

Continuidad del cuidado en Atención Primaria de Salud: desafíos de gestión para el modelo chileno

Continuity of care in Primary Care:
management challenges for the Chilean model

Anabel Cedeño Romero¹

RESUMEN

La continuidad asistencial es el pilar del Modelo de Salud Familiar en Chile, pero su implementación enfrenta barreras críticas en la gestión diaria. Este artículo analiza evidencia reciente (2015-2025) sobre el impacto del vínculo médico-paciente, revelando que la discontinuidad afecta la adherencia clínica y genera ineficiencias operativas. Se concluye que transitar de forma efectiva hacia una continuidad relacional —entendida como el vínculo longitudinal y de confianza entre el equipo y el usuario— debe ser una prioridad estratégica de la gestión directiva, y no solo una aspiración clínica, para garantizar una Atención Primaria verdaderamente resolutive y eficiente.

Palabras clave: Continuidad de la Atención al Paciente, Atención Primaria de Salud, Gestión en Salud, Relaciones Médico-Paciente, Chile.

ABSTRACT

Continuity of care is the pillar of the Family Health Model in Chile, but its implementation faces critical daily management barriers. This article analyzes recent evidence (2015-2025) on the impact of the physician-patient bond, revealing that discontinuity affects clinical adherence and generates operational inefficiencies. It is concluded that effectively moving towards relational continuity—understood as the longitudinal and trust-based bond between the team and the user—must be a strategic management priority, rather than just a clinical aspiration, to ensure a truly resolute and efficient Primary Care.

Keywords: Continuity of Patient Care, Primary Health Care, Health Management, Physician-Patient Relations, Chile.

INTRODUCCIÓN

La Atención Primaria de Salud (APS) en Chile ha experimentado una profunda transformación normativa en las últimas décadas, transitando teóricamente hacia el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitario (MAIS) (MINSAL, 2013). En el diseño original de este modelo, la relación médico-paciente se sitúa en el centro de la acción clínica, reconociendo que la salud no es un evento aislado, sino un proceso continuo en el tiempo que requiere de una narrativa biográfica compartida (Haggerty et al., 2003).

Sin embargo, la realidad operativa de nuestros Centros de Salud Familiar (CESFAM) a menudo entra en conflicto con este ideal (Goic, 2015). A pesar de los esfuerzos ministeriales, factores estructurales persistentes como la alta rotación de profesionales, la precarización de los contratos médicos a honorarios y una

Recibido el 6 de febrero de 2026. Aceptado el 25 de mayo de 2026.

¹ Médica Cirujana, CESFAM Dr. Lucas Sierra, Servicio de Salud Metropolitano Norte, Conchalí. Correspondencia a: anab199198@gmail.com

gestión directiva enfocada prioritariamente en el rendimiento numérico de las consultas (producción por hora), han generado un escenario donde la fragmentación del cuidado se ha normalizado peligrosamente (Colegio Médico de Chile, 2023)

Este quiebre en la continuidad no es un problema meramente administrativo o de “confort” para el usuario; impacta directamente en la efectividad sanitaria del sistema. Cuando un paciente, especialmente aquel con patologías crónicas o de salud mental, debe relatar su historia clínica reiteradamente a distintos profesionales en cada control, no solo se pierde información valiosa, sino que se erosiona la confianza terapéutica y se duplican esfuerzos y recursos (Starfield et al., 2005). El presente artículo propone analizar esta problemática desde una perspectiva de gestión, revisando la evidencia reciente (2015-2025) para argumentar que la continuidad del vínculo es un componente esencial de la eficiencia y la calidad en la salud pública chilena.

DESARROLLO DEL PROBLEMA

Evidencia y realidad local

La evidencia del impacto clínico y económico: La revisión de la literatura de la última década confirma que la continuidad de la atención posee dimensiones que van más allá de la simple repetición de consultas. Autores clásicos distinguen entre la continuidad de gestión —la transferencia fluida de información— y la continuidad relacional, entendida como el vínculo terapéutico sostenido en el tiempo (Saultz, 2003). Es precisamente esta dimensión relacional la que muestra los resultados más robustos en Atención Primaria.

Los datos cuantitativos son contundentes. Estudios nacionales confirman que el apoyo social y la vinculación con el equipo de salud son predictores significativos de una mejor autopercepción de salud en pacientes hipertensos y diabéticos, facilitando el manejo de su condición crónica (Poblete et al., 2018). La confianza construida en el tiempo actúa como un catalizador terapéutico: el paciente acepta mejor las indicaciones de un profesional que conoce su biografía y contexto social, reduciendo la inercia clínica.

Desde una perspectiva económica, la discontinuidad es costosa. La evidencia internacional sugiere que una buena continuidad de gestión y relación puede reducir hasta en un 30% las hospitalizaciones evitables por condiciones sensibles a la atención ambulatoria (como descompensaciones diabéticas o crisis obstructivas), al permitir intervenciones precoces antes de que el cuadro se agrave (Haggerty et al.,

2003). Además, el conocimiento acumulado sobre el paciente permite al médico tomar decisiones clínicas más rápidas y precisas, reduciendo la incertidumbre diagnóstica y, por ende, la solicitud de exámenes innecesarios repetidos por cada nuevo profesional que atiende al paciente.

La brecha en la experiencia usuaria: Al contrastar esta evidencia con la experiencia de los usuarios del sistema público chileno, surge una brecha preocupante. Investigaciones locales revelan que la percepción de calidad de los pacientes está fuertemente ligada a la posibilidad de establecer un vínculo humano. Los usuarios reportan valorar la empatía y el “ser conocidos” por su nombre e historia por sobre la mera competencia técnica inmediata (Dois et al., 2016).

Cuando el sistema falla en garantizar esta estabilidad, el usuario percibe una despersonalización del cuidado. Esto no solo disminuye la satisfacción usuaria, sino que paradójicamente aumenta la presión asistencial: el paciente, al no sentirse “resuelto” ni comprendido por un médico flotante, tiende a consultar repetidamente en servicios de urgencia (SAPU/SAR) o a solicitar nuevas horas de morbilidad para “volver a explicar” su dolencia, generando un círculo vicioso de demanda fallida (Aller et al., 2019).

Barreras estructurales en la gestión de APS
Desde una perspectiva de gestión, las barreras para lograr esta continuidad son estructurales y profundas en el modelo chileno actual:

- 1. Crisis de Recursos Humanos:** La alta rotación de profesionales médicos en los CESFAM es quizás el factor más disruptivo. Exacerbada por condiciones laborales precarias, falta de incentivos para la especialización en Medicina Familiar y la competencia asimétrica con el sector privado, esta rotación impide la consolidación de equipos de cabecera estables (Colegio Médico de Chile, 2023). Un paciente crónico puede ver a tres o cuatro médicos distintos en un año, lo que imposibilita cualquier plan de trabajo a largo plazo.
- 2. Fragmentación de la Información:** A pesar de los avances en digitalización, la interoperabilidad real sigue siendo una deuda. Frecuentemente, el paciente transita entre la atención primaria y los niveles secundarios (hospitales) sin que su información clínica fluya eficazmente. Esto resulta en duplicidad de exámenes, contradicciones en las indicaciones farmacéuticas y una

sensación de abandono institucional cuando el paciente retorna al CESFAM tras una hospitalización (Goic, 2015).

3. **Gestión de Agenda:** Los sistemas de agendamiento en muchos centros priorizan llenar los cupos disponibles con “cualquier médico” para cumplir metas de cobertura (REM), en lugar de proteger cupos específicos para el médico de cabecera del paciente. Esta lógica de “producción” sacrifica la longitudinalidad en favor del acceso inmediato, hipotecando los resultados de salud a largo plazo (Colegio Médico de Chile, 2023).

Persistencia del paradigma biomédico y brechas formativas: Es necesario precisar que la discontinuidad no responde únicamente a fallas en la gestión de agendas. Persiste una tensión estructural entre el discurso del Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) y una praxis biomédica que aún hegemoniza los centros de salud. Como señala Bass del Campo (2012), la implementación del modelo de salud familiar en Chile ha enfrentado una tensión constante con las reformas de carácter neoliberal y el énfasis curativo de programas como el Plan AUGE/GES. Esta estructura prioriza la resolución de patologías agudas (eje hospitalario) por sobre la prevención y promoción, lo que refuerza una praxis biomédica que fragmenta la continuidad del cuidado y dificulta la consolidación de un enfoque biopsicosocial real en los centros de salud primaria.

La dificultad para consolidar la continuidad relacional también nace de las deficiencias en la educación médica de pregrado. Cómo analizan Garrido et al. (2020), la formación en Chile persiste bajo un prototipo Flexneriano, centrado en ciclos básicos y clínicos desarticulados. Este modelo académico prioriza el conocimiento biomédico técnico sobre las competencias transversales y el pensamiento crítico necesario para resolver problemas de salud complejos. Al egresar bajo este esquema, los profesionales carecen de las herramientas integrales para valorar la longitudinalidad y el vínculo con el territorio, viendo la APS como un espacio de práctica técnica y no como un sistema basado en la continuidad del cuidado.

Hacia un nuevo modelo de gestión: propuestas

Para superar este escenario, es necesario transitar desde el diagnóstico a la acción directiva. La gestión de los CESFAM y las Direcciones de Salud Municipal deben incorporar la continuidad

como un indicador de calidad tan relevante como las metas sanitarias.

1. **“Blindaje” de la agenda clínica:** Es imperativo modernizar los sistemas de agendamiento (Telesalud, Call Center o ventanilla) para que prioricen, por defecto, la asignación de horas con el médico del sector o familia del usuario. La tecnología debe servir para vincular, no solo para determinar un cupo numérico. Se propone implementar sistemas de “agendamiento avanzado” que reserve cupos protegidos para el seguimiento de pacientes complejos por su tratante titular (Saultz, 2003).
2. **Política de retención del talento:** La continuidad clínica es imposible sin estabilidad laboral. Los municipios y Servicios de Salud deben innovar en mecanismos de incentivo no sólo monetarios, sino de desarrollo profesional (capacitación continua, tiempo protegido para reuniones clínicas, becas de especialidad con retorno) que hagan atractiva la permanencia en la APS. Un equipo estable es un equipo más eficiente y resolutivo (Starfield et al., 2005).
3. **Integración real de la red:** La continuidad de gestión requiere que la información viaje con el paciente. Es urgente avanzar hacia una ficha clínica electrónica nacional o, al menos, protocolos de referencia y contrarreferencia que sean vinculantes y auditables, asegurando que el médico de APS reciba información oportuna del alta hospitalaria de sus pacientes para garantizar los cuidados post-agudos (Aller et al., 2019).
4. **Fomentar una atención humana y una formación integral:** La gestión de los centros de salud debe ir más allá de exigir el cumplimiento de metas numéricas o el tratamiento de enfermedades aisladas. Debido a que la formación universitaria de los médicos sigue siendo muy técnica (Garrido et al., 2020), es vital que los directivos capaciten a sus equipos para entender al paciente dentro de su contexto social y familiar. Esto significa que el tiempo invertido en escuchar y construir un vínculo de confianza a largo plazo debe ser valorado como un verdadero logro de gestión, en lugar de priorizar únicamente la rapidez en las atenciones (Bass, 2012).

CONCLUSIONES

La evidencia revisada a lo largo de este análisis permite afirmar que la continuidad del cuidado no es un atributo opcional del Modelo de Salud Familiar, sino su columna vertebral operativa. Sin embargo, la realidad actual de los CESFAM chilenos demuestra que este principio se sacrifica sistemáticamente en favor de indicadores de producción cortoplacistas. Enfrentamos una paradoja de gestión inquietante: mientras el discurso oficial y el diseño de políticas públicas (MINSAL) promueven la longitudinalidad y el vínculo, los mecanismos de financiamiento, las metas sanitarias y los incentivos locales siguen premiando la cantidad de atenciones aisladas por sobre la consistencia del prestador de la atención.

Es fundamental comprender que la fragmentación del cuidado no solo daña al paciente, sino que erosiona profundamente la vocación de los equipos de salud. La alta rotación médica no es solo una causa de la discontinuidad, sino también una consecuencia de un modelo que ha transformado el acto médico en un proceso mecánico y despersonalizado. Cuando un profesional se ve impedido de seguir la evolución de sus pacientes y de ver el fruto de sus intervenciones a largo plazo, se pierde el sentido trascendente de la práctica clínica, favoreciendo el desgaste profesional y la fuga de talentos hacia el sector privado.

Para superar esta brecha, es imperativo que los gestores de la Atención Primaria y las autoridades municipales reorienten sus prioridades estratégicas con decisión. No basta con “administrar la demanda” o llenar agendas; es necesario gestionar las atenciones de modo que se proteja el vínculo terapéutico como un activo sanitario. Esto implica avanzar hacia políticas de recursos humanos modernas, que ofrezcan horizontes de desarrollo real en la APS, y hacia una modernización tecnológica que ponga los algoritmos de agendamiento al servicio de las personas y no solo de la estadística.

En definitiva, estamos ante un punto de inflexión. Si no logramos estabilizar la relación médico-paciente, el Modelo de Atención Integral corre el riesgo de vaciarse de contenido, convirtiéndose en una declaración de intenciones burocrática sin correlato en la experiencia diaria de la comunidad. Invertir en continuidad es, hoy más que nunca, invertir en la sostenibilidad humana y financiera de la salud pública chilena. El desafío no es médico, es eminentemente político y de gestión: pasar del paradigma de “atender casos” al paradigma de “cuidar personas” a lo largo de su ciclo vital.

REFERENCIAS

- Aller, M. B., Vargas, I., Coderch, J., & Vázquez, M. L. (2019). Opinión de los médicos sobre coordinación entre atención primaria y especializada en el sistema de salud catalán. *Gaceta Sanitaria*, 33(1), 66-73. <https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.06.001>
- Bass del Campo, C. (2012). Modelo de salud familiar en Chile y mayor resolutiveidad de la atención primaria de salud: ¿contradictorios o complementarios? *Medwave*, 12(11), e5571. <https://doi.org/10.5867/medwave.2012.11.5571>
- Colegio Médico de Chile. (2023). *Informe de resultados: Encuesta Nacional de Médicos y Médicas 2023*. Santiago: Colmed. <https://www.colegiomedico.cl/wp-content/uploads/2023/08/Informe-Encuesta-Colmed-2023-final.pdf>
- Dois, A., Contreras, A., Bravo, P., Mora, I., Soto, G., & Solís, C. (2016). Principios orientadores del Modelo Integral de Salud Familiar y Comunitario desde la perspectiva de los usuarios. *Revista Médica de Chile*, 144(5), 585-592. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872016000500005>
- Garrido, F., Labbé, T. P., Paris, E., & Ríos, J. A. (2020). Formación científica en el pregrado de medicina en Chile: ¿dónde estamos? y ¿hacia dónde vamos? *Revista Médica de Chile*, 148(7), 1011-1017. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872020000701011>
- Goic, A. (2015). El sistema de salud de Chile: una tarea pendiente. *Revista Médica de Chile*, 143(6), 774-786. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872015000600011>
- Haggerty, J. L., Reid, R. J., Freeman, G. K., Starfield, B., Adair, C. E., & McKendry, R. (2003). Continuity of care: a multidisciplinary review. *BMJ*, 327(7425), 1219-1221. <https://doi.org/10.1136/bmj.327.7425.1219>
- Ministerio de Salud de Chile (MINSAL). (2013). *Orientaciones para la implementación del Modelo de Atención Integral de Salud Familiar y Comunitaria*. Santiago: MINSAL. <https://www.saludtarapaca.gob.cl/wp-content/uploads/2023/10/Orientaciones-Para-la-Implementacion-del-Modelo-de-Atencion-Integral-de-Salud-Familiar-y-Comunitaria.pdf>
- Poblete, F., Barticevic, N., Sapag, J. C., Tapia, P., Bastías, G., & Pérez, G. (2018). Apoyo social percibido en pacientes con

- Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus tipo II en Atención Primaria y su relación con autopercepción de salud. *Revista Médica de Chile*, 146(10), 1135-1143. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872018001001135>
- Saultz, J. W. (2003). Defining and measuring interpersonal continuity of care. *Annals of Family Medicine*, 1(3), 134-143. <https://doi.org/10.1370/afm.23>
 - Starfield, B., Shi, L., & Macinko, J. (2005). Contribution of primary care to health systems and health. *The Milbank Quarterly*, 83(3), 457-502. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0009.2005.00409.x>