernan-Garcia M, Cofiño R. Trabajar con los activos de salud de una comunidad. En: Hernández-Aguado I, Lumbreras Lacarra B. Manual de epidemiología y salud pública para grados en ciencias de la salud. 3ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2018.

Gavilán E, Jiménez de Gracia L, Olivero J. Docencia e investigación en atención primaria orientada a la comunidad: la experiencia de dos residentes españoles en Argentina Aten Primaria. 2006;37(9):514-6

Nutting PA. Community-Oriented Primary Care: From Principle to Practice. Albuquerque, NM: University of New Mexico Press; 1990.

Sánchez E, Perez A, et al. La priorización comunitaria en el programa Barcelona Salut als Barris. Gac Sanit. 2018;32(2):187–192

Bernal-Ordoñez LK, Niño-Gutiérrez EL, Casanova ML, Treviño-del Campo F, Rodríguez A, Jiménez-García DA. Participación y empoderamiento comunitario en la atención primaria en salud en América Latina: revisión sistemática exploratoria. Rev Panam Salud Publica. 2024;48:e135. https://doi.org/10.26633/RPSP.2024.135

García-Blanco D, Cubillo-Llanes J. Orientación comunitaria en los equipos de atención primaria. Atención Primaria Práctica 5 (2023) 100165

Suarez-Bustamante M. Especializarse en Atención Primaria y Medicina Familiar (Vol. 1). Contenidos docentes acordes a las reformas sanitarias Latinoamericanas. Seattle: KPD Amazon; 2019

Rodríguez Pérez J, Pérez García M. Atención a la comunidad. Intervención y participación comunitarias. Exclusión social. En: Cabrera de León A, editor. Manual de Medicina Familiar y Comunitaria. 1ª ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2022. p. 145-156.

Palabras al Cierre

DRA. ALEJANDRA QUIROZ URZÚA

DIRECTORA DE POSGRADO. ESCUELA DE MEDICINA UNIVERSIDAD DIEGO PORTALES

La Medicina Familiar y Comunitaria desplegada en las páginas de este libro, no es simplemente una especialidad médica más dentro del entramado sanitario; es una forma de comprender la salud desde su raíz más compleja y humana. A lo largo de sus capítulos hemos transitado por la historia y la consolidación de la especialidad en Chile e Iberoamérica, por los fundamentos del modelo biopsicosocial, por el valor estratégico de una Atención Primaria robusta y por la potencia del enfoque sistémico aplicado a la familia. Hemos revisado experiencias locales latinoamericanas, reflexiones teóricas y desafíos contemporáneos que configuran un horizonte exigente, pero profundamente esperanzador.

Uno de los ejes centrales es la convicción de que la salud no puede entenderse fuera del territorio. El Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria ha mostrado que lo clínico y lo comunitario no son dimensiones opuestas, sino complementarias. La consulta se expande hacia el hogar, el barrio y la red social; la visita domiciliaria se convierte en acto clínico de alta densidad; el equipo de cabecera se transforma en sostén relacional y no solo en proveedor de prestaciones. En este marco, la Medicina Familiar aparece como una disciplina capaz de articular continuidad, integralidad y coordinación del cuidado en contextos de creciente complejidad social.

El libro ha insistido también en que la familia constituye el primer sistema de cuidado y, muchas veces, el escenario donde se originan y se resuelven los procesos de enfermedad. Incorporar herramientas como el genograma, comprender la dinámica relacional, reconocer mitos familiares y trayectorias migratorias no es un ejercicio accesorio, sino un componente esencial de la eficacia clínica. Allí donde el síntoma parece exclusivamente biológico, suele existir una trama vincular que modula su aparición, su persistencia o su resolución. Entender esta dimensión permite reducir la medicalización innecesaria, mejorar la adherencia terapéutica y evitar intervenciones fragmentadas.

Asimismo, se ha destacado que la especialidad enfrenta desafíos ineludibles: el envejecimiento poblacional, la multimorbilidad, la crisis de salud mental, las inequidades persistentes y la transformación digital de los sistemas sanitarios. La formación de especialistas deberá integrar con mayor profundidad competencias en geriatría, cuidados paliativos y salud mental, áreas que encuentran en la Atención Primaria su escenario natural. Del mis-

mo modo, el trabajo interprofesional emerge como condición estructural para abordar los determinantes sociales de la salud y responder de manera integral a las necesidades de las comunidades.

Sin embargo, ningún proyecto disciplinar puede sostenerse únicamente en convicciones normativas. Aquí radica uno de los mensajes más relevantes de esta obra: la necesidad impostergable de investigar en Medicina Familiar. Investigar no es un ejercicio periférico reservado a centros académicos distantes de la práctica cotidiana; es una responsabilidad ética inherente al quehacer clínico. La Atención Primaria genera diariamente una enorme cantidad de experiencias, intervenciones y aprendizajes que deben transformarse en conocimiento sistemático. Evaluar programas comunitarios, medir impacto en continuidad del cuidado, analizar resultados en salud mental o estudiar estrategias de reducción de hospitalizaciones evitables son tareas que fortalecen la legitimidad científica de la especialidad.

Producir evidencia situada permite además dialogar en igualdad de condiciones con otras disciplinas, influir en políticas públicas y defender con rigor presupuestario el lugar estratégico de la Atención Primaria. La investigación en Medicina Familiar tiene la virtud de capturar aquello que a menudo queda invisibilizado en estudios hospitalarios: la trayectoria longitudinal de las personas, la complejidad de la multimorbilidad, el peso de las condiciones sociales y la potencia transformadora del vínculo terapéutico. Convertir la experiencia territorial en conocimiento transferible es, por tanto, una forma de justicia epistémica.

El futuro de la Medicina Familiar dependerá de su capacidad para integrar ciencia, territorio y humanidad sin sacrificar ninguna de estas dimensiones. En un mundo sanitario cada vez más tecnificado, la verdadera innovación puede consistir en sostener la centralidad de la persona y su contexto, apoyándose en herramientas digitales pero sin renunciar al encuentro clínico. La disciplina está llamada a liderar modelos de atención que combinen eficiencia, equidad y humanización.

Estas páginas no cierran un debate; lo abren. Invitan a médicos y médicas, equipos de salud, gestores y académicos a asumir la Medicina Familiar como un proyecto colectivo en permanente construcción. Allí reside su fuerza y su responsabilidad histórica: cuidar personas, sostener familias, comprender comunidades y generar conocimiento que transforme realidades. Investigar, enseñar y practicar desde esta convicción no solo fortalece la especialidad; fortalece, en última instancia, la salud de nuestras sociedades.

udp UNIVERSIDAD DIEGO PORTALES

udp FACULTAD DE MEDICINA