

MEDICINA GENERAL Y ATENCION PRIMARIA

Dr. ALEJANDRO GOIC G. *
Dra. GABRIELA VENTURINI R. **

INTRODUCCION

El lema de la Organización Mundial de la Salud (OMS) "Salud para todos en año 2.000", plantea un dilema conceptual y otro de estrategia que es necesario resolver para llevar este alto propósito al nivel de acciones concretas. En el plano conceptual reactualiza el tema siempre vigente de la definición de la salud en términos positivos que señala las metas a alcanzar en salud y bienestar y estimula el diseño de acciones y técnicas adecuadas para lograrlas.

La relación entre salud y desarrollo y la consideración de la salud como uno de los factores del nivel de vida, evidencia la multiplicidad de sectores que deben comprometerse en el logro del completo bienestar físico-mental y social, y señala para la medicina un campo preciso en la prevención, reparación y rehabilitación de la enfermedad y un rol de testigo y denuncia de los factores del ambiente físico y social que afectan la salud de las personas.

En el plano de las estrategias, el lema de la OMS se enfrenta con la realidad que las 4/5 partes de la población mundial no reciben los beneficios permanentes de una atención elemental o de servicios básicos de salud, por diferentes razones, lo que la coloca en condiciones de marginalidad.

El desafío de llevar una atención básica de salud a la totalidad de la población, encuentra a los países en situaciones diferentes, de acuerdo a los principales problemas de salud que enfrentan, a los recursos de que disponen y a las políticas de salud que desarrollen. En Latinoamérica, donde el problema tiene la misma vigencia, Chile se

ubica en una situación de relativo privilegio respecto de los otros países, por razones vinculados a la existencia de un sistema organizado de salud y de instituciones que han tomado a su cargo la atención de salud de sectores bien determinados de población, con programas definidos de atención dirigidos a las personas y al ambiente.

Diversos indicadores de salud y de utilización de recursos, evidencian los avances logrados en la disponibilidad de servicios y en su uso por la población. Nuestra mortalidad general de 6,8 por mil habitantes en 1979, a la altura de la de países con buenos indicadores de salud, resume lo que se ha logrado en aumento de la esperanza de vida al nacer; ello, en gran medida, gracias a la disminución de la mortalidad en edades tempranas de la vida, como lo demuestra la mortalidad infantil en continuo descenso: en los diez últimos años la mortalidad de menores de un año ha descendido de 79,3 a 36,3 por mil nacidos vivos.

Si bien esta ganancia en vidas no puede atribuirse a la acción exclusiva de los servicios médicos, especialmente en un país donde ellos ya tienen larga tradición, no se puede desconocer que la perseverancia en acciones preventivas y de fomento de la salud de la madre y el niño han ayudado a preservar esos indicadores de salud del deterioro.

Las defunciones son certificadas por médico en un 90%, lo que evidencia asistencia

* Departamento de Medicina.

** Departamento de Salud Pública. División Ciencias Médicas Oriente.

profesional en algún momento de la enfermedad final que condujo a la muerte. Sin embargo, éstos y otros indicadores, que aparecen satisfactorios en función del nivel de salud del país, constituyen promedios que ocultan realidades distintas y mucho menos favorables en algunas regiones de Chile. Regiones como la 8ª, 9ª y 11ª se apartan bastante del promedio del país y, dentro de ellas, hay localidades con baja certificación médica de defunciones.

Estos hechos apuntan al problema de la extensión de servicios, necesaria para lograr la cobertura de poblaciones con escasa o ninguna accesibilidad a la atención de salud, como son las localidades rurales o semi-rurales de menos de 5.000 habitantes y las poblaciones periféricas de ciudades mayores, que crecen constantemente. La accesibilidad a los servicios de salud en estos grupos está dificultada por las barreras geográficas que oponen las distancias y la dispersión con que se asientan las familias y pequeñas comunidades, además de barreras culturales y económicas dependientes del nivel de vida general de la población.

También afectan la cobertura la insuficiente o heterogénea distribución de los recursos de salud humanos y materiales, que no guarda relación con las necesidades de salud de la población y cuya causa es múltiple y sus efectos difíciles de modificar en el corto plazo. La definición de una política de formación, preservación y reposición de recursos es el punto de partida para las decisiones que en el futuro lleguen a modificar su tipo, cantidad y distribución, necesarios para hacer realidad la cobertura universal de la población.

ATENCIÓN PRIMARIA

La expresión Atención Primaria es usada con diversas acepciones, que es conveniente clarificar.

Se la ha utilizado en el sentido de una *estrategia* para extender la cobertura de salud, como referencia a la *asistencia sanitaria básica* a la población y como un conjunto sistematizado de *actividades multisectoriales* destinadas a mejorar las condiciones sanitarias de las comunidades.

Como estrategia, la atención primaria es una derivación de la política de salud, que

la utiliza como herramienta para obtener un aumento de la cobertura.

Como referencia a un conjunto de actividades multisectoriales, enfatiza la interrelación de salud con otros factores del desarrollo.

Constituye un enfoque integralista de mucho interés y proyecciones, pero su implementación escapa a la responsabilidad específica del sector salud, el que pasa a ser un integrante más de un conjunto de acciones más complejas y completas que las meramente sanitarias.

Por eso que, en el marco del presente Seminario, nosotros empleamos la expresión Atención Primaria para referirnos a la asistencia sanitaria básica a la población.

Por otra parte, la palabra *primaria* tiene dos connotaciones diferentes aunque relacionadas: una referente a la condición de *primera en el tiempo*; otra, referente a la condición de principal o *primera en importancia*.

Aplicada a la atención de salud, en su primera acepción, primaria se refiere al primer contacto de una persona que enferma, con el profesional de la salud.

En su segunda acepción, se refiere a la atención de salud más importante que un sujeto recibe, en términos comparativos con otras atenciones. Implica un juicio de valor, generalmente de base cuantitativa y social: un conjunto de acciones para mantener la salud colectiva y resolver problemas prevalentes.

Como primera en el tiempo, la atención primaria no es patrimonio sólo de la medicina institucional: el médico que atiende en su consulta privada a un paciente que acude por primera vez a ella, está proporcionando atención primaria; lo propio hace un médico de una unidad de emergencia de una clínica privada a la que recurre un enfermo.

En la medicina institucional se proporciona atención primaria en las Postas Rurales y Consultorios Periféricos o Centros de Salud y también en los Servicios de Urgencia del Sistema de Salud. En este caso, la Atención Primaria se otorga en el *nivel primario* del sistema y ambos términos pasan a ser equivalentes, uno indicando la acción que se

desarrolla, y el otro, el lugar de atención. En un sistema de salud la atención primaria define, además, la puerta de entrada o primer contacto del paciente con el sistema.

En la medicina individual, la atención primaria, con pocas excepciones, es siempre otorgada por un *médico*.

En la medicina institucional, la atención primaria es otorgada por un equipo de salud multiprofesional, en el que el médico tiene habitualmente un rol principal.

Tal vez, para facilitar la comunicación de las ideas debería utilizarse el término "*Atención Médica Primaria*" para referirse a la atención primaria proporcionada por el médico, y el de "*Atención Primaria de Salud*" para referirse a la Atención Primaria proporcionada por el equipo de salud.

En el presente Seminario, usamos la expresión Atención Primaria para significar tanto la asistencia sanitaria básica de la población, como el nivel primario de atención y la puerta de entrada o primer contacto del enfermo con el sistema de salud.

Además, nos limitaremos a la atención médica primaria de orden institucional, es decir, a la atención que proporciona el médico en el nivel primario de un sistema planificado de salud.

Para delimitar el campo conceptual y práctico de la organización de salud y comprender el lugar de la atención primaria en un sistema de salud, parece conveniente recurrir a las definiciones de grupos técnicos reunidos en comités de la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.).

Se define como *Sistema de Servicios de Salud* a un "sistema nacional permanente de instituciones establecidas, cuyo objetivo múltiple es satisfacer las diversas necesidades y demandas de la población en materia de salud, prestando asistencia sanitaria a los individuos y colectividades mediante el desarrollo de una amplia gama de actividades preventivas y curativas y mediante la utilización en gran medida de personal de salud polivalente".

Visto como conjunto de elementos interrelacionados, el sistema de servicios de salud incorpora recursos de todo tipo, incluidos los recursos humanos, una tecnología de diferen-

te complejidad, métodos y procedimientos, normas y reglamentos adecuados e interrelacionados de manera permanente y coherente. Todo ello proporciona una estructura al Sistema para el objetivo de proporcionar atención de salud a la población.

La organización del sistema de servicios de salud en Chile corresponde al modelo regionalizado de "mínima complejidad - máxima cobertura", "máxima complejidad - mínima cobertura" y un nivel intermedio. Este modelo obedece al concepto de concentrar recursos de alta especialización y elevada tecnología en un menor número de centros, donde acuden los pacientes cuyo problema no ha podido ser resuelto en otros niveles; un nivel secundario en el que se atienden problemas menos complejos, pero más frecuentes, para lo cual disponen de una dotación y combinación de recursos y tecnología menos sofisticada y un nivel primario, de escasa o nula especialización, donde se atienden los problemas de salud más corrientes que afectan a la población.

De este modo, la base de la estructura del sistema de servicios de salud está cimentada en el nivel de atención primaria.

El sistema tradicional de atención primaria de salud, se basaba en la presencia del médico que proporcionaba atención y consejería médica a todo miembro de la familia de manera continua y por un tiempo satisfactorio. Sin embargo, como instrumento para extender la cobertura de salud, la atención primaria es más que la atención por un solo profesional de los miembros del núcleo familiar. Más bien se trata de un proceso en el cual hay un primer contacto de los individuos con el sistema de salud, entendido como suma de elementos, recursos y tecnología que se ponen en juego para hacer las decisiones sobre sus problemas. "La atención primaria tiene la responsabilidad de mantener la continuidad de la atención y cuidados para mantener la salud, para la evaluación y manejo de síntomas y para la referencia o transferencia de las situaciones que no puedan ser resueltas a ese nivel", según la caracteriza el Departamento de Salud, Educación y Bienestar de los Estados Unidos. Se la define también como "el conjunto de acciones poco complejas pero efectivas que se ponen al alcance del individuo, la familia y la comunidad para promover y preservar la salud, repararla y prevenir la enfermedad".

Según el Director de Organización Panamericana de la Salud, en la experiencia de Latinoamérica este nivel puede resolver dos tercios de los casos que soliciten asistencia médica, reduciendo en forma importante las hospitalizaciones y el costo de la atención.

En un sistema regionalizado, el nivel de atención primaria se da en la periferia del sistema de salud. El recurso humano eje del nivel es el médico no especializado a cargo de una unidad o estructura de salud en que operan otros técnicos y auxiliares.

Ella es el instrumento que se dispone para la extensión de la cobertura de salud.

EL MEDICO PARA LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD

Dejando en claro que en un sistema planificado de salud la Atención Primaria es otorgada por un equipo de salud multiprofesional, en esta oportunidad sólo nos referiremos al médico que participa en ella.

Para organizar la atención médica primaria existen teóricamente dos alternativas principales: a) Otorgarla a través de un *equipo de especialistas* en las disciplinas clínicas mayores (Medicina Interna, Cirugía, Obstetricia-Ginecología, Pediatría, Psiquiatría y Salud Pública); o b) Otorgarla a través de un médico que, tentativamente, llamaremos generalista. Este tipo de médico ha recibido diversas denominaciones (médico general, médico de familia, médico de comunidad, etc.), y se le suponen diversos conocimientos y habilidades.

Una y otra alternativa es utilizada en países que cuentan con sistemas planificados de salud, dependiendo probablemente de la tradición médica de cada país y las respectivas políticas de formación profesional. Probablemente otorgar la atención primaria a través de médico generalista es más factible para la mayoría de los países que a través de un equipo de especialistas.

Desde hace casi 30 años en Chile se ha utilizado el Médico General de Zona para la atención rural y, en los últimos años, el Médico General Urbano para la atención primaria urbana o suburbana.

En términos amplios se puede decir que el médico generalista para la atención primaria está orientado científica y socialmente hacia el individuo como miembro de un

grupo familiar y de comunidad del cual evalúa sus necesidades integrales de salud. Si acepta su rol de médico de un sistema centrado principalmente en la salud y no en la enfermedad, aplica los métodos de la medicina preventiva, la atención personal de diagnóstico y tratamiento, refiere al paciente a otros niveles de atención, atiende a la totalidad del grupo familiar en forma continua y es capaz de iniciar la rehabilitación psicológica, física y laboral del enfermo con secuelas invalidantes.

En atención primaria e incorporado a una unidad asistencial del sistema de servicios de salud, actúa como líder del equipo, administra recursos y toma decisiones administrativas.

Para hacer todo lo señalado eficientemente debe tener conocimientos básicos en todas las áreas de la Medicina y más profundos en los procesos de diagnóstico y tratamiento de las patologías más prevalentes.

La atención primaria en muchos países, y en Chile, en gran medida, resulta del aporte de diferentes profesionales y de personal no profesional como el auxiliar de enfermería, pero es el médico generalista el profesional que ha sido preparado para enfrentar los problemas de salud en una dimensión más amplia, que incluye la evaluación de los problemas, el diseño de programas, el establecimiento de soluciones, la dirección y participación en los programas de salud, el análisis de los resultados y la reformulación de las soluciones.

La atención del nivel primario, en la periferia del sistema de salud sería entonces responsabilidad del médico generalista a cargo de otros profesionales y auxiliares. Este nivel representa la puerta de entrada al Sistema. Para el individuo sano o enfermo significa el primer contacto con los servicios de atención de salud y puede ser el punto de partida de su referencia a servicios más complejos y especializados. Los servicios básicos prestados a este nivel, están destinados a la conservación de la salud, prevención de las enfermedades, diagnóstico y tratamiento de las afecciones comunes y prevalentes y la atención de primeros auxilios.

Las posibilidades de extender la cobertura ha sido ligada a la disponibilidad de médicos para la atención primaria, ya que es su res-

ponsabilidad proporcionar, con un equipo de personal de la salud, atención integral y personal sobre bases continuas en un medio ambulatorio.

Por las características de su estructura por niveles de complejidad, la medicina institucional parece ser el medio más favorable para la inserción del médico generalista en el sistema de salud.

El médico generalista ha sido definido de diversas maneras: algunas denominaciones parecen enfatizar el núcleo social fundamental en que centra su acción (médico de familia, médico de comunidad), en tanto que otros traducen más bien las características de su quehacer (médico general). Hay quienes lo consideran un especialista que requiere de un entrenamiento específico de postgrado para su formación; otros, piensan que es el internista el médico mejor capacitado para ejercer la atención primaria, y, finalmente, otros aspiran a que sea el producto que egresa de las Escuelas de Medicina, sin necesidad de un entrenamiento formal, adicional, de postgrado.

La denominación de médico general (General Practitioner) implica un campo de acción de amplio rango, en el que el profesional hace uso de varias disciplinas médicas para proveer atención primaria continua y conveniente a todas las personas, independientemente de su edad, sexo y tipo de enfermedad.

La denominación de médico de familia (Family Physician) traduce el concepto de una acción médica preferentemente centrada en el núcleo familiar.

La modalidad de práctica de la medicina familiar crea las condiciones precisas para que se desarrolle una medicina verdaderamente integral que incorpore los condicionantes psicológicos y sociales de la enfermedad más allá de un enfoque meramente diagnóstico y terapéutico. Según la Academia Americana de Médicos de Familia, "este profesional ha sido formado para usar habilidades y actitudes que le permitan dar atención médica y mantener una atención de salud completa y continua para la familia como un todo y en cualquier tipo de problema, ya sea biológico, social o conductual. Además, se supone que debe actuar como consejero en materia de salud para el paciente y su fa-

milia, incluido el uso adecuado de interconsultas y recursos de salud".

Aunque parezca deseable que la atención del médico general se centre en la unidad-familia, ello no siempre ocurre por razones de tipo social que la dispersan como núcleo, o por efecto de la organización local de la atención médica que centra las actividades en programas por grupos etarios, entidades mórbidas u otros criterios que no incluyan la preservación de la unidad del grupo familiar.

La denominación de médico de comunidad (Community Physician) pone énfasis en las acciones sanitarias dirigidas a la comunidad como un todo y pareciera otorgarle al médico un rol amplio de líder de comunidad.

Se le define como "el profesional de la salud que, sin recurrir a ayuda especializada puede atender los aspectos preventivos, diagnósticos, curativos y de rehabilitación de los problemas biológicos, psicológicos y sociales que afectan a los individuos y *comunidades*".

La medicina de comunidad o medicina comunitaria se orienta hacia la salud total del individuo en su grupo familiar y en su comunidad, tomando en cuenta todos los factores que afectan su salud: medios sociales, económicos y políticos. En consecuencia, hace uso de las ciencias sociales y del comportamiento para definir lo que es salud en un individuo.

Desde este punto de vista es más que la salud pública y la medicina preventiva, porque incorpora además un interés en la relación médico-paciente y en el tratamiento de la enfermedad. Además, aporta a la práctica tradicional de la medicina preventiva un esfuerzo para analizar y racionalizar la organización y entrega de prestaciones de salud.

El rasgo distintivo de la medicina comunitaria, que la distingue de otras disciplinas, es la aplicación de principios de atención integral a la prevención y tratamiento de la enfermedad en comunidades completas.

La medicina comunitaria proyecta la tradicional relación médico-paciente como una interacción entre la totalidad de una población y los recursos de atención de salud de que ésta dispone.

En este enfoque de la medicina, el "paciente" es la propia comunidad y el "médico" está representado por la totalidad del complejo de servicios de salud a los cuales aquél tiene acceso.

No obstante las diferentes definiciones del médico generalista, a nuestro juicio, subsisten aspectos no resueltos aún y que podríamos sintetizar en dos interrogantes:

a) ¿Cuál es el campo específico de acción del médico generalista que lo diferencia de la de otros médicos?

b) ¿Qué conocimientos y habilidades específicas debe poseer un médico generalista?

Este es un problema que atañe no sólo al sistema de salud sino que, y fundamentalmente, a las Escuelas de Medicina: ¿qué enseñar al estudiante de Medicina?

En Chile se ha definido al tipo de médico que las Escuelas pretenden formar como "un médico no especializado (indiferenciado o básico) cuya preparación esté de acuerdo con las necesidades de salud del país...".

Sin embargo, esta definición exige a su vez delimitar, por una parte, el campo de acción, conocimientos y habilidades de este "médico no-especializado" y, por otra, saber cuáles son las "necesidades de salud del país".

El problema de la formación médica es sumamente complejo y no es la oportunidad de referirnos a él.

Pero si deseamos plantear como estímulo a la discusión en este Seminario, que a nuestro parecer no se podrá formar adecuadamente un médico generalista, ni saber qué conocimientos y habilidades debe poseer, en tanto no se conozca con precisión la patología prevalente en el país, de la que sólo disponemos de información muy parcial. La patología prevalente, vale decir, los problemas de salud que más corrientemente afectan a la población, se pueden conocer en la medida que se disponga de datos nacionales sobre morbilidad ambulatoria, padecimientos, calidad del medio ambiente y salud psicosocial de la población. Esto exige la elaboración de indicadores operacionales que traduzcan la realidad de las condiciones señaladas, no sólo desde un punto de vista cuantitativo sino que también cualitativo. Sólo así se podrá saber, por una parte, cuáles son las necesidades de salud del país y las características que debe tener el médico generalista para enfrentarlas eficazmente; y, por otra, utilizar las acciones sanitarias como un instrumento para mejorar la calidad de vida de la población.

De este modo, del conocimiento de la patología que enfrenta el médico en la atención primaria, del quehacer específico que allí desarrolla, se podrán derivar los objetivos para la formación médica en las etapas de pre y post-grado y en la educación continuada.

BIBLIOGRAFIA

- 1.— **ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD.**— Atención primaria de Salud. Alma-Ata, 1978. Ginebra, 1978.
- 2.— **BRAVO, A. L.**— El médico de familia. Su importancia en los Servicios institucionales de Salud. Bol. Of. Sanit. Panam. 76: 469, 1970.
- 3.— **BURNOM, J. F.**— What one Internist does in his practice? Ann Intern Med. 78: 437, 1973.
- 4.— **CHALLENGER, B. D.; WICKS, J.; LYTTICOTT, G. I.**— Community Medicine: An evolving discipline. Ann Intern Med. 76: 689, 1972.
- 5.— **DONOSO INFANTE, A.**— Atención Primaria en Salud y Educación Médica. Rev. Méd. Chile 109: 83, 1981.
- 6.— Extensión de la Cobertura de servicios de salud con las estrategias de atención primaria y participación de la comunidad. **Organización Mundial de la Salud.** Documento oficial N° 156, 1978.
- 7.— General Physician to Meet Primary Care Needs in the Western Hemisphere. Association of America Medical Colleges Panamerican. Federation of Association of Medical Schools. **Proceedings of the VII Conference on Medical Education**, 1978.
- 8.— **GOIC, A.**— Salud y calidad de vida. Rev. Méd. Chile 109: 467, 1981.
- 9.— **PARROCHIA, E.; GOIC, A.; GONZALEZ, B. et al.**— Medicina Interna y Medicina General. Parte I. Rev. Méd. Chile 105: 402, 1977.
- 10.— **PELLEGRINI, E.**— The Academic Viability of Family Medicine. J. A. M. A. 240: 132, 1978.
- 11.— IV Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas. Bol. of Sanit. Panam. V. LXXXVIII N° 6, 1977.
- 12.— **SCHNEIDER, O.**— Un programa de desarrollo integrado rural. Novena Región Malleco Cautín. En: Desarrollo Social y Salud en Chile. 2ª parte. Bases de un sistema de salud. Alfabetá Impresores. Santiago, 1980, pp. 69-73.
- 13.— **SEMINARIO DE FORMACION PROFESIONAL.**— Antecedentes, documentos e informe final. 20-24 septiembre, 1960. Editorial Universitaria. Santiago, 1960, p. 74.
- 14.— **VENTURINI, G.**— Atención primaria de Salud. En desarrollo social y salud en Chile, 2ª parte. Bases de un sistema de Salud. Alfabetá Impresores. Santiago, 1980, pp. 55-67.
- 15.— **VENTURINI, G.**— Formación médica en pre y post grado para las necesidades de una atención primaria en salud. En Desarrollo Social y Salud en Chile, 2ª parte. Bases de un sistema de Salud. Alfabetá Impresores. Santiago, 1980, pp. 78-90.
- 16.— **WILLARD, W.; RUHE, W.**— The challenge of Family Practice Reconsidered J.A.M.A. 240: 454, 1978.