ORGANIZACION DE LA ATENCIÓN MÉDICA

Sobre Consultorio Externo de Adultos

Dr. PABLO TOLEDO A.*

La discusión sobre Consultorio Externo realizada hace algunos meses en el seno de la Sociedad de Salubridad, dejó la impresión de que en este vasto tema quedan aún muchos campos por explorar. Es digno de destacar la profunda comprensión del problema que revelaron los integrantes de la Mesa, pudiendo decirse que quedó perfectamente delineada una doctrina acerca del Consultorio Externo.

Lamentablemente, una de las preguntas más importantes que consultaba el programa, no pudo ser desarrollada. La pregunta se refería a qué médicos del Servicio deben participar en la atención externa y a las características de los turnos médicos.

En nuestra opinión, todos los médicos de un Servicio, sin excepción, deben prestar atención en el Consultorio Externo durante un período del año. Para nosotros es totalmente anacrónica y sintomática de subestimación, la idea de destinar a perpetuidad a un médico a la consulta externa, porque está fuera de toda duda que el profesional necesita del trabajo de Sala para su perfeccionamiento y nadie tiene derecho a privarlo de él.

El punto discutible es la distribución de los turnos. Fundamentalmente, se pueden proponer tres esquemas:

a) Turno en Sala y Consultorio, diariamente, lo que es posible sólo cuando el médico tiene contratadas cuatro horas o más;

b) Destinar cierto número de horas a la semana para la consulta externa, dedicando el resto del tiempo a la Sala, y

c) Alternar durante cierto período el trabajo de Sala y de Consultorio, con dedicación exclusiva en cada lapso. En todo caso, la destinación a Consultorio no debería cubrir plazos superiores a cuatro meses en cada año.

Es indudable que cada Servicio, según sus características y número de médicos, debe escoger el esquema más adecuado para su funcionamiento.

Todo lo anterior se refiere a consultorios que funcionan en el hospital, porque en los consultorios periféricos no existe tal problema, ya que los turnos están ubicados en horas distintas a las desempeñadas en Hospital.

En la Mesa Redonda que comentamos, muchas cuestiones interesantes no pudieron ser abordadas por la tiranía del tiempo. Habría sido interesante preguntar, por ejemplo, si ha evolucionado el concepto que se tenía de los médicos que ejercen la Consulta Externa. Pregunta difícil de responder, pero que para nosotros tiene una contestación positiva. Es indudable que ha existido subestimación por esta clase de labores. También es verdadero que a ella se destinaban ciertos médicos que en el ambiente de las Clínicas no gozaban de muchas simpatías. Es claro que esta afirmación puede ser enérgicamente desmentida, pero ello no le resta veracidad. Tampoco se puede negar que el Consultorio Externo tenía

*Servicio "A" de Medicina. Cátedra del Prof. F. Rojas Villegas. Hospital San Francisco de Borja.

en muchas partes un aspecto muy parecido a los sitios de destierro, y que las anotaciones de estos médicos en las historias clínicas corrían la suerte de los prólogos de los libros, que escasas personas leen. ¿Es de extrañar, entonces, que el nivel de esta medicina fuera bajo?

Felizmente, se ha verificado un vuelco en los conceptos. Ahora se piensa que al Consultorio Externo deben ir todos los médicos de un Servicio, en especial los de mayor experiencia, porque la solución de los problemas que allí se plantean debe ser rápida y certera, cosa que en este humilde oficio de la medicina sólo se aprende con los años. Además, se está aplicando en muchos servicios la Auditoría Médica, elemento muy valioso porque, conservando el anonimato del pecador, saca a luz sus defectos y señala su corrección.

Conclusión lógica de lo anterior es un mayor rendimiento, derivado del estímulo que representa el reconocimiento de estas labores. Al hablar de rendimiento nos referimos a calidad y no a cantidad.

También habría sido de interés preguntar qué concepto tiene el médico, que trabaja en Consulta Externa, de su propia labor. Hasta hace poco tiempo, el primer decepcionado era él mismo, sentimiento que encontramos perfectamente justificado porque una serie de circunstancias lo habían convertido en un ser frustrado.

Basta recordar la labor absurda que se obligaba a realizar en los Consultorios del ex Seguro Obligatorio, donde tenía que "ver" (exactamente ver, y no tratar) a 18, 20 o más enfermos en cada turno. ¿Para qué recordar la actuación del llamado "médico de control", que ahora se quiere resucitar en el discutido sistema de atención denominado "Tipo 1-2"* , o con el nombre de "médico de choque"? Su trabajo era prácticamente denigrante, pues lo convertía en un mero repartidor de enfermos o tratante de resfríos.

*Tipo 1: Atención sumaria, sin historia clínica, para casos leves.

Tipo 2: Atención detallada, con ficha clínica, para los casos en que ella se justifica.

Uno de los hechos que mayor decepción ha causado a los médicos en el trabajo del Consultorio Externo es el establecimiento de los "débitos" o cuotas de enfermos que deben ser atendidos en cada turno. La antigua Caja de Seguro, en el pasado, y el Servicio Nacional de Salud actualmente, han querido solucionar los problemas de la atención ambulatoria reemplazando la calidad por la cantidad, convirtiendo al médico en una especie de taxista-tratante, con lo cual prácticamente se ha obligado a rebajar el nivel de atención. Se habla de tantos enfermos "nuevos" y tantos "antiguos", olvidando que éstos pueden venir a consultar por problemas nuevos.

Este asunto, que incide en la evaluación del trabajo médico, es extremadamente importante y difícil de resolver. Si se decide calificar a base de la cantidad, es seguro que el nivel irá en progresivo descenso. Por otra parte, la mejoría de la calidad exige tiempo y esto se traduce en la reducción de las cuotas de enfermos. El Servicio Nacional de Salud, y otras instituciones, argumentan que tienen un grave problema ante el aumento del número de consultantes que deben ser atendidos. Esto es razonable, pero no lo es si se quiere resolver el problema aumentando el número de enfermos por turno. Lo que hay que aumentar es el número de médicos. Si éstos no son suficientes en el país, hay que aumentar el número de horas médicas que puede desempeñar cada profesional.

Otro aspecto a considerar es la actitud del médico frente a su paciente. Siempre se recuerda la antigua medicina que realizaba el médico de familia y se está de acuerdo en que es lamentable que se haya perdido. Es que esta medicina tenía base humana: el médico conocía al ser sufriente que lo consultaba y trataba por todos los medios de curar, aliviar o, por lo menos, consolar a su paciente. Algo de este antiguo espíritu debe volver. Y no es tan difícil. Basta con que el doctor Fulano de Tal atiende a don Pedro Soto, en lugar de que lo haga el Médico del Box N° 10 al enfermo número ocho.

Finalmente, una consideración sobre la

terapéutica. Pensamos que el médico debe tener, dentro de ciertos límites, absoluta libertad en sus prescripciones. La buena terapia no se enseña con restricciones, ni con formularios pequeños ("para que el médico no pueda anotar sino un medicamento", dijo una vez un Director de Consultorio).

La terapéutica adecuada se aprende en las reuniones científicas o clínicas, en el trabajo de sala y en las revistas científicas. Y ésta es una razón más para que se llegue a la consideración que la Sala y el Consultorio Externo no son sino dos aspectos diferentes de una misma labor.

INTEGRACION DEL PROBLEMA DE SALUD MENTAL A LOS PROGRAMAS DE SALUD

Dr. ALFREDO JELIC*

Importancia del problema mental en la salud pública.

Menospreciar el problema mental equivale a descuidar el factor psíquico de todo paciente. Además está demostrado por investigadores serios, que este descuido acarrea un derroche en el esfuerzo económico de la atención médica general. Según cifras extranjeras, alrededor del 50% de consultantes de los policlínicos, lo hacen por trastornos neuróticos, vale decir, sin base orgánica demostrada, incluyendo simuladores. Esta voluminosa consulta es despreciada por el médico general de consultorio. Otras veces se prolongan enfermedades somáticas innecesariamente. Y para insistir en el aspecto económico del asunto diremos que tanto en Estados Unidos como en varios países europeos, la mitad de las camas asistenciales están dedicadas a personas con trastornos mentales, lo que por lo demás es resultado de una política errónea en esta materia, como lo veremos más adelante⁴.

Podemos afirmar que el descuido de los problemas concernientes a la salud mental es un fenómeno universal. Entre los factores principales causantes de este retraso, de más de un siglo, con respecto a otros problemas de salud, podrían citarse los siguientes, de acuerdo con Brockington³:

a) Mayor urgencia de problemas sanitarios no mentales;

b) Mantención de ellos al margen del progreso médico, consecuencia ésto de la naturaleza de los fenómenos psicopatológicos (persistencia de creencias míticas, temor o vergüenza por los enfermos, etc.), y

c) Exceso de preocupación por el estudio de las manifestaciones clínicas individuales, olvidando que el individuo es en gran parte un producto de la colectividad.

Estamos entonces ante la mayor barrera para enfocar el problema adecuadamente, que es la ignorancia en materia epidemiológica, y esto nos obliga a actuar en base a hipótesis.

Factores que inciden en la producción de los trastornos mentales.

A menudo se oye que el problema psiquiátrico es más grave, o se torna más serio, mientras más desarrollada es la comunidad en general. Esta afirmación merece observaciones de importancia.

En los países más desarrollados (Estados Unidos y numerosos países europeos), aparte de la importancia del factor genético (del que se necesita saber mucho más) se considera la industrialización, urbanización, entretenimientos y cambios en la estructura del núcleo familiar en la producción de los desórdenes mentales. Allí se ha

*Hospital Psiquiátrico de Santiago.