

Medicina familiar y comunitaria en el Perú: 30 años de la especialidad en personas, familias y comunidades

Family and community medicine in Peru: 30 years of specialization in persons, families and communities

Zoila Romero-Albino^{1,a}, María Sofía Cuba-Fuentes^{1,a}

¹ Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima, Perú.

^a Profesor de medicina familiar, médico de familia y comunidad

An Fac med. 2019;80(4):511-4 / DOI: <https://doi.org/10.15381/anales.v80i4.16570>

Correspondencia:

Zoila Olga de los Milagros Romero
Albino
zoilara80@hotmail.com

Recibido: 20 de agosto 2019

Aceptado: 8 de noviembre 2019

Publicación en línea: 28 de diciembre 2019

Conflictos de interés: Los autores
declaran no tener conflictos de interés.

Fuente de financiamiento:

Autofinanciado

Citar como: Romero-Albino Z, Cuba-Fuentes M. Medicina familiar y comunitaria en el Perú: 30 años de la especialidad en personas, familias y comunidades. *An Fac med.* 2019;80(4):511-4 . DOI: <https://doi.org/10.15381/anales.v80i4.16570>

Resumen

La especialidad de medicina familiar y comunitaria cumple 30 años en el Perú, es considerada como la especialidad médica efectora de la atención primaria de salud y necesaria para el logro de mejores resultados sanitarios, a través del cumplimiento de atributos clave como integralidad, longitudinalidad, primer contacto y coordinación. Los médicos familiares están entrenados para proveer cuidado integral y responder efectivamente a la mayoría de necesidades de salud de la población en el primer nivel de atención; sin embargo, en el Perú el sector público no ha priorizado su inserción laboral hasta el momento. En este artículo se exponen las características de un especialista en medicina familiar y comunitaria, la situación en torno a estos en el Perú, y se describe cómo el colectivo de médicos de familia y comunidad podrían ayudar a conseguir un sistema de salud humano, equitativo y de calidad.

Palabras clave: Medicina familiar y comunitaria; Atención Primaria de Salud; Perú (fuente: DeCS BIREME).

Abstract

The specialty of family and community medicine turns 30 in Peru, this medical specialty is considered de effector primary health care and it is recognized as necessary for the achievement of better health outcomes, through the fulfillment of key attributes such as integrality, longitudinality, first contact and coordination. Family doctors are trained to provide comprehensive care and effectively respond to the majority of the population's health needs at the first level of care; however, in Peru the public sector has not prioritized its insertion in the public workforce so far. This article describes the characteristics of a specialist in family and community medicine, the situation around them in Peru, it is also described how the group of family and community doctors could help to achieve a human, equitable and health system quality.

Keywords: Family Practice; Primary Health Care; Peru (source: MeSH NLM).

INTRODUCCIÓN

Al hacer un recuento de eventos sustanciales que dieron origen a la especialidad de medicina familiar y comunitaria, destaca el periodo comprendido entre la Revolución Francesa y la Revolución Industrial, cuando surgió el término “médico de cabecera”, considerado como aquel profesional que realizaba la atención en el domicilio y se situaba en la cabecera de la cama del paciente ⁽¹⁾.

En el siglo XX, William Osler fundó las bases de la educación médica del siglo XIX, trayendo consigo el estudio de la relación médico-paciente ⁽²⁾. En esta época ya se podía identificar tres grandes influencias para la creación de la medicina familiar: la medicina social y humanista, la medicina científica y académica y la atención primaria como ámbito de actuación ⁽³⁾.

En Iberoamérica, a fines de la década de los 60 e inicios de los 70, se dio un primer impulso a la medicina familiar. En el caso de nuestro país, este proceso se llevó a cabo 10 años después, es así que el residentado médico para la formación de especialistas en medicina familiar se inició en el Perú en 1989 ^(4,5). Habiendo transcurrido 30 años desde que se inició la especialidad en el Perú y en pleno siglo XXI, sigue existiendo la duda de por qué es importante seguir apostando por esta especialidad; así, en el presente artículo presentamos una mirada del rol sustancial que cumplen los especialistas de medicina familiar y comunitaria, la situación y problemática, y el rol que cumple la Sociedad Peruana de Medicina Familiar y Comunitaria (SOPEMFYC).

DESARROLLO DEL TEMA

Características de un especialista en medicina familiar y comunitaria

A continuación, se detallan algunos aspectos relevantes sobre un especialista en medicina familiar:

a. Se visibiliza como punto crucial el cuidado de las personas en el ámbito de la comunidad, lo que hace desafiante, amplia y profunda la mirada que le da a la atención de las personas ⁽⁶⁾. Así, pone

en práctica habilidades y competencias en la salud de la población y la comunidad, considerando que el 80% de los resultados de salud son dependientes de los determinantes sociales, más que de la atención médica o del acceso. En ese sentido, al tener una mirada y atención más profunda puede visualizar aspectos que a simple vista pueden no ser considerados por otros profesionales ⁽⁷⁾.

b. Es contundente su rol hacia el alcance de la longitudinalidad, atributo de la atención primaria que definiera Bárbara Starfield, por lo cual, el interés de atención a las personas es a lo largo del curso de vida. Es así que, a través de este, se logra mejores resultados en salud y mayor satisfacción de las necesidades de las personas ⁽⁶⁾.

c. Uso de una mínima cantidad de procedimientos, tecnología y medicación innecesaria, siendo los médicos familiares los principales gestores del cambio hacia una atención libre de sobrediagnóstico y sobretratamiento ⁽⁶⁾.

d. Abogacía en favor de la equidad, por lo cual propugna la reforma de la salud en base a una atención primaria fuerte ⁽⁸⁾; o cuidados primarios de salud tendientes a reducir las brechas de inequidad, logrando con ello satisfacer las necesidades en salud, sobre todo de aquellos que más lo necesitan ⁽⁹⁾, evitando así el cumplimiento de la ley de cuidados inversos que fuera enunciada por Julian Tudor Hart en 1971 ^(10,11).

e. Enfoque integral por excelencia en el plano biopsicosocial y en todo ámbito de acción, por ello su expertis es mayormente clínico e investigador, con el fin de acordar las brechas existentes sobre todo a nivel nacional ⁽¹²⁾.

f. Enfoque en gestión, por lo cual, el camino a recorrer de los médicos de familia se centra en generar una verdadera reforma de salud, tanto si le toca actuar desde la micro, meso o macro gestión ⁽¹²⁾. Los sistemas de salud son instituciones sociales que cuando funcionan bien y son gestionados y financiados adecuadamente, contribuyen a la cohesión social y la estabilidad. Los sistemas de salud deben contar con especialistas hospitalarios, pero también deben tener médicos

de familia y comunidad, que conozcan a sus pacientes el tiempo suficiente y lo suficientemente bien como para brindar el cuidado de la salud en todas sus múltiples dimensiones, incluidas las necesidades mentales y espirituales ⁽¹³⁾.

Situación de los especialistas de medicina familiar y comunitaria en nuestro país

En el Perú, de acuerdo a la Superintendencia Nacional de Educación Superior Universitaria (SUNEDU), existen un total de 40 universidades que ofrecen la carrera de medicina humana, las cuales albergan un total de 33 635 estudiantes; en la actualidad, 24 han alcanzado el licenciamiento ⁽¹⁴⁾.

La especialidad de medicina familiar y comunitaria, tras su nacimiento en el año de 1989 se ha consolidado como tal, existiendo actualmente 21 universidades a nivel nacional que ofrecen esta especialidad en el residentado médico. Esta especialidad se gesta como parte de una iniciativa nacional a fin de fortalecer la atención primaria con profesionales con un enfoque holístico y centrado en las personas, en donde las acciones en promoción de la salud y prevención de la enfermedad son el foco principal, sin dejar de lado las acciones para un tratamiento y recuperación efectiva, logrando con ello, resolutivez de los problemas de salud de las personas ⁽⁵⁾.

Actualmente en el Perú existen 1106 médicos familiares, con las diversas denominaciones que se les ha dado a lo largo de los años, de acuerdo a lo señalado por el Colegio Médico del Perú ⁽¹⁵⁾, los mismos que se encuentran insertos dentro de los diferentes prestadores de salud, siendo menester señalar que la mayor parte de ellos se encuentran laborando en capitales de departamento. Para los 32 millones de peruanos, la cantidad de médicos familiares resulta insuficiente. En países que pertenecen a la Organización para la Cooperación y Desarrollo Económico (OCDE), existe un promedio de un médico de familia por cada 3000 habitantes, y 25% de las plazas de residentado médico se destinan al entrenamiento de los futuros médicos de fami-

lia ⁽¹⁶⁾; en el Perú, la proporción siempre es menor al 5%, existiendo actualmente 300 residentes en formación.

A continuación, se detallan algunos desafíos que evidencia esta especialidad médica:

a. Poco énfasis en el desarrollo de una atención primaria fuerte por parte del Estado, aun cuando tras la declaración de Astana los países se comprometieron al fortalecimiento de la misma ⁽¹⁷⁾; esto se hace evidente en el financiamiento en salud, dado que sólo países como Uruguay y Cuba en Latinoamérica destinan más del 6% de su PBI a salud. En el caso del Perú, sólo destina el 5,8% de su PBI ⁽¹⁸⁾, siendo paupérrima la situación de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS), sobre todo las que se encuentran en las zonas más alejadas del país.

No se dispone de datos relacionados al presupuesto asignado por el Ministerio de Salud (MINSA) para el primer nivel de atención; sin embargo, en el caso del Seguro Social de Salud (EsSalud), el presupuesto asignado para el primer nivel de atención corresponde al 12% del presupuesto anual y en el caso del segundo y tercer nivel al 39% y 49% respectivamente, aun cuando es en el primer nivel de atención en donde se encuentra la mayor concentración de la población y de IPRESS ⁽¹⁹⁾. Mejorar el presupuesto para el primer nivel implicaría intentar llegar al 25% del total de gastos en servicios de salud, a largo plazo esto se traduciría en un mejor control de la salud de las personas, con la consecuente disminución del gasto para el Estado. En el estudio de Kringos, se evidenció que la implementación de la estrategia de atención primaria en Europa estaba asociada con una mejor salud de la población, evitaba hospitalizaciones innecesarias y reducía las desigualdades socioeconómicas en la salud ⁽²⁰⁾.

b. Formación disímil de especialistas en medicina familiar y comunitaria, o descontextualizado de realidades tan complejas como las de la costa, sierra y selva del país, en donde el enfoque de género e intercultural forman parte de una gran variabilidad de aspectos a los que hace frente el especialista. Así, no se cuenta con un plan de estudios a nivel nacional que defina aspectos estándares

a esta especialidad. En países como Canadá, se establecen 7 roles como base para estos especialistas de medicina de familia: comunicador, colaborador, líder, abogacía en salud, académico, profesional y experto, este último como rol integrador de los anteriores ⁽²¹⁾; en base a estos roles se desarrollan los programas de formación.

Dentro de esta línea, se señala que la mayor parte de las universidades que ofertan esta especialidad, no cuentan con tutores especialistas en medicina familiar que aseguren el acompañamiento dentro de su proceso de formación, siendo más crítico en las otras regiones. De acuerdo al Reglamento de la Ley N°30453 del Sistema Nacional de Residentado Médico (SINAREME), D.S. 007-2017-SA, por cada 5 residentes debe haber un tutor. Para los actuales 300 residentes de medicina familiar, deberían existir 60 tutores a nivel nacional; sin embargo, son pocas las universidades que cumplen con este requisito establecido por SINAREME, no existiendo aun en el país departamentos de medicina familiar.

c. Escasa decisión política para consolidar una propuesta donde el efector de la atención primaria sea el profesional en medicina familiar; dispar a lo señalado por diversos estudios, como el de Macinko desarrollado desde el año 1990 al 2002 en 27 estados brasileños, en donde se midió el impacto del Programa de Salud Familiar en Brasil sobre la tasa de mortalidad infantil, encontrándose una disminución de la tasa de mortalidad infantil de 49,7 a 28,9 por 1000 nacidos vivos, siendo un hallazgo sustancial evidenciado en que un aumento del 10% en la cobertura con médicos familiares estaba asociado a una disminución del 4,5% en la tasa de mortalidad infantil ⁽²²⁾. Asimismo, en una revisión sistemática realizada en el año 2017, se encontró que el 81,8% de los estudios analizados, revelaban reducción de la mortalidad e incremento del cuidado continuo en la salud con médicos familiares o de cabecera ⁽²³⁾.

La exigua cantidad de convocatorias para plazas laborales por parte de los prestadores más grandes en el país, así como la poca capacidad de retención de los profesionales formados, hacen evi-

dente esta problemática. La no contratación de médicos de familia en el sector público refleja la poca importancia que se sigue dando a construir un primer nivel más resolutivo, repercutiendo en las personas y su capacidad de encontrar cuidado integral continuo y humanizado.

Aportes de la Sociedad Peruana de Medicina Familiar y Comunitaria

En el año 2000 se fundó la Sociedad Peruana de Medicina Familiar, General, Integral y Gestión en salud (SOPEMFIG), diez años después se fundó la Sociedad Peruana de Medicina Familiar y Comunitaria (SOPEMFYC). En estos años se han realizado 10 Congresos Nacionales de Medicina Familiar y Comunitaria, 1 Congreso Iberoamericano y 1 Seminario de Innovación de Atención Primaria (SIAP) ⁽²⁴⁾.

La SOPEMFYC ha cumplido el rol de congregar y acompañar a médicos de familia y residentes de medicina familiar y comunitaria en su formación continua, ha desarrollado alianzas con otras instituciones a fin de ampliar el rango de redes de colaboración, impulsa actividades académicas y de investigación con acompañamiento de expertos nacionales e internacionales, cumple además un rol de abogacía a favor de la atención primaria y de la medicina familiar; y es una organización que no acepta financiamiento de industria farmacéutica para sus eventos, buscando la toma de decisiones en favor de los pacientes y libre de presión económica.

Pese a las vicisitudes propias de un sistema de salud que requiere reformarse, la medicina familiar y comunitaria cumple 30 años en el Perú; son estos especialistas los que apuestan por un trabajo integral y centrado en las personas, familias y comunidades, consecuente a valores como son la equidad y solidaridad. Entonces, ¿por qué ser médico de familia y comunidad?. Muchas veces las personas se pierden fácilmente en el laberinto de la atención médica de alta tecnología, especializada y despersonalizada. Una relación a largo plazo que infunde confianza, representa el espíritu de los antiguos médicos de cabecera y hace un llamado a cambiar la salud de las personas y a forjar un país más equitativo, justo y solidario. Este es el antiguo pacto histórico entre

médicos y pacientes, y aquí es donde la salud y las profesiones médicas deben regresar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Rivero O, Marty I, Morales M, Salgado AE, Acosta N. Antecedentes históricos de la Medicina Familiar. *Mediciego*. 2010;16(2).
- Osler W. *Osler's Modern Medicine*. Philadelphia: Lea Brothers; 1907.
- Casado V. La historia de la Medicina Familiar en los últimos 50 años. Perspectiva mundial y europea. Actualización en Medicina de Familia. 2018;14(2):79-86.
- Abril-Collado R, Cuba-Fuentes M. Introducción a la Medicina Familiar. *Acta méd. peruana*. 2013;30(1):31-36.
- Suárez-Bustamante M. La medicina familiar en el Perú: evaluación y desafíos. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2008; 25(3):309-15.
- Lahad A, Bazemore A, Petek D, Phillips WR, Merenstein D. How can we change medical students' perceptions of a career in family medicine? Marketing or substance?. *Isr J Health Policy Res*. 2018;7(1):52. DOI: 10.1186/s13584-018-0248-6
- Lochner J, Lankton R, Rindfleish K, Arndt B, Edgoose J. Transforming a Family Medicine Residency Into a Community-Oriented Learning Environment. *Fam Med*. 2018;50(7):518-25. DOI: 10.22454/FamMed.2018.118276
- Acta Sanitaria [Internet]. Cómo mejorar el sistema sanitario (con atención primaria fuerte), 2017 [Fecha de acceso: 15 de agosto 2019]. Disponible en: <https://www.actasanitaria.com/como-mejorar-el-sistema-sanitario-con-atencion-primaria-fuerte/>
- González A, Padula MI, Tamez AR, Godoy AC, Barreto HM, Martins I, et al. Expansión de la medicina familiar en América Latina: desafíos y líneas de acción. *Rev Panam Salud Pública*. 2018;42:e149. DOI: <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.149>
- Hart JT. The Inverse Care Law. *Lancet*. 1971;1(7696):405-12. DOI: 10.1016/S0140-6736(71)92410-x
- Watt G. The inverse care law today. *Lancet*. 2002;360(9328):252-4. DOI: 10.1016/S0140-6736(02)09466-7
- Yakubu K, Colon-Gonzalez MC, Hoedebecke K, Gkarmiri V, Hegazy NN, Popoola OO. Meeting report: 'How do I incorporate research into my family practice?': Reflections on experiences of and solutions for young family doctors. *Afr J Prim Health Care Fam Med*. 2018;10(1):e1-e6. DOI: 10.4102/phcfm.v10i1.1640
- World Organization of Family Doctors [Internet]. La creciente importancia de la medicina familiar. Discurso de Atención Primaria en el Congreso Mundial de la Organización Mundial de Médicos de Familia (WONCA), 2013 [Fecha de acceso: 15 de agosto 2019] Disponible en: https://www.wonca.net/site/DefaultSite/filesystem/documents/miscellaneous/Dr_Chan%20espanol.pdf
- Superintendencia Nacional de Educación Superior Universitaria (SUNEDU) [Internet]. Avances y estatus del Licenciamiento, 2019 [Fecha de acceso: 18 de agosto 2019]. Disponible en: <https://www.sunedu.gob.pe/avances-licenciamiento/>
- Colegio Médico del Perú [Internet]. Conoce a tú médico, 2019 [Fecha de acceso: 18 de agosto 2019]. Disponible en: <https://www.cmp.org.pe/conoce-a-tu-medico/>
- Organisation for Economic Co-operation and Development OECD. Health at a Glance 2019: OECD Indicators. OECD Publishing: Paris; 2019.
- Organización Mundial de la Salud [Internet]. Declaración de Astaná. Global Conference on Primary Health Care, 2018 [Fecha de acceso: 20 de setiembre de 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration-sp.pdf>
- Petrera M. Reflexiones para la política sectorial de salud en Perú a partir de las Cuentas Nacionales de Salud. *Economía*. 2016;39(78):35-65. <https://doi.org/10.18800/economia.201602.002>
- Seguro Social de Salud - EsSalud. Libro Blanco: Hacia la modernización de la Seguridad Social en el Perú. Lima: Seguro Social de Salud. 2019: 379-381.
- WHO Regional Office for Europe [Internet]. Kringos D, Boerma W, Hutchinson A, Saltman R. Building primary care in a changing Europe, 2015 [Fecha de acceso: 18 de agosto 2019]. Disponible en: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0018/271170/BuildingPrimaryCareChangingEurope.pdf
- CanMEDS-FM Working Group Members. CanMEDS - Family Medicine 2017. Canada: The College of Family Physicians of Canada. 2017.
- Macinko J, Guanais F, Marinho M. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. *J Epidemiol Community Health*. 2006;60(1):13-19. DOI: 10.1136/jech.2005.038323
- Pereira Gray DJ, Sidaway-Lee K, White E, Thorne A, Evans PH. Continuity of care with doctors - a matter of life and death? A systematic review of continuity of care and mortality. *BMJ Open*. 2018;8(6):e021161. DOI: 10.1136/bmjopen-2017-021161
- Sociedad Peruana de Medicina Familiar y Comunitaria SOPEMFYC [Internet]. Actividades [Fecha de acceso: 18 de agosto 2019]. Disponible en: <https://sopemfyc.org/actividades/>