

**ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD
EL PROGRAMA DE LA REINA (*)**

*Dr. Guillermo Adriasola E. (**)*

“La atención primaria de la salud es la clave para alcanzar, en todo el mundo y en un futuro previsible, un nivel aceptable de la Salud que forme parte del desarrollo social y se inspire en un espíritu de justicia. Es igualmente válido para todos los países, desde los desarrollados hasta los de menor desarrollo, aunque adoptara diversas formas según las diferentes modalidades políticas, económicas, sociales y culturales. Para los países en desarrollo, ésta es una necesidad apremiante”.

Declaración conjunta del Director General de la O.M.S. y del Director Ejecutivo de UNICEF (1).

1.- Antecedentes

El auge reciente de la Medicina Familiar y de la atención primaria no es nuevo, es un “renacer” ventajoso, gracias a los progresos de este siglo y a la posible coordinación dentro de un sistema de niveles de complejidad creciente. Además, porque responde a un reclamo de la población por contar con un consejero permanente y cordial en salud y porque satisface la necesidad de extender al máximo la cobertura de atención médica y a costos aceptables (Alma Ata) (1). Esto último es de la mayor validez en los países en desarrollo.

La Medicina Familiar y la atención primaria se practicaron con éxito en Chile en el pasado y aún hoy se da en las ciudades y pueblos menores. Últimamente se han hecho ensayos circunstanciales de atención primaria a la vez que familiar. En todo caso no existe vigente un programa, ni siquiera local, de atención de la salud familiar, que tenga algunos años de tradición.

Es de interés señalar que la cobertura de atención médica en Chile, medida en términos de atención del parto por profesionales y de certificación de defunciones por médico, se acerca al 90 0/0 y que las tasas de mortalidad general, 6,2 0/00; de mortalidad materna 0,52 0/00; de mortalidad infantil, 23,4 0/00, lo distancian positivamente de la gran mayoría de los países en desarrollo.

La atención primaria de la salud familiar en

Chile tiene la ventaja de probarse en un país con un sistema de salud de tradición eficiente, que explica los favorables indicadores recién citados y que alienta la esperanza de que programas como el que la Fundación Kellogg tuvo a bien acoger al serle propuesto por la ex Facultad de Medicina Santiago Oriente, podrán prosperar y expandirse.

2.- Definición del nuevo enfoque.

La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, celebrada en Alma Ata (URSS) en 1978 y los Gobiernos en ella representados (incluyendo Chile), adoptaron la siguiente definición de atención primaria:

“La Atención Primaria de Salud es la asistencia esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación a un costo que el país y la comunidad puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de auto-responsabilidad y auto-determinación. La atención primaria forma parte integrante del sistema nacional de servicios de salud, del cual constituyen la función principal y el núcleo central, del des-

(*) Con el patrocinio financiero de Kellogg Foundation.

(**) Profesor de Salud Pública, División Oriente.

arrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto del individuo, la familia y la comunidad con el sistema nacional de servicios de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen, trabajen o estudien las personas y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria" (2).

Para los efectos de la divulgación del programa de La Reina, la Dra. Gabriela Venturini ha propuesto la siguiente definición esquemática: "conjunto de acciones poco complejas, pero efectivas que se ponen al alcance de los individuos y familias de la comunidad para promover y recuperar la salud" (3).

Para la O.M.S., son objetivos esenciales de la atención primaria: "la promoción de una nutrición adecuada y de un abastecimiento suficiente de agua potable; el saneamiento básico; la salud de la madre inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; la prevención y la lucha contra endemias locales; la educación sobre los principales problemas de la salud y sobre los métodos de prevención y lucha correspondientes; y tratamiento apropiado para las enfermedades y los traumatismos comunes". "Esos objetivos se logran con la aceptación de una mayor responsabilidad en materia de salud por las comunidades, los individuos y con su activa participación en el esfuerzo por alcanzarlos".

Cabe destacar que Alma Ata definió la Atención Primaria de Salud como "parte integrante del sistema nacional de Salud" y, por tanto, excluyó de su consideración los esfuerzos aislados, individuales o institucionales que no estén coordinados o integrados al "Sistema Nacional de Salud".

Al afirmar que la Atención Primaria es la función principal de tal sistema y que "es el núcleo central del desarrollo social y económico global", le atribuye una trascendencia superior y le asignó la primera prioridad en las metas y gestión del sistema.

Cuando destacó que la Atención Primaria es el primer contacto, mencionó que éste se refiere al individuo, a la familia y a la comunidad. Más adelante condicionó el cumplimiento de los objetivos específicos a la aceptación de una mayor responsabilidad y participación de los individuos y comunidades. Porque creemos que el grupo familiar es el ámbito y la unidad epidemiológica básica - y por lo tanto ecológica - de la salud, es que estamos

dando especial acento al trabajo con familias, en nuestro programa.

También es importante señalar la recomendación de "llevar esta atención de salud lo más cerca posible" a los sitios de residencia o de las actividades de los individuos. El propósito de los programas con acento familiar es, en general, llevar a los miembros del equipo de salud a que tomen contacto sistemático con los grupos familiares, en sus propios domicilios.

Cuando Alma Ata definió la Atención Primaria de la Salud como basada en métodos y tecnologías "socialmente aceptables" y "a un costo que el país y la comunidad puedan soportar", planteó la necesidad de adaptar el sistema a las variadas y variables condiciones locales, con un alto grado de flexibilidad conceptual y operacional.

Lo definió así teniendo presente que tales funciones se pueden cumplir aún en poblaciones de bajo desarrollo económico-social. A medida que este nivel de desarrollo se eleva, la atención primaria se fortalece con el apoyo de los servicios de creciente complejidad, de que dispone el sistema.

3.- Causas que impulsaron la atención primaria de la salud familiar.

3.1. Costos Altos y en rápido aumento vs. amplia cobertura.

El cuidado médico disgregado entre numerosos especialistas clínicos y de apoyo clínico, que ocupan instrumentos de alta complejidad, es muy caro y está encareciéndose rápidamente.

Los estudios actuariales europeos y norteamericanos, demuestran que dicho costo sólo puede ser pagado por un grupo limitado de familias o personas, aún en países ricos y que la asistencia y la seguridad social no pueden costearlo para toda la población. El Dr. Mahler, Director General de la Organización Mundial de la Salud, dijo: "la mayor y la más costosa práctica médica parece responder más a la satisfacción de los profesionales de salud que al beneficio de los usuarios".

El hospital consume el mayor costo de la atención de salud, siendo que el 80 al 90 o/o de todos los contactos de los pacientes con el

sistema de salud, corresponde al nivel primario. Se está acelerando un desbalance en que a medida que se concentra la atención médica en la super-especialidad, ésta absorbe mayores recursos a costa de postergar el cuidado de grandes masas poblacionales.

Contra esta inequidad es que se está reaccionando y Alma Ata contrapuso su esquema.

Sí, no debería llegarse al extremo de minorizar la tecnología médica compleja y el desarrollo de las especialidades, ya que éstas encabezan el progreso médico y son apoyo indispensable de la medicina primaria.

Debe buscarse un equilibrio flexible de desarrollo de los varios niveles de complejidad, a un "costo soportable", en que el mayor imperativo es dar atención primaria de salud a todos o a casi todos.

3.2. Atención médica impersonal.

La demanda masiva de atención médica, el uso excesivo de exámenes de laboratorio, radiología, etc. más el exagerado uso de interconsultas, no sólo elevó el costo de la atención de cada enfermedad, sino que destruyó la continuidad y personalización del diálogo médico-paciente. En circunstancias que es sabido que buena parte de las enfermedades o síntomas que presenta el consultante mejorarán solos y que su componente psico-somático mejora o se alivia con el apoyo emocional de dicho diálogo comprensivo. La población pide una atención médica humanizada.

3.3. El alto costo de la atención médica y la distracción de recursos por exámenes de apoyo y por interconsultas, innecesarios, impide extender la cobertura de cuidado médico a toda la población, aún en países de alto desarrollo. La población pide ser atendida y que se democratice la atención médica.

4.- Características de la Atención Primaria de la Salud Familiar.

4.1. Tiene como núcleo básico a la familia.

Queremos insistir en nuestro programa en la

denominación y enfoque familiar, los que no están implícitos, necesariamente, en el concepto y práctica de atención primaria de la salud.

El que la familia sea necesariamente el centro de la atención de la salud del sistema, se justifica porque la salud de cada miembro es interdependiente de la salud de los otros miembros de la familia.

Toda enfermedad crónica o aguda de sintomatología ostensible o invalidante; parcial o total; altera las relaciones personales y la dinámica familiar pudiendo llegar a desencadenar conflictos económicos o de relaciones interpersonales, tensiones y angustias, a veces de gran magnitud. Todos los enfermos necesitan apoyo, especialmente emocional, de sus familiares. Todo régimen higiénico o alimenticio necesita de apoyo familiar. Algunas enfermedades mentales se generan o desencadenan por conflictos familiares o por la conducta anómala de uno o más miembros. El convalesciente de una enfermedad mental, el alcohólico o drogadicto en recuperación, los enfermos psicósomáticos, necesitan la comprensión, apoyo de la familia y ésta necesita ser protegida, mediante instrucciones precisas en cuanto a cómo actuar y esperar del curso de la enfermedad en cuestión, su tratamiento y evolución. El "autocuidado" que exalta la responsabilidad familiar y ahorra tiempo y recursos técnicos, se genera en la unidad básica familiar.

4.2. Trabajo en equipo y continuidad de la atención primaria.

Es también una peculiaridad el que un equipo compuesto por profesionales y auxiliares estables, atiendan a las mismas personas, continuamente. La continuidad facilita la comunicación y al cabo de poco tiempo, cada miembro del equipo de salud tendrá un conocimiento acabado de las familias a su cargo, por tanto atenderá más eficiente y expeditamente a cada uno de sus miembros, en lo técnico y con más cordialidad. La confianza mutua aumenta el rendimiento, es especial, por mejor cumplimiento de las indicaciones médicas. "La gente pide un médico que cuide a toda la familia" Stephen (4).

4.3. Atención Integral.

La atención integral es una peculiaridad también. El mismo médico y sus colaboradores atienden todos los problemas de salud de cada uno de los miembros de su familia, en el nivel primario, el que constituye el 80 a 90 % de la consulta médica, en Chile y en todos los países con buenas estadísticas. En el régimen tradicional que dejó el S.N.S., los miembros de la familia eran atendidos por pediatras y/o obstetras y/o especialistas asignados a los diversos programas verticales; desconectados cada uno de los otros especialistas. Además en el nuevo enfoque, el médico general que pide interconsulta, conserva la responsabilidad del caso y asesora al especialista, de ser necesario. Esto enaltece la autoestimación del médico general, previene el dispendio provocado por la interconsulta indiscriminada a especialistas y favorece la colaboración familiar para el cumplimiento de las indicaciones terapéuticas. La organización de un buen sistema de referencia o interconsulta a los niveles de mayor complejidad, es indispensable y es una ventajosa inversión económica.

5.- Requisitos de la Atención Primaria.

Aparte de vocación y de infraestructura se necesita:

5.1. El Médico General. Se han expresado dudas de que pueda existir un médico general de las características que exigen las funciones de la atención primaria de la salud familiar, en el campo de la medicina interna, de la cirugía de urgencia, de la obstetricia, pediatría, psiquiatría y salud pública, en el contexto de la dinámica familiar específica y que sea un líder de su grupo y de la comunidad. Más aún, si este médico puede ser el recién egresado de la Escuela de Medicina o sólo puede ser un especialista de post-grado. Creemos que ningún país es capaz de financiar la atención de la salud primaria de su población en base a especialistas que consumen casi 20 años de estudios para recibirse de médicos y que necesitan 3 años más para ser especialistas, recién a la edad de 30 años.

Además, la experiencia chilena es que el médico y los profesionales de colaboración egresan de las Universidades locales capacitados, en general, para cumplir tales funciones, bajo una supervisión adecuada. También es la experiencia chilena, que la formación de tal médico general debe ser consolidada y protegida de la rutina o del deterioro, mediante educación continua, desde los primeros meses. La seguridad en sí mismo, la auto-estimación, el progreso del nivel profesional son sorprendentes, si se les apoya con un buen programa docente continuado.

Creemos que el especialista en medicina general familiar puede o debe existir en Chile; pero para cumplir labores académicas o directivas asistenciales altas.

5.2. Coordinación.

Cuando es una institución, como ocurre generalmente, la que desarrolla programas de atención primaria de la salud, la coordinación con instituciones que dan servicios directos o indirectos que elevan el nivel de salud, aumentan la eficiencia y disminuye los costos.

5.3. Participación Comunitaria.

La colaboración de la comunidad organizada y/o episódica, es otra fuente de disminución de los costos. Más importante aún, es una fuente de iniciativas, de enseñanza-aprendizaje mutuos y de satisfacción colectiva. Hay que procurar que se enseñe, a los pacientes y a las familias, a hacer uso juicioso de los servicios de salud. La dieta hídrica implementada por las familias en casos de diarreas infantiles en los barrios periféricos de Santiago, hace más de 30 años, aún antes de la consulta médica, fue uno de los aportes más significativos para disminuir la mortalidad por esa enfermedad. La capacitación en cuidados de la salud y de síntomas, a la gente común, ha demostrado eficiencia en disminuir consultas innecesarias y costosas en programas chilenos locales.

La atención de urgencia en crisis cardiovasculares, por laicos, ha rebajado en los Estados Unidos la mortalidad de casos de "ataque car-

d'faco", significativamente.

Es un campo que debe explorar o desarrollar el programa de atención primaria de la salud familiar en cuanto a participación comunitaria.

6.- El Programa en marcha.

Con anterioridad a las negociaciones con Kellogg Foundation, habíamos proyectado establecer un centro docente-asistencial de atención primaria, en apoyo a la política de desarrollo de la medicina general, propugnada por el Ministerio de Salud y coincidente con los objetivos de la formación profesional de los médicos, que las Facultades de Medicina de Chile han venido reiterando. El Consejo de la Facultad debatió el desarrollo de la medicina general en 1979.

Fue en esta etapa que Kellogg Foundation conoció nuestras ideas y su concordancia y coordinación con las autoridades del Area Oriente de Salud. Las negociaciones con Kellogg Foundation fueron gratas y fáciles.

El programa docente, iniciado en 1980, con la formación de especialistas en Medicina General, se expandió y en Abril de 1982 se inauguró el programa docente-asistencial del Consultorio "La Reina".

6.1. Programa de Formación de Docentes Generales en las Especialidades Clínicas Básicas.

En 1979 un distinguido internista presentó un documento recabando que debíamos cumplir mejor el objetivo básico de los estudios de medicina; reorientando la enseñanza; formando un médico básico o general en las especialidades clínicas, quienes asumirían en el futuro, la mayor cuota de la docencia de pre-grado.

El Consejo de Profesores de la ex Facultad de Medicina Oriente, terminó por acoger la idea y en 1980, aprobamos las primeras becas universitarias financiadas por la Facultad, para formar esos futuros docentes, especialistas en Medicina General, en Cirugía General, en Obstetricia y Ginecología General y en Pediatría General.

Hasta el momento, la hoy División Oriente y la ex Facultad de Medicina Santiago Oriente otorgaron 6 becas universitarias.

Diversos factores, siendo el más importante

ajeno a la voluntad de los responsables de este programa, debilitaron el cumplimiento cabal de esta área del programa.

6.2. Enseñanza de la Salud Pública y de Sociología en la Carrera de Medicina.

6.2.1. En 1982 el Curso de Sociología ofrecido a los alumnos de 2º año de la Carrera de Medicina comprendió 60 horas.

El curso tuvo como propósito contribuir a la formación del estudiante en aquellos aspectos psico-sociales culturales que intervienen en los procesos de salud y enfermedad. O sea, se trató de ampliar la perspectiva de análisis de los problemas médico-sociales y destacar los factores culturales que influyen en la conducta social en relación con la salud. Los aspectos familiares y comunitarios fueron especialmente considerados dada su importancia en la práctica de la medicina de los futuros médicos.

Durante el primer semestre el curso consistió en clases teóricas. El segundo semestre estuvo dedicado a actividades de terreno en La Reina, comuna en la cual se está implementando el Programa de Atención Primaria de la Salud Familiar.

6.2.2. Curso de Salud Pública para alumnos del 5º año de Medicina.

En 1982 se dio mayor énfasis a la atención primaria de la salud familiar, tanto en la parte lectiva, como en el tercio destinado al trabajo de terreno. En éste los alumnos desarrollaron estudios descriptivos y encuestas epidemiológicas, atinentes a la atención primaria de la salud.

6.3. Programa de capacitación de los médicos generales y educación continuada.

Con mayor razón cuando estamos comenzan-

do, que cuando un programa está asentado, creemos indispensable interesar y capacitar a todo el personal envuelto, en los conceptos y en la metodología prevista. En Agosto de 1981, esta División realizó un Seminario de dos días de duración sobre Atención Primaria de Salud en que participaron autoridades del Ministerio de Salud, académicos de la División, autoridades del Servicio de Salud Metropolitano Oriente y médicos generales. Su objetivo difundir los conceptos de la Atención Primaria de la Salud Familiar entre autoridades consideradas decisivas para la conducción del programa entre médicos generales participantes en el programa; fue cumplido muy eficientemente.

En julio de 1982, la División condujo un Curso de 2 días de duración abierto a todo participante; pero especialmente dirigido hacia personal profesional del Servicio de Salud Metropolitano Oriente. También se cumplió, cabalmente, el objetivo de adoctrinamiento e información sobre actividades relacionadas con la Atención Primaria de la Salud.

Esperamos que, a comienzos de 1983, echemos a andar el Programa Docente-Asistencial, que incluye un Curso de Capacitación, para médicos generales o integrales de esta área de salud. Se pretende reclutar entre 10 y 18 alumnos, entre médicos contratados por el Servicio de Salud y/o por la Municipalidad.

El Programa del Curso está redactado en su mayor parte y comprende clases magistrales, trabajo grupal y bibliográfico, práctica supervisada, auto-aprendizaje con audiovisuales y se centra en la atención primaria, según los programas del Ministerio de Salud, para el Adulto y Senescente; para el Niño y Adolescente; para la Mujer; tanto en lo clínico, familiar y comunitario, con un importante contenido de Salud Mental.

6.4. El Programa en el Consultorio "La Reina".

La práctica de una política universitaria de desarrollo de la medicina general y de la atención primaria de la salud familiar y comunitaria requiere un campo clínico donde se pongan a prueba el sistema, los procedimientos, las técnicas

y su evaluación necesaria y donde los alumnos de pre y post grado tenga la oportunidad de contrastar sus ideas con la realidad y puedan adiestrarse en las nuevas técnicas.

Creemos que hicimos una buena elección en el Consultorio La Reina. Tuvimos muchas y buenas razones. Pero la más importante fue la excelente disposición de sus médicos generales urbanos, quienes desarrollaron una labor premonitora muy valiosa; en los últimos años.

RESUMEN

Se presenta un resumen de la circunstancia en que se ha iniciado este programa y se analiza la definición y los acuerdos de la Conferencia de Alma Ata. En este evento se propuso una estrategia destinada a propiciar una "medicina para todos" como una reacción contra una medicina centrada en su mayoría en el Hospital para la atención entregada a un débil porcentaje de la población. Una especialización excesiva ha destruido la continuidad y la personalización del diálogo médico-paciente que podrían por sí mismos aliviar gran parte de los quebrantos de la salud.

El autor precisa la necesidad y las ventajas de situar a la familia al centro de los cuidados de salud y analiza sus ventajas y peculiaridades. Finalmente se adelanta un esquema de los subprogramas académicos y asistenciales que la División de Ciencias Orientales de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile y el Consultorio Periférico "La Reina" han iniciado en 1982.

SUMMARY

A summary of the circumstances under which this program has been initiated and an analysis of the definition and agreements of the Alma Ata Conference. This event purposed a strategy destined to attain a "medicine for everybody" as a reaction against a medicine the majority of which is centered in the Hospital for care delivered to a feeble percentage of the population. An excessive specialization has destroyed the continuity and personification of the dialogue physician-patient that could enable them to alleviate most of bad health.

The author emphasizes the necessity and advantages of placing the family in the center of health

care and analyzes conditions and peculiarities. Finally, a reference is made to the fact that academic and assistance subprogram initiated by the Eastern Division of Sciences of the Faculty of Medicine, University of Chile, and the Peripheric Consultation "La Reina" have begun in 1982.

RESUME

L'auteur résume la circonstance dans laquelle ce programme a débuté et analyse la définition et les accords de la Conférence de Alma Ata. Celle-ci propose une stratégie pour parvenir à une "médecine pour tous" comme une réaction à une médecine dont la plus grande dépense est centrée à l'hôpital, par des soins donnés à une faible pourcentage de la population. Une spécialisation excessive a détruit la continuité et la personnalisation du dialogue médecin-malade pouvant par eux-même soulager grande partie des maux de santé.

On précise le besoin et les avantages de placer la famille au centre des soins de santé et on analyse les conditions et particularités. Finalement, on avance un aperçu des sous-programmes académiques et assistentiels que la Division de Sciences Orient de la Faculté de Médecine de l'Université du Chile et la Consultation Périphérique "La Reina" ont commencé en 1982.

BIBLIOGRAFIA

1. Bravo A.L. "Historia de la Salud Pública Internacional, Políticas Sectoriales y Cooperación Internacional. Las Experiencias de la O.M.S. y de la O.P.S.", Cuadernos Médico-Sociales, Vol. XXIII, N° 4, Colegio Médico de Chile (A.G.).
2. O.M.S., "Crónica de la O.M.S.", Vol. 32, N° 11, Noviembre de 1978, pág. 467.
3. Venturini, G. "Implementación de un Programa de Medicina General Familiar en el nivel primario de atención. Una experiencia de respuesta al cambio", (en prensa).
4. Stephen, W.J. "La Atención primaria médica y el porvenir de la profesión médica", Mesa Redonda, Foro Mundial de la Salud, 1981; Vol. 2, N° 3.
5. Venturini, G., Palma, C., y cols. C.E.A.P. "Documento de Trabajo", Noviembre 1982, N° 3, (Condell 285), Santiago, Chile.
6. Narro, R.J. y cols. "Medicina General Familiar". Mesa Redonda, Revista de la Facultad de Medicina de México.
7. Ceitlin, J. "El médico de Familia - una versión contemporánea del médico generalista", Cuadernos Médico Sociales, Vol. XXII, 17 - 29, Septiembre-Diciembre, 1981, Santiago, Chile.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a los miembros del Comité que me hayan autorizado para presentar este relato en las "Jornadas Lucas Sierra", de Enero de 1983 y en el Departamento de Salud Pública del Colegio Médico de Chile (A.G.), en circunstancias que el Programa es la obra de todos nosotros. Además, agradezco al Dr. Ramón Florenzano, Director del Programa y del Comité, a las Dras. Cristina Palma, Gabriela Venturini y a doña Nina Horwitz, quienes revisaron este relato.

Dr. Guillermo Adrissola E.