

ARTICULO ESPECIAL

Ciencias clínicas

Salud familiar y salud bucodentaria

Carolina Marambio. DDS ^{1,2}

¹Médico de Familia, Diplomada en Gestión Sanitaria

²Universidad de Valparaíso

Correspondencia

Carolina Gabriela Marambio López
Email: cgmaramb@gmail.com

Resumen: Distintos organismos y declaraciones internacionales manifiestan la importancia de la atención primaria en salud (APS), transformándola en integrante fundamental del complejo sistema de la asistencia sanitaria. Esto avanza en Chile desde el año 1924 en Chile, dando nacimiento a la Medicina Social, la cual se consolida hasta 1973, cuando la reestructuración política y estatal cambia el enfoque sanitario. Se retoma desde el año 2003, sugiriendo transitar del modelo de atención tradicional a un Modelo de atención con Enfoque de Salud integral Familiar y Comunitario (MAIS). En este modelo, la familia constituye el principal recurso de promoción en salud y prevención de la enfermedad, dando a entender que la salud familiar debe tener una visión holística del individuo. La salud oral tiene implicación importantes en la afección de la salud general, llevando la salud buco dentaria más allá de la boca, volviendo a los profesionales en responsables de enfocar su conocimiento hacia la promoción de prácticas odontológicas saludables. Existen obstáculos asociados a este enfoque, principalmente asociados a falta de recursos, la resistencia al cambio, la falta de comprensión y participación del paciente, generando una visión segmentada y separando ambos componentes de salud. Aun así, se vislumbran oportunidades de desarrollo, el trabajo intersectorial es relevante para la salud familiar y odontológica, pues factores determinantes de la salud se pueden intervenir con mayor efectividad si son abordados en diferentes escenarios, como los establecimientos educacionales, espacios laborales, entre otros.

KEYWORDS

Salud oral, Salud familiar, Odontología, Salud pública,

1 | CONTEXTO HISTÓRICO: FORMALIZACIÓN DE LA SALUD FAMILIAR POR PARTE DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD/ ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OMS/OPS)

En el año 1978 la declaración de Alma-Ata elaborada en el contexto de la conferencia internacional de Atención Primaria de Salud (APS) expresó la necesidad de acción urgente por parte de todos los gobiernos, además de los profesionales sanitarios, para transformar la APS en una parte integrante y fundamental del complejo sistema de la asistencia sanitaria. Planteó que se debía incorporar la promoción, la prevención, el tratamiento, y la rehabilitación, incluyendo la participación social y comunitaria, con el objetivo de promover la corresponsabilidad en el cuidado de salud de las personas; las familias; las comunidades y el equipo sanitario, acompañado de un uso eficiente de los recursos disponibles. De esta manera se avanza hacia la justicia social en pos del desarrollo [1].

En el año 2007 la OPS y OMS hacen una “Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas”, documento de posición en el que se invitó a revisar la estrategia de la APS con el objetivo de que se reflejara mejor las necesidades contemporáneas, en miras hacia los nuevos desafíos epidemiológicos, nuevo desarrollo de conocimiento, distintos instrumentos y mejores prácticas. Planteaba que estar acorde a los tiempos que se avecinan es lo que permitiría reducir efectivamente las inequidades en salud [2]. Esta premisa se encontraba avalada por la amplia evidencia de su efectividad, lo que justificaba su fortalecimiento.

Además, se presentaron los valores, principios y elementos esenciales que debería tener un sistema de salud basado en la APS, que por cierto, debían adaptarse a la realidad de cada país. Graficados en un círculo concéntrico de tres capas, desde el exterior integra los elementos estructurales y funcionales, como lo son la cobertura y acceso universal, hacia el centro los principios que proporcionan la base para las políticas de salud y la legislación entre otras funciones, como lo son la intersectorialidad; y por último los valores que corresponden a las metas a alcanzar: equidad, solidaridad y el derecho al mayor nivel de salud posible. Los valores representan una especie de carta compromiso o pacto social que permita que los pueblos puedan proteger a los más desfavorecido y tener el derecho a exigirlo a los estados. Es particularmente destacable la atención integral e integrada a la comunidad, con orientación familiar y enfoque comunitario, con énfasis en la promoción y prevención. Este modelo es el que da sustento a la inserción de “lo familiar” en la atención de salud [2].

2 | CONTEXTO HISTÓRICO: FORMALIZACIÓN DE LA SALUD FAMILIAR EN CHILE


El año 1924 en Chile se promulgó la Ley Del Seguro Obrero Obligatorio, donde tanto empleadores como obreros debían imponer mensualmente un fondo solidario para enfermedad o invalidez. Este hecho, día nacimiento a la Medicina Social en Chile, ya que por primera vez el estado asumía el compromiso de proporcionar atención de salud a todos los trabajadores [3].

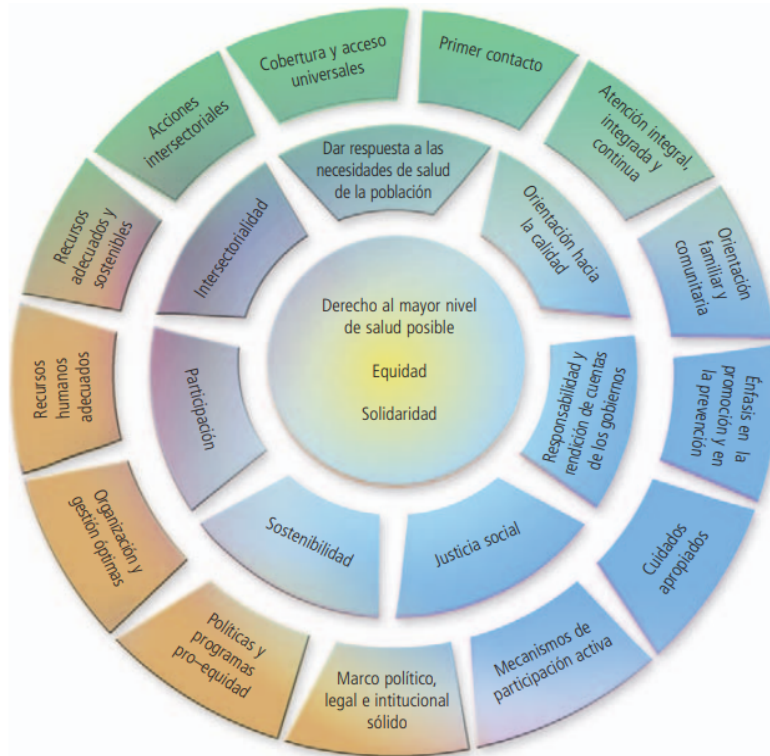
En el año 1952, se estableció el Servicio Nacional de Salud, organismo encargado de la protección de la salud poblacional, incluyendo acciones de fomento, recuperación de la salud, curación y rehabilitación de los obreros, sus esposas e hijos hasta los 15 años [4].


En 1964, como parte de la propuesta del plan de salud de la candidatura del Dr. Salvador Allende, se presentó una definición de atención integral que se parece mucho a la que hoy en día se aspira hoy en día: “Una atención médica eficiente y oportuna para toda la población y para cada persona considerada integralmente más que como un paciente, a la enfermedad como hecho aislado. Se dirige al ser humano en su totalidad física y mental en continua adaptación a su medio ambiente sociocultural, con una atención centralizada próxima al hogar o al sitio de trabajo, a cargo de un equipo funcionario bien integrado en estrecha armonía y continuidad con el hospital base y con todos los organismos locales. Con una atención que integre en cada prestación aspectos somáticos y psíquicos, lo individual con lo social y la acción preventiva y curativa con el fin de una atención planificada y con permanente intención educativa” [5].


De esta definición se desprende un enfoque de integralidad, es decir, que se entiende al individuo más allá de lo biomédico, incorporando sus aspectos psicosociales. Este corresponde a un concepto pionero para su tiempo. Sin embargo, esta visión se estancó a partir del año 1973, las vicisitudes políticas y dictadura militar e irrupción de las fuerzas militares dentro del estado interrumpieron esta progresión.

En 1979, se realizó una fuerte reestructuración del sector estatal donde se reorganizó el Ministerio de Salud (MINSAL), se creó el

FIGURA 1 Valores, principios y elementos esenciales en un sistema de salud basado en la APS. 



Sistema Nacional de Servicios de Salud. Luego, en el año 1981, se hizo el traspaso administrativo de APS a los municipios, y se creó el sistema de Instituciones de Salud Previsionales (ISAPRE), dividiendo las atenciones de salud según el nivel de ingresos económicos .

Con respecto a esta municipalización de APS, en el año 2003 el Colegio Médico de Chile en su libro "Reforma de Salud Proyecto País" hace una crítica en la que afirma: "Conocemos las múltiples e insalvables dificultades que muestra la administración municipal de los consultorios, las que se arrastran desde su creación. Cabe mencionar como ejemplo, la rotación de profesionales, la anarquía de salarios, la multiplicación de la burocracia, el desfinanciamiento crónico, la falta de coordinación entre la atención primaria y secundaria, la dificultad para hacer cumplimiento de las normas técnicas, los problemas de transparencia en la gestión, los conflictos y sobre todo la inequidad en la atención de los más necesitados" . La evidencia apuntó a que esta estrategia en Chile no lograba disminuir las inequidades en salud.

El modelo de salud familiar se inició en el año 1981 cuando la Universidad de Chile creó un programa de formación para la transformación de consultorios a Centros de Salud Familiar (CESFAM), con un énfasis docente asistencial. Así, en 1986 se termina de formar los primeros especialistas en Medicina familiar y, en la década de los 90, algunas escuelas dictan esta especialidad como parte de la formación de pregrado. Conforme esto sucede, los primeros equipos de salud empiezan a llevar el modelo a la práctica.

Considerando la gran demanda a nivel hospitalario, el MINSAL constata que la atención primaria de ese momento no lograba resolver los principales problemas de salud de la comunidad, y es por esto que, desde el nivel central, el año 2003, se sugiere transitar del modelo de atención tradicional a un Modelo de atención con Enfoque de Salud integral Familiar y Comunitario (MAIS). Se propone acercar la atención a la población, aumentar la satisfacción y mejorar la capacidad de resolución, controlando los costos de operación de la misma. El objetivo es potenciar un fuerte crecimiento de las acciones promocionales y preventivas, sin producir un deterioro en la resolución oportuna y eficiente de la demanda por morbilidad, de esta forma favorecer un sistema eficiente y efectivo con la participación

comunitaria..

Se busca que la comunidad asuma un rol más activo como agente de cambio de su propia salud, con un enfoque de integralidad y continuidad de cuidado, colocando énfasis en la promoción con un enfoque de salud familiar, participación intersectorial, calidad de atención de salud, uso de tecnologías apropiadas y una gestión adecuada. Todo ello se refleja en la rueda de elementos estructurales y funcionales, principios y valores (Figura I) [8].

Si bien, es cierto que actualmente se repiten los principios de APS, éstos no son los mismos. El modelo actual sitúa como foco principal al usuario y en función de este se encuentra el enfoque familiar. Este nuevo modelo se apoya en la red de atención primaria constituida principalmente por cuatro tipos de establecimientos: 589 Centros de Salud Familiar (CESFAM), 218 Centros Comunitarios de Salud Familiar (CECOSF), 1166 posta rurales y 104 hospitales comunitarios nivel nacional. Independiente si la fuente de financiamiento es municipal o asociada al servicio salud, desde el 2015 deben implementarse las directrices entregadas por el MINSAL, es decir, deben estar comprometidos con el modelo de atención integral familiar y comunitario. En cierto sentido, es breve el tiempo que lleva en desarrollo considerando que ha pasado dos años en pandemia por el COVID -19. De igual manera, se inició la evaluación de su implementación a través de la guía "Instrumento para la evaluación y certificación de desarrollo en el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria en establecimientos de Atención Primaria" que agrupa 72 indicadores aplicables a los nueve ejes que comprende el modelo [9]. Debido a la pandemia, la evaluación más reciente es del 2018 [10]. Se obtuvo que el Modelo Integral de Atención en Salud (MAIS) fue implementado en el 56.2% de los centros de salud del territorio nacional. El eje más implementado es el de tecnología y el menos el de enfoque familiar. A su vez, los CESFAM ubicados en territorios urbanos y en comunidades con más recursos tienen mayor implementación del modelo versus las postas rurales y poblaciones más desfavorecidas, lo que revela las persistentes inequidades en salud.

3 | ROL DE LA SALUD FAMILIAR

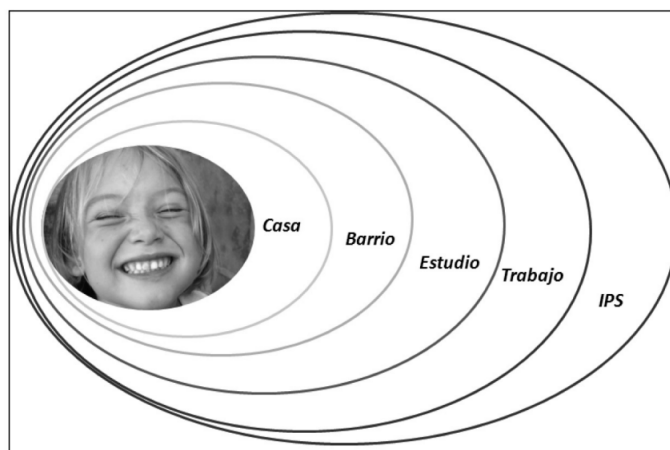
La familia constituye la primera red de apoyo social que el individuo posee y tiene una función protectora ante las tensiones que genera la vida. Es por esto, que el modelo insiste en la relevancia del enfoque familiar. El núcleo familiar es el principal recurso de promoción en salud y prevención de la enfermedad, en esencia, cuida y protege a sus miembros, sobre todo a los que se encuentran en estado de dependencia. De hecho, la familia es la que inserta a sus integrantes en el modelo, es en esta donde se van a desarrollar, mantener y posibilitar cambios de hábitos que van a permear a los miembros. Al desarrollar la profesión con un enfoque familiar podemos incrementar el impacto de las acciones de salud, ya que tienen un efecto no solamente en el usuario, sino que en todos o la mayoría de sus integrantes [11]. La salud familiar es el resultado de un equilibrio entre tres componentes: la salud de cada persona, factores socioeconómicos y culturales, y el funcionamiento familiar. El funcionamiento familiar va a reflejar la capacidad, la relación dinámica y sistémica que establecen los miembros. La capacidad del grupo para enfrentar las crisis implica la relación individuo-familia-sociedad [11], es decir, la salud familiar depende de la interacción de factores personales, psicológicos y sociales. Se destacan los factores propios del grupo familiar, tales como la estructura, funcionalidad, economía, ciclo vital, afrontamiento de las crisis; y factores sociológicos que se expresan al interior de la familia. Como se ha mencionado tácitamente, la salud familiar implica tener una visión holística de la persona. La salud es una sola, independiente de los enfoques médicos con los que se pueda evaluar, pues, a pesar de que se parcelan según las especialidades (como la salud del sistema circulatorio, del sistema excretor, del sistema estomatognático y muchos otros), estos están incluidos como una parte de un todo. Los sistemas no se pueden separar o aislar del sujeto o su familia.

4 | SALUD SISTÉMICA Y COMPLEJIDAD DE LA SALUD BUCODENTAL

Una salud bucodental deficiente afecta a un número de procesos generales, así como al manejo de estos procesos las mismas. Desde hace algún tiempo se empezó a asociar aspectos o condiciones sistémicas con la salud bucodentaria. Actualmente hay más de 57 condiciones sistémicas (Figura II) que tendrían relación con una salud bucodentaria deteriorada [12].

ejercicio físico, la alimentación saludable, la higiene personal, la sociabilización positiva, el cuidado del ambiente, entre otros aspectos que involucran a los pacientes. Este desarrollo u orientación de prácticas en salud debería ser sobre la base de los principios del Modelo de la Salud Integral con Enfoque familiar y Comunitario que permite fortalecer la intersectorialidad y participación social con énfasis en la equidad y la inclusión social [15].

FIGURA 3 Niveles en los que los factores influyen sobre la salud bucodentaria [14]



5 | DESAFÍOS DE LA SALUD FAMILIAR Y LA ODONTOLÓGÍA

Existen obstáculos asociados a este enfoque. Uno de los más relevante es la falta de recursos, tanto de infraestructura como humanos y la escasa formación en el área de salud familiar. La resistencia al cambio, falta de comprensión y participación del paciente también representan desafíos ya que aún tienen en mente la visión segmentada de la salud donde se trabaja por sistema y no como un todo. Por último, los tiempos de atención de salud son limitados considerando la necesidad del cumplimiento de las metas prometidas por el servicio. Existen también, obstáculos que podríamos denominar de resistencia de los profesionales y que no es solo la falta de recursos. Un estudio del año del 2010 [16] mostró desconocimiento de las pautas bucodentarias por parte del equipo de salud no odontológico y un bajo nivel de registro de su aplicación en los servicios de salud. Importante destacar que son pautas transversales al equipo de salud. Según un estudio del año 2014 de la Región de Valparaíso [17] existe un nivel de conocimiento insuficiente sobre salud bucal por parte del equipo de salud familiar. Una investigación cualitativa realizada en la Región Metropolitana el 2016 [18] muestra que, si bien el equipo salud entrega educación sobre salud bucodental en los controles correspondientes y es valorada por los pacientes, esta es insuficiente para replicar y extrapolar los cuidados hacia otros miembros de la familia. El estudio constata una serie de hallazgos que destacan en la práctica de la atención odontológica dentro de la APS:

1. La comunidad y el equipo de salud perciben la odontología como una labor curativa y altamente especializada, y no ven la relación entre la salud oral y familiar.
2. No sólo en los odontólogos, si no que a nivel transversal, los profesionales de la salud tienen una escasa o ausente educación continua en salud familiar y comunitaria, tanto a nivel de pre y postgrado.
3. Existe una falta de vinculación de la Odontología y las comunidades en la gestión de políticas públicas de salud.
4. Hay un escaso desarrollo de programas de promociones en salud bucal y prevención en espacios sociales cotidianos de la población.

5. La falta de recursos humanos, físicos, entre otros, dificulta implementar el enfoque de salud familiar en el quehacer clínico.

Aun así, se vislumbran oportunidades de desarrollo. Este mismo artículo entrega evidencia de que a mayores capacitaciones en salud familiar se generan mejores resultados sanitarios, disminución de la mortalidad en todas sus causas, y del número de hospitalizaciones y consultas de urgencia [19]. Desarrollar el trabajo intersectorial es relevante para la salud familiar, pues factores determinantes de la salud se pueden intervenir con mayor efectividad si son abordados en diferentes escenarios, como los establecimientos educacionales, espacios laborales, entre otros. El mismo estudio del 2014 [17], informa que el 80% de los odontólogos y odontólogas que trabajan en atención primaria tienen un estrecho contacto con los establecimientos educacionales donde realizan labor de promoción y prevención. Es desde ahí donde se genera una oportunidad para trabajar la salud familiar junto a los docentes convocando a las familias. Por otro lado, hoy más que antes, se puede constatar que los profesionales de la odontología se incorporan en las reuniones del sector o de equipo gestores en sus respectivos CESFAM, pero no se suele materializar en estas reuniones temas odontológicos, por ello hay que profundizar la participación con la capacitación de todos los profesionales de la salud y, en particular, de los odontólogos y odontólogas, pues se tendrá un impacto positivo en el paciente al cambiar la perspectiva tradicional. Aún más importante, es que el odontólogo forme parte de otros espacios de salud como, por ejemplo: visitas domiciliarias integrales, consejerías familiares, talleres, guías anticipatorias, entre otras, en pro de la comunidad.

6 | REFLEXIONES FINALES EN SALUD FAMILIAR Y ODONTOLOGÍA

Entonces dentro de las reflexiones finales desearíamos recapitular:

- Es necesario capacitarse en salud familiar tanto a nivel personal como profesional, las decisiones que tomamos tienen un impacto en la salud de los otros, en particular en las familias de nuestros pacientes.
- El enfoque del modelo de salud familiar en Chile aún es incipiente, en la práctica constatamos que la implementación es muy baja y se necesitan más recursos humanos formados en esta área. Esta representa una oportunidad para los profesionales de la salud y en particular para la Odontología.
- Los profesionales de la Odontología deben aspirar a ser promotores en los equipos de salud de sus respectivos CESFAM, educándolos en el quehacer de la odontoestomatología, en particular como se relacionan los determinantes sociales y la salud familiar con las patologías más prevalentes en el territorio bucodental.

Referencias

- [1] World Health Organization. Declaration of Alma-Ata 1978;.
- [2] Organización Panamericana de la Salud. Renovación de la atención primaria de salud en las Américas: documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) 2007;.
- [3] Ley 4054 Seguros de Enfermedad, Invalidez y Accidentes del Trabajo del Ministerio del Interior Chile;.
- [4] Ley 10383 Modifica la ley 4054 relacionada con el seguro obligatorio: Ministerio de Salubridad; Previsión Y Asistencia Social;.
- [5] de Planificación de la Candidatura Presidencial de Salvador Allende OC. Plan de Salud, Atención Médica y medicina social 2006;(1):34.
- [6] de Planificación de la Candidatura Presidencial de Salvador Allende OC. Plan de Salud, Atención Médica y medicina social 2006;(1):34.
- [7] Colegio Médico de Chile. Reforma de Salud, Proyecto País 2003;.

-
- [8] Soto L, Soto J, Riquelme F. Hacia un modelo de atención en salud para el siglo XXI: breve historia del modelo de atención integrada en Chile. *Revista Médica Clínica Las Condes* 2021;32(4):373-378.
- [9] de Salud M. Instrumento para la evaluación y certificación de desarrollo en el modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria en establecimientos de 2015;.
- [10] de Salud M. Instrumento para la evaluación y certificación de desarrollo en el modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria en establecimientos de atención primaria 2015;.
- [11] Villamil MML, Carrizosa JAR, Carrera MCG, Pérez LFR. Odontología comunitaria y atención primaria en salud: una aproximación conceptual 2019;p. 138.
- [12] Monsarrat P, Blaizot A, Kémoun P, Ravaud P, Nabet C, Sixou M, et al. Clinical research activity in periodontal medicine: a systematic mapping of trial registers. *Journal of Clinical Periodontology* 2016;43(5):390-400.
- [13] Federación Dental Internacional (FDI). El Desafío de las Enfermedades Bucodentales - Una llamada a la acción global 2015;.
- [14] Montenegro G. Un nuevo enfoque de la salud oral: una mirada desde la salud pública. *Universitas Odontologica* 2011;30(64):101-108.
- [15] Díaz-Cárdenas S, Tirado-Amador L, Vidal-Madera-Anaya M. Odontología con enfoque en salud familiar. *Revista Cubana de Salud Pública* 2014;40(3).
- [16] Concha Morales M, Abarca Baeza IM. Evaluación de condiciones para la implementación de la entrega del componente odontológico en el control de salud del niño en cuatro centros de atención primaria de la Región del Maule durante el año 2010 2010;.
- [17] Pizarro C, Valenzuela D. Nivel de conocimiento en salud oral del equipo de salud en centros de atención primaria de la región de Valparaíso. *Revista Chilena de Salud Pública* 2014;18(1):87-94.
- [18] Carvajal C, Mendoza C, Carvajal P. Percepciones sobre la educación para la salud bucal, de mujeres que reciben atención odontológica integral para embarazadas RM 2014-2015 2016;.
- [19] Farfán J, Valenzuela MT. Incorporación de los odontólogos en los procesos de transformación al modelo de salud familiar de la atención primaria en Chile. *Revista Chilena de Salud Pública* 2014;18(1):72-80.