

LA SALUD EN CHILE Y LA OMS

En Chile la historia del desarrollo de la Atención Primaria es fundamentalmente la del Consultorio Urbano. A este respecto es sorprendente observar como la Declaración de Alma Ata especifica la Atención Primaria de Salud en términos que coinciden total y absolutamente con el modelo y función del Consultorio Periférico Urbano desarrollado en Chile desde 1952 por el SNS y con especial énfasis a partir de la década del 60. De este modo, puede verse un fenómeno de anticipación histórica en Chile dentro del devenir de la salud mundial orientada por la OMS.

Esta anticipación está siendo evaluada por los autores del presente trabajo.

UN BOSQUEJO DE LA ATENCION DE SALUD EN CHILE FRENTE A LAS CONCLUSIONES DE ALMA ATA

Prof. Aux. DIEGO ZALAZAR R. (*)
Prof. Aux. AMELIA SALOMON R. (**)

El énfasis fundamental que pone la OMS en la atención primaria en la estrategia de Salud para todos el año 2000 mueve a reconsiderar y reexaminar la enorme riqueza de este concepto.

En primer lugar es necesario profundizar la idea que la atención primaria supone una población responsiva y responsable frente a los esfuerzos por elevar sus niveles de salud. Responsiva, es decir que responde en forma eficaz a los estímulos que los proveedores de salud le dan con respecto a los problemas de Salud. Responsable, es decir, que sea capaz de asumir por cuenta propia por lo menos parte de las soluciones a esos problemas. Estas nociones involucran la idea de una medicina que concibe al paciente como real protagonista de su historia clínica y no como simple comparsa. Por otra parte, decir población responsiva y responsable y protagonista de la historia de su salud implica comportamiento, conductas, acciones que emanan de la propia decisión de las personas. Al respecto de estas conductas y acciones la OMS declara: "Descartando problemas de origen "natural" (fisiológicos, anatómicos, etc.) endógenos, existe un número gigantesco de problemas que se generan por comportamientos inadecuados". Al leer esto es necesario analizar el adjetivo "gigantesco" que obviamente enfatiza la importancia cuantitativa que la OMS atribuye a la conducta humana en salud y enfermedad. Cabe hacer notar también

que los comportamientos inadecuados pueden, y de hecho ocurre así, agravar o complicar aquellas patologías llamadas aquí de origen "natural", de modo tal que pueden frustrar su corrección. De aquí se desprende que el modelo funcional básico de la atención primaria viene a ser de "estímulo-respuesta", sea cual sea la interpretación psicológica o social que se le de a este término compuesto.

La salud no es un estado, es un proceso. Este proceso es básicamente una interacción entre profesionales de salud y los aún llamados pacientes. Pero ya no podemos decir "interacción entre proveedores y usuarios" como sinónimo de lo anterior, puesto que el paciente también pasa a ser un proveedor de salud en los términos de su conducta cuando ésta es correcta. Es así entonces, al hablar de "control" (trátase de niño sano o de la embarazada) habrá que hablar también del hábito de control en la población. O al hablar de "diagnóstico precoz" será necesario hablar de "conducta no casual de consulta oportuna". El rol activo del paciente en la atención primaria es tan importante como el rol activo del profesional de salud. Dentro de este esquema resulta evidente que la educación a la población en todos sus aspectos resulta crucial.

Todo este enfoque de la atención de salud no es nuevo en Chile para los grupos profesionales. Este enfoque de atención en nuestro país es un modelo ya clásico que se ha expresado y continúa expresándose en el consultorio periférico de las grandes ciudades, el consultorio adosado al hospital de las ciudades más pequeñas y la posta rural. A su vez, en términos de organiza-

(*) L.E.S.

(**) Enfermera Universitaria, L.S.P.

Escuela de Salud Pública. Div. Medicina Preventiva y Salud Materno Infantil. Univ. de Chile.

ción de los recursos de personal, el concepto de atención primaria se expresó en el denominado "equipo de salud". El equipo de salud se concibió como grupo multiprofesional integrado, liderado por el médico, pero conformado por las capacidades de decisión de cada profesional involucrado. El equipo de salud se concibió además como unidad educadora, lo cual constituyó un poderoso valor en el fomento de la salud y prevención de la enfermedad. A través de los equipos de salud, o sus equivalentes, instalados en los consultorios periféricos y adosados, y postas rurales, se realizaron los Programas de Salud. Estos constituyeron esquemas de atención que se definían sobre la base de la proyección de las necesidades de salud del área servida, de un año al otro. Todo esto que hemos descrito significó descentralizar la atención de salud y diseminarla geográficamente, es decir, acercándola a los receptores de ella. Este aspecto tiene gran valor en cuanto a la accesibilidad del recurso y rebaja del costo del acceso para el usuario. Además, la experiencia en Chile, desarrolló otro aspecto al que se le asigna gran importancia en "Salud para todos el año 2000". Es el desarrollo de recursos humanos de nivel de menor complejidad. Este desarrollo se expresó en la creación del rol de "auxiliar de enfermería" (1958). Esta persona pertenece a un nivel sociocultural muy similar al de la mayoría de la población. A su vez el costo de prepararla es bajo y la experiencia ha demostrado que esta preparación es eficiente y eficaz.

La práctica de la atención primaria en Chile ha tenido siempre la característica de un acercamiento tanto profesional como geográfico a la población de usuarios. Esta característica se debe a la filosofía de responsabilidad ante su sociedad que conllevan las carreras de la Salud en Chile.

Ser médico, enfermera, matrona o nutricionista se ha enmarcado tradicionalmente en una concepción de la profesión como "servicio" a la humanidad doliente o en riesgo de serlo, dentro del ámbito del país.

Toda la práctica y experiencia chilena desde 1952 puede considerarse como una aproximación exitosa y eficaz a la declaración de la 28a. Asamblea Mundial de la Salud (1978) en que afirmaba que la atención primaria de salud es el punto donde los individuos componentes de la población establecen el primer contacto con los sistemas nacionales de salud, de los cuales la atención primaria debe ser parte integrante, debe guardar relación estrecha con los

estilos de vida y las necesidades propias de la comunidad a que sirven.

En conclusión, los profesionales de salud chilenos, como los de algunos otros países, no se encuentran con novedades de fondo al examinar las resoluciones de la Asamblea de Alma Ata (1978). Al contrario, las proposiciones de esta reunión mundial consagra como modelo la atención de salud desarrollada por años por algunos países del mundo. Esta atención de salud se ha dirigido fundamentalmente a crear las condiciones técnicas y ambientales que fomenten y protejan la salud y permitan el empleo económico de la atención secundaria y terciaria.

Para evidenciar todo lo ya expuesto se puede recurrir a la literatura publicada de la medicina social. Dentro de esa historia aparece en forma patente cómo la atención de salud en Chile, por ser técnica y a la vez educadora de las personas y la comunidad, ha ido creando, en conjunto con el desarrollo cultural y económico del país una población cada vez más responsable y responsable frente a los problemas de salud personales y ambientales. Es necesario observar también como en el "subconsciente" de la práctica de la atención de salud en Chile ha estado actuando siempre el marco conceptual de la Salud Pública como disciplina médica, como marco orientador para diseñar la atención de salud, y como filosofía de la práctica de los profesionales de salud. Esta disciplina de Salud Pública concibe tanto al paciente como al profesional de salud como unidades humanas anatomofisiológicas que funcionan en un medio ambiente físico peligroso por naturaleza, tomando en cuenta como parte esencial de ellos su modo de reaccionar frente a sí mismos y al medio y su modo de interactuar en el entorno social.

Como resumen de todos estos conceptos, sería posible afirmar que en Chile la historia del desarrollo de la atención primaria es, fundamentalmente, la del Consultorio urbano. Es sorprendente observar como la Declaración de Alma Ata especifica la atención primaria de salud en términos que coinciden total y absolutamente con el modelo y función del Consultorio Periférico urbano desarrollado en Chile desde 1952 por el Servicio Nacional de Salud, con especial énfasis a partir de la década del 60. Este modelo lo expresa la Declaración diciendo que la atención primaria de salud comprende, *cuando menos*, las siguientes actividades: "Educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención y de lucha correspondientes; promoción del suministro de alimentos y de una

nutrición apropiada, un abastecimiento adecuado de agua potable y saneamiento básico; asistencia maternoinfantil, con inclusión de la planificación de la familia; inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; prevención y lucha contra las enfermedades endémicas locales; tratamiento apropiado de las enfermedades y los traumatismos comunes; y suministro de medicamentos esenciales" (cita del documento de la OMS "Formulación de Estrategias con el fin de alcanzar la salud para todos en el año 2000", Ginebra, 1979).

El Consultorio Periférico chileno es este modelo, y corresponde al concepto de la descentralización de la atención médica sin perder la coordinación con los centros de atención más complejos ni con los organismos directivos superiores.

En el logro de los objetivos formulados en la creación del Servicio Nacional de Salud, y por lo tanto, en la creación del Consultorio Periférico y del Consultorio Adosado, desempeñó un importante papel la Escuela de Salubridad (hoy Escuela de Salud Pública) de la Universidad de Chile. Este papel se expresó en el estudio, consolidación y difusión de las ideas de desconcentración y énfasis en la atención primaria en la atención médica, así como también se manifestó ese valioso rol en la formación de profesionales para el esquema. La idea básica era que "la salubridad es un proceso local" ("El Servicio Nacional de Salud", publicación del propio Ser-

vicio, Santiago, Chile, 1958). De este modo vemos un fenómeno de anticipación histórica en Chile dentro del devenir de la Salud Mundial orientada por la OMS.

Esta anticipación está siendo evaluada por los autores del presente trabajo, los que parten de la idea que el Consultorio Periférico en Chile representó un gran experimento, aunque no diseñado como tal, en el ámbito de la Salud Pública. El éxito de la experiencia ("experimento espontáneo" como lo denominarían los científicos sociales) es innegable en Chile

B I B L I O G R A F I A

- OMS/UNICEF, "Atención Primaria de Salud". Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma Ata, URSS, Septiembre, 1978
- OMS. "Formulación de estrategias con el fin de alcanzar la Salud para todos en el año 2000", Ginebra, 1979.
- *Revista Médica de Chile*. "25 Años de la Salud Pública en Chile", Vol. 105, Santiago, Chile, 1977.
- SNS. "El Servicio Nacional de Salud". SNS, Santiago, 1958.
- *American Journal of Nursing*. "Pluralism and Competition a Possibility for Primary Care", Vol. 81, Nº 12, December, 1981.
- OMS. "Foro Mundial de la Salud", Revista Internacional de Desarrollo Sanitario, 1981, Vol. 1 y 2.