

“INTEGRALIDAD EN SALUD”

Cuad. Méd.-Soc., XXXIII, 2, 1992/ 28-34

Dr. Carlos Montoya Aguilar.

INTRODUCCION

El tema de la administración municipal de los Consultorios y Postas es uno de los aspectos básicos de la política nacional de salud que el país debe resolver en esta etapa. Los otros aspectos son: financiamiento, recursos humanos, e infraestructura física.

Espero que esta exposición, junto a otras, (1) ayude a forjar una opinión informada acerca de la relación entre integralidad en el sector de atención a la salud y municipalización.

La importancia del asunto reside no solamente en que las decisiones de hoy tendrán una repercusión de amplio alcance y largo plazo en nuestros servicios de salud y en la salud misma de la población, sino, además, en que un desarrollo acertado de los sectores sociales forma parte del proceso de consolidación de la democracia en Chile.

En el caso de que haya acuerdo en determinados principios sobre integralidad en salud, ellos pueden constituir criterios útiles para evaluar alternativas de organización del sistema, incluyendo el actual régimen chileno de administración municipal de los Consultorios y Postas.

Tomando como base la experiencia de Chile y la de otros países (2, 3, 4, 5, 6, 7, 8), abordaré cuatro dimensiones del concepto de integralidad en salud, a saber: la integración estructural, la integralidad de la función y los significados del concepto, tanto para

la organización local de la atención como en el plano institucional.

INTEGRACION Y ESTRUCTURAS DE SALUD

Al considerar la estructura del sector en un sentido amplio, podemos resumir su relación con el concepto de integralidad en un “heptálogo” o conjunto de siete principios.

El primero de ellos recomienda integrar los recursos financieros del sector, ya sea a nivel nacional o de área (“servicio”, en la terminología chilena actual) de salud.

La existencia de distintas fuentes y canales de financiamiento conduce necesariamente a diferencias en las cargas y en los beneficios adjudicados a distintos grupos de población. Al mismo tiempo, se pierde la posibilidad de asignación óptima de los recursos sectoriales a través de una planificación basada en las necesidades del conjunto de la población.

El segundo principio sugiere que se tienda a una estrategia integrada de la formación, en cantidad y calidad, de los recursos humanos, así como de las oportunidades para el perfeccionamiento de ellos y su armonización con las necesidades de servicio para la salud de todos.

Es deseable que la dirección del sector, así como la información de que ella dispone, y los criterios de

evaluación que utiliza (eficacia, eficiencia, equidad, acceso, calidad) estén unificados a nivel central y al nivel de área, con el fin de evitar la existencia de dobles estándares y la duplicación –siempre costosa y desquiciadora– de líneas de autoridad y de aparatos administrativos.

Con el objeto de lograr una aplicación efectiva y uniforme de las normas técnicas, en beneficio de la equidad, calidad y seguridad de la atención, es necesario que los componentes técnicos del sistema de salud puedan tomar decisiones y ejercer su acción en forma integrada.

En cada localidad, sólo es posible hacer un diagnóstico y un programa de salud adecuados si se toma toda la población y territorio, con sus recursos totales de salud incluidos, como sujeto de atención. Este principio, que es inherente al concepto de “sistema local de salud” (SILOS) de la OMS (9), es parte importante del enfoque de integración estructural en salud.

Consecuencia de los aspectos anteriores es la posibilidad de que exista responsabilidad por los problemas de salud evitables que ocurran en la población: este imperativo ético y técnico se diluye o desaparece si no hay integración estructural.

Finalmente, otro motivo para integrar es el de enfocar todo el esfuerzo hacia la optimización de la función de salud. Se trata aquí de evitar los costos económicos y sociales que tiene la desintegración de un sistema de salud por pérdidas de eficacia, eficiencia, calidad y equidad (8).

INTEGRALIDAD DE LA FUNCION DE SALUD

La función del sector consiste en atender a las necesidades de salud del país: de su población y del ambiente. La gente está ahí, organizada en familias, grupos, comunidades y estratos; y están las personas con su diversidad y cada una como una unidad biopsicosocial que se mueve a lo largo de una historia individual y de una historia colectiva.

Este universo tiene necesidades y aspiraciones en lo relativo a salud y estas necesidades y deseos son en gran medida comunes: la salud es una sola. Ellas se refieren a los siguientes aspectos (10):

– el fomento de la salud, que trata de estimular el

desarrollo humano en todas sus dimensiones y en todas las edades.

- la promoción de la salud, que tiende a elevar el nivel de vida creando así mejores condiciones para el desarrollo y la salud; aquí el Sector Salud actúa a través de la información a otros sectores técnicos, políticos y financieros.
- la explicación de la enfermedad, a través de una buena comunicación con los miembros de la comunidad.
- la certificación del rol de enfermo.
- el alivio del dolor y
- las tres funciones, siempre mencionadas, de prevención, recuperación y rehabilitación en salud física y mental.

Frente a estas necesidades, que no se dan en forma esquemática y singular en los individuos y grupos, los médicos y los equipos de salud deberían y quisieran entregar –hasta donde el sistema lo permite– una atención o cuidado integral. Esta ha sido definida en términos de una serie de características, que se recuerdan a continuación (11, 12):

- i) la atención debe estar disponible en forma oportuna, eficaz y al nivel de complejidad requerido, cualquiera que sea el lugar del territorio en que se viva (principio de regionalización asistencial).
- ii) debe brindarse en forma personalizada, en una relación cara a cara entre los proveedores y los usuarios, debe haber continuidad de los proveedores y debe ser responsable: condición necesaria para esto es la sectorización del cuidado ambulatorio, de modo que cada sector geográfico esté a cargo de un equipo multidisciplinario.
- iii) debe haber continuidad en la atención a cada persona a través de los diversos establecimientos en que se necesite atenderla, domicilio, consultorio, servicio de urgencia o sala de hospital; esto se logra a través de normas y dirección comunes, medios de comunicación y transporte, hojas de referencia/contrareferencia y distribución adecuada del tiempo de los profesionales entre esas instancias.
- iv) debe integrar los aspectos individuales, familiares y sociales; los aspectos somáticos y psíquicos; y los aspectos curativos y preventivos.
- v) debe ser deliberadamente educativa.

- vi) debe existir en el equipo de salud conciencia de las propias limitaciones y por ende de la necesidad de coordinación con otros equipos y otros sectores, así como respeto frente al paciente y apertura ante la comunidad.

INTEGRALIDAD Y ORGANIZACION LOCAL DEL TRABAJO DE SALUD

De la definición integral de la salud se pasa naturalmente a sus implicaciones para las formas de organización local que corresponden a ella.

Como se ha dicho más arriba, en la base de esta organización local están los profesionales y auxiliares trabajando en equipo. Tal equipo debe ser suficientemente estable en el tiempo, tener iniciativas, participación, suficiente liderazgo interno y un pensamiento propio para apreciar la situación y elaborar sobre esa base un programa de acción que interprete con inteligencia las normas generales del sistema.

La ejecución de tal programa, traducida en servicios eficaces, eficientes y accesibles a la población, es la primera condición para establecer un contacto profundo, una verdadera comprensión mutua, que es en definitiva lo que puede llamarse “participación de la comunidad” y que debería, con más rigor, llamarse “trabajo con la comunidad”. Para que todo esto ocurra, debe establecerse un trato integral a los miembros del equipo: normas uniformes, condiciones de trabajo adecuadas, remuneraciones decentes según criterios justos, jerarquías técnica y moralmente idóneas y oportunidades amplias de hacer carrera según sus aptitudes a través de los diversos componentes del sistema.

Los equipos se organizan en establecimientos: consultorios y postas, hospitales y “direcciones”. Como cada tipo de establecimiento presta una forma especial de atención pero todos sirven a la misma población, ellos deben integrarse para formar un “sistema local” que brinde atención integral a un “área de salud”. Esta forma o nivel de organización debe cumplir con ciertos requisitos (2, 7, 9, 13):

- autosuficiencia o “capacidad resolutive” para un 90 a 100% de los problemas sectoriales del área.
- dirección técnica y administrativa única con

poder de decisión sobre la orientación de todos los recursos sectoriales que existen en el área.

- poder ejecutivo descentralizado para cumplir en forma adaptada localmente con las políticas y normas de salud nacionales.
- tamaño adecuado para cumplir con los requisitos anteriores.
- capacidad e iniciativa para interactuar con otros sectores y organizaciones sociales y económicas en beneficio de la salud: función de “promoción”.

SIGNIFICADO DE LA INTEGRALIDAD EN EL PLANO INSTITUCIONAL

En un país en desarrollo, como Chile, la máxima eficacia, eficiencia, equidad y participación se obtendrá con un sistema de salud en que exista integración de políticas, normas e instituciones. La fragmentación en diversas instituciones, que obedecen a administraciones diferentes e independientes entre sí —es el caso de los departamentos y corporaciones municipales de salud que constituyen el tema de esta reunión— resulta, en general, en mayores costos, dispersión, incoordinación y uso ineficiente de recursos, reducción de calidad técnica, insatisfacción del personal profesional (que conduce a su rotación excesiva) y mal servicio a los usuarios (1, 5, 6, 8).

El logro de una atención integral, con financiamiento e institucionalidad integradas, significa por una parte, un grado suficiente de autonomía técnica del sistema y por otra, una facilitación de la cooperación intersectorial para la salud. La autonomía técnica no será nunca absoluta; pero es preciso reconocer que los sistemas locales de salud, si han de funcionar en forma armoniosa y equitativa deben estar organizados en forma que reduzca a un mínimo la influencia indebida de la política contingente, de los intereses particulares de grupos nacionales o regionales y de los intereses creados de las propias administraciones de fragmentos del sistema de salud. La cooperación intersectorial y con otros organismos gubernamentales y sociales es más fácil cuando —en un plano de igualdad— se definen claramente los derechos y deberes propios de cada entidad participante.

Un sistema que consagre la fragmentación institucional es el mayor obstáculo, en un país en

desarrollo, para la realización de los principios de la "atención primaria de salud" como se definieron en Alma Ata en 1987: universalidad, equidad, fundamentación científica, participación, adecuación tecnológica y desarrollo equilibrado de la totalidad del sistema en torno a la población y a sus necesidades prioritarias (14).

CONCLUSION

Los principios de integralidad aquí resumidos se inscriben en el contexto más amplio de una doctrina de salud que debe ser nacional y que es también, en gran parte, universal.

Como otros han planteado, el debate iniciado debe continuar y enriquecerse hasta lograr un acuerdo amplio y con base científica acerca del sistema y la práctica de salud que Chile necesita.

El interés nacional en lo relativo a la salud de toda la población constituye para los médicos y para todos los trabajadores de la salud un compromiso que ellos honrarán y defenderán como lo han hecho a través de la historia del país.

DEBATE

Dr. Guillermo Salgado:

Yo quisiera consultarle cómo ve que se inserta en Chile en el momento actual desde la perspectiva de integralidad en salud la crisis del sistema público de salud. Ahora se nos habló de un estatuto del nivel primario, no digamos, derechamente, no es estatuto para la atención primaria. Porque los hospitales también son parte de la atención primaria, las postas, todos los que trabajamos en salud somos parte de alguna manera de la atención primaria.

Doctor Carlos Montoya:

Gracias por la pregunta. A esta altura yo debo decir que estoy hace menos de un año participando de alguna manera en las actividades de salud, en algunas actividades de salud en el país. Hace solamente un par de meses que he empezado a visitar comunas rurales, comunas urbanas, en función de la actividad que me corresponde en el Ministerio de Salud. De manera que yo vengo aquí fundamentalmente a escuchar, a aprender, he tratado de aprender en las visitas que he hecho, pero como que no tengo

todos los elementos de juicio y por eso como un ciudadano cualquiera y como un médico cualquiera, lo que creo es que debe abrirse el debate y que deben comunicarse las experiencias, que ése es el valor precisamente de esta reunión. Pero que debe haber más reuniones como ésta, seguramente con más participación. Parece un poco tarde para empezar un debate, pero yo creo que no se puede evitar el empezar y el continuarlo.

Ahora si usted me pregunta a mí, un poco con consejo académico, yo diría parte de la respuesta puede estar en la observación concreta de lo que ocurre y un poco en la experimentación, un poco en la evaluación del resultado concreto de la municipalización en este caso. Hay trescientas treinta y tantas comunas en Chile, y lo que parece que las opiniones y los resultados son diferentes de comuna a comuna, habría que ver hacia dónde se inclina el balance y si hay algún campo para decir "experimentemos", "demos un tiempo". Lo que sería, a mi juicio, negativo sería congelar la situación precozmente, prematuramente.

Dr. Hernán Durán:

Yo sólo quisiera decir que estoy completamente de acuerdo con lo que se está diciendo, que he asistido hoy día a una sesión que me ha dejado bastante preocupado. Una sesión que me ha producido bastante, no diría desaliento, pero sí una preocupación bastante seria. Por eso yo creo que sería conveniente que de esta sesión se sacaran cosas muy concretas, que fuera un llamado a algo. Porque puede que sea un estado de ánimo, pero yo veo todo el problema al borde de algo caótico, y yo creo que eso no puede ser, no hay necesidad que se llegue a eso en este país.

Desde luego yo sugeriría nada más que como hecho práctico, primero que se dieran a conocer de la manera más amplia posible las opiniones que se han vertido aquí. De manera que todo el mundo esté enterado de que hay en el espíritu, en el estado de ánimo de los participantes y me atrevo a decir de mucha más gente una postura bien clara frente a este problema de la municipalización, que no puede seguir así sin haber recogido todas las opiniones, primera cosa.

La segunda cosa sería, a mi juicio, el que se continuaran estas discusiones, que no se apresurasen en el envío de un proyecto de ley en este momento, para que fuera votado así más o menos subrepticamente, así nada más, de un día para otro, y nos encontráramos que ya es ley.

Yo creo que debemos darnos para esto bastante espacio, porque el problema se lo merece.

Habla otra persona:

Yo, como decía el doctor, también estoy bastante preocupada por la situación que vivimos actualmente. Y yo creo que hay dos elementos de crisis del sistema aquí tenemos diferencias filosóficas. Y si nosotros nos ponemos a hablar, también tenemos diferencias con respecto al concepto de salud, muchas veces tenemos diferentes conceptos. Yo creo que hay dos elementos que aumentan la crisis y son por un lado el recurso humano. El recurso humano con que contamos nosotros hoy día, es un recurso humano que fue formado para la actividad curativa, tiene esa formación y nosotros le pedimos que haga atención primaria. Entonces pedimos que haga algo, entramos siempre en una situación contradictoria, en que ellos no tienen todos los elementos para realizar la atención primaria y se produce un estado de frustración.

Nosotros decimos volver al servicio, bueno ¿es qué la gente que está en servicios, en los hospitales esta mejor?, ¿es que se trabaja mejor?, ¿se da mejor servicio?, tampoco. Por otro lado, yo creo que la programación tal como se conciben los programas de salud, tampoco permiten realizar ni promoción ni prevención de la salud. La programación está hecha para hacer acciones curativas y los recursos también van hacia allá, así que yo creo que mientras no cuestionemos en forma más profunda la programación que se hace de la salud en Chile, yo creo que seguiremos soslayando la problemática de la calidad de la atención en este país.

Habla otra persona:

Quisiera aprovechar la brillante exposición del doctor Montoya para profundizar algunos aspectos que nos preocupan como trabajadores de la salud. La Coordinadora de los Trabajadores Municipalizados a nivel nacional tiene una postura de que queremos justamente de que se defienda justamente el principio de un Estado garante de un sistema integral de salud, un sistema único que incorpore la atención primaria como parte de este sistema. Nos hemos visto frente a un blindado de color de arcoiris en este momento que plantea la permanencia de la atención primaria en el sector municipalizado y nuestra postura mayoritaria es la vuelta al Servicio de Salud, pero no en las condiciones actuales, yo creo que no se puede ser dogmático. En este momento vemos que en el servicio hay un deterioro quizás más pronunciado y además hay la contradicción de que en el servicio se están formando los nuevos profesionales y trabajadores de la salud con una mentalidad tremendamente distorsionada y mercantil. Y Nosotros no queremos eso, queremos

un sistema solidario, equitativo que permita el acceso de los usuarios a un servicio digno. Y a los trabajadores condiciones que no se les reproche permanentemente que somos responsables de la mala calidad de la atención, de los rechazos, de la falta de capacidad resolutive, cuando en realidad hay una responsabilidad del en esto del Estado.

Ahora, la responsabilidad del Estado me parece clave. En el financiamiento se plantea la modificación del financiamiento a un per cápita corregido por factores socio-médicos y, sin embargo, parece implícito también que existía una lógica de mercado. Lo curioso es que Ministro Giaconi planteaba que existiría una lógica de mercado entre el nivel de atención primaria y el resto de los niveles. Por ejemplo la posibilidad de financiar desde la atención primaria las derivaciones para generar una mayor resolutive en el nivel de atención primaria. La pregunta es, ¿es posible arreglar con un estatuto la condición de los trabajadores, introducir mejoras para la atención primaria sin producir una sobrecarga que termine por reventar el nivel? y con ello el sector público de la salud de este país. O sea, si con este financiamiento per cápita aumentamos la atención, mejoramos la cobertura, eso va a obligar al sector secundario, porque esto es una pirámide en que si ampliamos la base tendrá que el sector secundario recibir una sobrecarga, porque vamos a pesquisar más hipertensión, tuberculosis, van haber unas situaciones en que se van derivar más pacientes a nivel secundario para interconsultas. Es una realidad que yo creo que aumentando la capacidad resolutive en atención primaria, no resolvemos la necesidad de integrar el sistema, como un sistema único con esfuerzos, no parciales, sino globales.

Doctor Rafael Darricarrere:

Trabajo en la Corporación Municipal de Conchalí, a cargo del laboratorio comunal. Yo estoy tremendamente confundido y dolorido de la exposición de esta mañana. Yo estoy de acuerdo con lo que el Doctor Hormazábal dijo, aunque al Doctor Belmar le hayan producido duras las opiniones, pero lo que no es perdonable en el Ministerio de Salud, ni al Ministro Jiménez, ni al Doctor Belmar, ni a ninguno del conglomerado que está manejando la salud, ya que a dos años de este gobierno no hayan sido capaces de formular una doctrina de salud para Chile, que es lo que se quiere en salud para Chile, que eso no ha sido formulado. Nos estamos jugando por adjetivos, porque son bonitas las palabras, la equidad, la igualdad todas esas cosas son cosas muy bonitas, pero no estamos solucionando los problemas de Chile de acuerdo a los requerimientos

epidemiológicos de su población. Parece que eso ha sido una falta grave de las autoridades del Ministerio de Salud. Yo sería partidario que este proyecto, que el doctor Belmar presenta con tanta vehemencia, se detenga hasta donde sea posible, porque va a ser un caos.

Dr. Hans Oppermann:

Bueno, esto es corto, porque hasta ahora se ha escuchado la opinión de la Región Metropolitana, pero en realidad es ratificar todo lo que se ha dicho. El estatuto se conoció en Temuco y fue ampliamente rechazado, no quiero repetir todo lo que se ha dicho, concuerdo con el colega Doctor Hormazábal, y es preocupante y esta preocupación no es solamente aquí, es en la Novena Región ampliamente mayoritaria esta preocupación, conozco a la gente de allá; llevo varios años y se refleja también en las otras Regiones del Sur.

Doctor Velasco:

Me ha tocado vivir harto de la salud pública en Chile. Yo diría lo siguiente, cuál ha sido la ventaja práctica que yo he visto en la municipalización, el aporte en algún recurso financiero consultorios, y en ampliación de plantas, pero ha habido un gran deterioro de la situación del personal, de los profesionales. Cuando los profesionales pertenecían al Servicio de Salud la mística era notable, hoy día están desmotivados, están corriendo por la pista de dónde puedo ganar un par de personas, no importa el trabajo que tenga que hacer. De manera tal que si yo fuera rey, ¿qué haría? Dejaría a la municipalidad que ponga sus pesitos, que ponga a su ambulancia, que ponga escritorios, lámparas, un buen consultorio. Pero la parte del personal, del recurso humano, para mí debería estar integrada al Servicio de Salud,

en una escala equitativa de carrera profesional y con mística de trabajo, con líneas de conducta, con programas de iguales en todo Chile, eso sería si yo fuera rey, gracias.

Habla otra persona:

Yo creo que estamos todos más o menos de acuerdo en lo general, lo que a mí en lo personal me preocupa es que estamos todos discutiendo por un lado la ley de Isapres, por otro lado la ley del estatuto del nivel primario, no voy a decir de la atención primaria, porque se confunde el término.

Por otro lado se discute el financiamiento que se le entrega al sector público de salud y el problema de fondo, es si el Estado chileno, la sociedad chilena adopta como su concepción que la salud es un derecho de los chilenos y que la salud pública debe enfrentarse como un problema solidario.

Si esa situación no se aclara, esta crisis va a continuar, porque en los hospitales, también la gente está desmoralizada. En los hospitales, hay mucha gente que se arranca tempranito para ir a trabajar a la clínica privada. Hay una crisis muy grave, y es un gran error y eso es lo que yo le planteaba al Doctor Belmar, insistir en pretender arreglar el problema del nivel primario tampoco lo van a arreglar, sino que lo van a agravar.

Y por otro lado, la crisis de las Isapres, del financiamiento del sector público, la rigidez que tienen los servicios de salud, la falta de proyecciones, con metas de salud que existen en este momento en el país continúa, ése es el problema de fondo, y desde esa perspectiva general yo vería lo demás. Y lo que no se contradice tampoco, como podría alguien pensarlo, con la descentralización ni con la participación en la comuna. Esos son otros temas y se pueden integrar.

REFERENCIAS

1. G. Navarrete.- "Municipalización", Cuad. Mé.-Soc. XXXII,4: 5-7, 1992.
2. Secretaría de Salud de México y OPS/OMS. El cambio estructural: desafíos ante la consolidación del Sistema Nacional de Salud, Vol. 2: Fortalecimiento de los sistemas locales de salud, jurisdicciones y municipales, Memoria del Seminario de Tlaxcala, 1987. México, D.F., 1988.
3. C. Montoya.- Documentación acerca de los procesos de descentralización de los sistemas nacionales de salud y fortalecimiento de los sistemas locales de salud (SILOS), en la República de Guatemala, OMS, Ginebra, 1987.
4. C. Montoya y L.A. Meneses.- Proceso de Cambio Estructural del Sistema de Salud en México. División de Servicios de Salud, OMS, Ginebra 1987 (VOL. I) y 1988 (VOL. II).
5. C. Montoya.- Los Procesos de Unificación y Descentralización del Sistema de Salud en Brasil, División de Servicios de Salud, OMS, Ginebra, 1987 (VOL. I) y 1988 (VOL. II).
6. C. Montoya.- Informe a la División de Servicios de Salud, OMS, acerca del Taller sobre Sistemas Locales de Salud en Argentina, Brasil, Chile, Paraguay y Uruguay, efectuado en Montevideo, Abril de 1988. Ginebra, 1988.
7. Organización Panamericana de la Salud (Editores: J.M. Paganini y R. Capote).- Los sistemas locales de Salud, Publicación Científica N° 519, Washington D.C., 1990.
8. C. Montoya.- Estructuras de los Sistemas de Salud y Aplicación de la Atención Primaria de Salud en Países en Desarrollo, División de Servicios de Salud, OMS, Ginebra, Documento 87.12, 1987.
9. Organización Mundial de la Salud.- Declaración de Harare acerca del Fortalecimiento de Sistemas Distritales de Salud; basadas en el concepto de Atención Primaria de Salud, Harare, Zimbabwe, 7 de Agosto de 1987.
10. C. Montoya.- Atención Médica, Ed. Escuela de Medicina, 1965.
11. C. Montoya.- Una experiencia en Medicina Integral, Cuad. Méd-Soc. II,2: 10-13, 1961.
12. C. Montoya.- Atención Médica del Niño, Depto. de Extensión Universitaria, Universidad de Chile, Santiago 1970.
13. Ministerio de Salud de Chile y OPS/OMS.- Relato del Seminario Regional sobre Planificación Estratégica en los Sistemas Locales de Salud, Santiago, 1991.
14. Organización Mundial de la Salud.- Estrategia Global para alcanzar la Salud para Todos en el Año 2.000, Ginebra, 1981.