

Hacia sistemas integrales de salud en América Latina

Towards Comprehensive Health Care Systems for Latin America

Dr. Carlos Montoya-Aguilar¹

RESUMEN

En los países latinoamericanos hay insatisfacción con la llamada “atención primaria” de salud, a pesar de haber en muchos de ellos los recursos esenciales para ejecutarla y a pesar, también, de la aceptación de un modelo integral para la atención estatal de la salud. Parece necesario reconocer que la atención que se presta en la “primera línea” de interacción entre el sistema público de atención y la gente no debe considerarse ni como una atención de segunda clase, ni como un segmento separado del sistema, intrínsecamente diferente de los hospitales. Tampoco debe aislarse a los médicos que atienden en la primera línea. Existen métodos para aumentar la resolutivez de este frente y entre éstos es importante la presencia en los consultorios de una proporción de especialistas o –mejor aún– de especialistas en formación. Se cita en este respecto una experiencia chilena y opiniones provenientes de varios países. Los mismos métodos deben servir a la vinculación entre la primera línea y los hospitales y a la reducción de los tiempos de espera de los pacientes por interconsultas, por cirugías y por otros procedimientos especializados. Las nociones de sistema, de profesionalismo médico y de trabajo en equipo; la investigación científica y la Salud Pública, incluida la planificación, la administración sanitaria, la gestión clínica y la epidemiología, son elementos indispensables para elevar la calidad en la ejecución del modelo integral de atención en todos los niveles y particularmente en la primera línea.

Palabras clave: atención de primera línea, hospitales, modelo de atención, sistema de atención, formación de médicos para el modelo, resolutivez.

ABSTRACT

In Latin American countries there are misgivings regarding the so-called “primary care” for health, even though in many of them the essential resources for its implementation are availa-

Recibido el 05 de mayo de 2016. Aceptado el 12 de mayo de 2016

1 Profesor titular de Salud Pública, Universidad de Chile.
Correspondencia a: carlerne@gmail.com

ble and, also, in spite of a considerable measure of agreement concerning the comprehensive or integral model of health care to be provided by the national public health care systems. It is generally acknowledged that front-line care should not be regarded as second class care nor as a separate segment of the health sector, essentially different from the hospital component. Neither should the doctors working in the front-line be considered as a different kind of doctors. The clinical effectiveness of "primary care", about which there are complaints in almost all countries, can be improved by using several methods: one of these is to include in the front-line clinics a limited proportion of specialists or –even better – of specialists in training. Opinions from several countries and a relevant project implemented in Chile are contributions that throw light on that particular proposal. This and other relevant methods should strengthen the synergy between the front line and the hospitals and reduce the waiting times endured by such front-line patients as are referred for consultation by specialists or for in-patient treatment. Such concepts as care system, public health, medical professionalism, team work; and such practices as health services research, planning, clinical management and epidemiology, are indispensable tools for improving quality in the implementation of the model of comprehensive health care in all components of the system and particularly in the front-line clinics.

Key words: front-line care, hospitals, health care model, health care system, training of doctors for the model, clinical effectiveness.

1. Introducción

En América Latina y otras regiones se requiere perfeccionar la atención de la salud de las personas y de la población. Se examinan aquí dos aspectos fundamentales: el modelo de la atención que se elige brindar y el sistema con el cual se ejecuta dicho modelo. Las autoridades de salud del continente se declaran en favor de un modelo de atención integral, lo cual significa, entre otras cosas: combinar la función curativa con la promoción y la protección de la salud; combinar la atención individual con un enfoque social; considerar los aspectos psíquicos y somáticos en toda persona; atender con continuidad, efectividad y eficiencia, ejerciendo una gestión clínica responsable y con acento en la educación. Para ejecutar este modelo se requiere en cada país un sistema nacional de salud con integración funcional de sus distintas partes y un personal profesional formado de acuerdo al modelo. El logro y mantención de tal sistema depende del régimen político y social vigente en los países y (cada vez más) en el mundo.

Las partes operativas que todo el mundo distingue en un sistema de atención de salud son:

Por una parte, la primera línea de atención o interfaz entre el sistema y las personas, familias y comunidades (comúnmente denominada atención primaria (APS)); y por otra parte, los hospitales y establecimientos similares.

La evaluación social y técnica del desempeño del sistema se puede dirigir de preferencia a una u otra de estas partes y, de acuerdo al modelo integral, también debería preocuparse siempre de la relación entre ambas. Ellas son interdependientes en lo que respecta al cuidado de la salud: los déficits de la primera línea sobrecargan indebidamente a los hospitales y, viceversa, la insuficiencia de estos hace que el sistema en su conjunto sea inefectivo.²

² En un análisis de la Atención primaria de salud en Bolivia (Tejerina, 2014) se describe: "es frecuente encontrar en hospitales de segundo y, sobre todo, de tercer nivel, largas filas de pacientes en busca de consulta externa con médicos

Las dos partes señaladas suelen denominarse “niveles” del sistema: nivel primario, por un lado y niveles secundario y terciario, por otro. No es óptimo este uso del término “niveles”, ya que sugiere una diferencia de jerarquía entre las partes, lo cual no es exacto: las partes sólo tienen funciones diferentes. En el texto también se analizan críticamente los conceptos de “resolutividad” y de “complejidad” de la atención y el papel del especialista en la primera línea.

Así como el Modelo lleva al examen del Sistema, la conducción y funcionamiento de éste necesita de una vasta panoplia de conocimientos, métodos y técnicas que forman parte de lo que se enseña y se investiga en Salud Pública.

2. La primera línea y sus déficits

Los sistemas de atención de salud de los países y pueblos latinoamericanos están en construcción. Se acepta la importancia de la primera línea, de la APS; pero ésta no alcanza, en general, la cobertura, la calidad y la aceptación deseadas. Por ejemplo, en Ecuador –2007– el Ministerio da cuenta de la imagen negativa que de la APS tenían el resto del sistema y la población³. En Bolivia –2014– no hay puerta del sistema, falta acceso, resolutividad e integralidad...falla el esquema de referencia y contra referencia, las ambulancias son del municipio pero en una parte importante del tiempo son usadas para propósitos ajenos al transporte de pacientes con urgencia médica. Encuestas de hogares bolivianos mostraron en 2002 que un 77 % de la población sufrió algún tipo de exclusión en salud; en 2011 un 45 % de la población que enfermó⁴ no pudo acceder a un servicio de salud institucional.

En Colombia no se ha desarrollado el concepto de atención integral, sino que se proveen múltiples prestaciones de carácter aislado, con un enfoque estrictamente individual y curativo; la espera por una consulta general es de 3,8 días en promedio, y por una consulta de especialidad es de 18 días⁵.

En Costa Rica la población estaba acostumbrada a acudir a los hospitales; en los años 90 la Caja de Seguro Social comenzó a crear en la primera línea los equipos básicos de atención en salud (EBAIS), con al menos un médico, un auxiliar de enfermería y un asistente técnico, para poblaciones de alrededor de 5 mil habitantes; tenían los objetivos de promover la salud y de descongestionar los hospitales; en 2012 se les criticaba porque, después de 16 años de funcionamiento, no parecen haber impedido el flujo de pacientes hacia los hospitales y en éstos había carencias y esperas; y la consulta al EBAIS es utilizada porque es la puerta de acceso legal a los servicios de un hospital, así como lo es el departamento de urgencia⁶.

-
- especialistas; la gran mayoría sin referencia de un establecimiento de primer nivel”. Esto, a pesar de la política iniciada en los años 50, Plan integral de Actividad en Áreas de Salud (PIAAS, Torres Goytía 2015).
- 3 Malo M, La Salud en el Ecuador. Modelo de Atención Integral de Salud con Enfoque Familiar, Comunitario e Intercultural. Viceministerio de Gobernanza y Vigilancia, Ecuador (agosto 2013). Ministerio de Salud Pública, Ecuador, Sistema de Salud de Ecuador, 2014
 - 4 La cifra no se refiere al parto.
 - 5 Mosquera P, Granados G, Vega R, La estrategia de APS para Bogotá y su relación con la disminución de inequidades de resultados en salud, Revista Gerencia y políticas de Salud 2008;7 (14) [http:// www. redalyc.org/pdf](http://www.redalyc.org/pdf). (Resultados preliminares de una tesis de maestría, Univ. Javeriana).
 - 6 Jaramillo, Juan, Servicios de cuidados de salud y enfermedad que brinda la CCSS a la población de Costa Rica. Publicado en Portada. Salud, enero 2012

En Perú – 2011 - informaban sobre deficiencia de la capacidad de respuesta del primer nivel⁷. Y en Paraguay -2012- faltan recursos para financiar los agentes comunitarios de la APS y medicamentos esenciales, así como para instalar nuevas Unidades de Salud⁸. En Argentina – 1997 - la “atención primaria” y los médicos generalistas en particular enfrentaban importantes retos para cumplir su papel y función, ya sea en su financiación, reconocimiento, capacidad de proporcionar atención integral, o en la integración con el resto del sistema de salud⁹.

En el 2002 en el Ministerio de Salud de Chile se afirmaba que, para un acceso expedito a los consultorios, continuaba siendo escasa la oferta de horas para atención médica, y que era un imperativo aumentar la resolutivez de la APS. El déficit de médicos en este nivel había aumentado, llegando a 1.483 equivalentes de jornada completa; el 43 % tenía menos de un año de antigüedad en el consultorio. La causa, se afirmaba, es el desinterés de los médicos chilenos por contratarse en los consultorios municipalizados. Se propuso entonces actualizar la antigua propuesta de hacer atractivo el trabajo de los médicos en esos consultorios, llamándolos a formarse en hospitales docentes para ser especialistas básicos (Medicina Interna, Pediatría, Ginecología y Psiquiatría) en un período de 6 años en el cual actuarían la mitad del tiempo en un Consultorio¹⁰. Otras ideas, como la de perfeccionar en materias de pediatría a los médicos generales de consultorios¹¹ y la de formar médicos generales de zona urbanos (Margozzini J), tuvieron una duración muy corta.

3. La limitación no es necesariamente de orden financiero

Hay varios países de la Región en que no es el factor financiero el obstáculo mayor para el desarrollo de la primera línea de atención. En diversos lugares se construyen aceleradamente Centros de Salud modernos. En Chile, por ejemplo, el gobierno del Presidente Piñera (2010-2014) anunció la construcción de 119 centros de salud familiar en su período; y el gobierno siguiente (2014-2018) comprometía la construcción de 100 nuevos centros de salud familiar, más 100 “centros de salud familiar comunitarios” (Cecofs) y 132 servicios de atención primaria de urgencia (SAPUs); en el mismo país, el porcentaje del presupuesto de salud que el sector público asigna a la APS ha aumentado desde 15,05 % en 2002 hasta 24,40 % en 2013¹². En Bolivia, los municipios tienen garantizado por ley el 3,1 % de los ingresos por impuestos generales para la atención del servicio integral de salud del Estado, a la cual se accede normalmente por el primer nivel, aun cuando, según datos de 2014, se ejecute el 40 % de las acciones en el nivel hospitalario, irrogando ahí el 68 % del costo. En 2010 el 52 % del gasto en salud del Estado boliviano

7 Ministerio de Salud del Perú, Dirección General de Salud de las Personas, Plan nacional de fortalecimiento del primer nivel de atención 2011-2021: Documento técnico (2011) 124 p.; ilustr.; graf.

8 Dullak R. et al, APS en Paraguay, Ciencia e Saúde Coletiva 2011; 16 (6): 2865-75

9 Navas H, Moiso A, Argemi R, Magnitud y características de la consulta externa atendida por médico generalista en centros sanitarios periféricos, Cuad Med Soc 1997; 38 (4):49-57

Ase I, Buriyovich J, La estrategia de Atención Primaria de la Salud: ¿progresividad o regresividad en el derecho a la salud?, Salud colectiva (Argentina) 2009; 5 (1)

10 Ipinza M, Cómo solucionar el déficit de médicos en los consultorios urbanos municipalizados, Cuad Med Soc 2004; 44(2): 73-80

11 Avendaño A, Flores C, Pinto P, Programa de apoyo a la atención primaria, Hospital R. del Río, Cuad Med Soc, 1998; 39(2): 57-62

12 Montoya C (2015), ¿Dónde está nuestra Salud y para adónde va?, Ed. Ceibo, Santiago

había sido efectuado por los hospitales, el 35,7% por el primer nivel y el 12 % por otros (principalmente administración del sistema)¹³.

En Perú, el Consejo Nacional de Salud ha decidido fortalecer la APS (2013); ello significa la ampliación o reconstrucción de 748 “establecimientos estratégicos” para brindar a grupos de 25 a 30 mil personas las prestaciones de mediana complejidad contenidas en el Plan Esencial de Aseguramiento en Salud (PEAS) definido en 2009 (Ley 29344), que incluye 140 condiciones asegurables y ya ha sido extendido a los 7 millones de beneficiarios del Seguro Integral de Salud, contributivo (SIS)¹⁴. En Costa Rica los trabajadores cotizan el 15 % de su ingreso para salud, lo cual es una de las tasas más altas del continente; y se afirma que la atención universal está garantizada en el primer nivel y en la urgencia¹⁵.

Para la APS de América Latina se suman aportes externos que provienen de diversas fuentes, como Canadá, la Fundación Kellogg, y la OPS.

El componente hospitalario del sistema, que es un complemento necesario para la plena efectividad de la atención de primera línea, tiene en la mayor parte de la región un desarrollo tecnológico-profesional importante y un respaldo seguro de los gobiernos y de la profesión médica.

Los municipios son un caso especial. Cuando, en nombre de la descentralización, se les entregan los consultorios de primera línea, puede ser que algunos cuenten con recursos importantes para salud; pero la responsabilidad de administrarlos los agobia y les impide cumplir las funciones que les corresponden en el sistema general de atención, a saber: el saneamiento micro-ambiental, la coordinación intersectorial local, la información y educación de la comunidad para la protección de la salud y el ejercicio de la fiscalización social del sector de atención sanitaria. Una consecuencia observada, por ejemplo, en Chile, es que la APS se restringe, por una parte, a responder a la demanda de asistencia curativa de la población, y por otra, a continuar acciones tradicionales del área de la salud materno-infantil, sin aprovechar las oportunidades comunales de promoción y prevención respecto a las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT).

El papel subordinado de la limitante financiera es corroborado al considerar la subutilización de los recursos existentes y de la aplicación de los conocimientos de Salud Pública.

En las secciones siguientes se tratará de responder a la pregunta: si no es principalmente el financiamiento ¿de qué se trata entonces?

4. El Modelo de Atención Integral de la Salud

Hasta aquí se ha abordado una parte – la primera línea – del aspecto “Sistema”. Antes de proseguir, cabe explicar el otro aspecto fundamental de la Atención de Salud: el “Modelo”.

13 Ministerio de Salud y Deportes de Bolivia, Caracterización de Establecimientos de salud de primer nivel, Publicación 284, 2013, Caracterización de Hospitales de segundo nivel, Norma Nacional 2014. Norma Nacional de Referencia y Retorno, 2008

14 Ministerio de Salud del Perú, Dirección General de Salud de las Personas, Comité Nacional de Servicios de Salud, Atención Primaria en Salud: Propuesta de reforma en servicios de salud, 2013

15 Ortiz Barboza A, Equidad en el acceso a los servicios de salud: la experiencia de Costa Rica, 2º congreso Latinoamericano y del Caribe sobre salud global, Chile 2013

¿Cuáles son las características de la atención de salud que las colectividades desean para sí?

En Ecuador, por ejemplo, el gobierno se propuso, para el período 2007-2011, aplicar un Modelo de Atención Integral de Salud, Familiar, Comunitario e Intercultural (MAIS-FCI)¹⁶. En Perú rige desde el año 2011 el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) basado en familia y comunidad, el cual incluye la formación de un Equipo Básico de Salud¹⁷.

La experiencia del Centro de Demostración de Medicina Integral creado por el Servicio Nacional de Salud de Chile, en convenio con la Universidad de Chile, permitió describir y justificar in extenso esas características. De manera muy resumida se recuerdan aquí los diez principios publicados en 1961¹⁸. En primer lugar, la atención al grueso de las necesidades médicas y médico sociales de una determinada población y territorio se realiza en un consultorio próximo a los domicilios de los consultantes, con apoyo en el hospital base correspondiente. Ella es realizada por un equipo profesional y técnico integrado, que incluye al equivalente de un "médico de familia pluripersonal", el cual abarca la medicina de adultos, la pediatría, la gineco-obstetricia y la psiquiatría. Hay continuidad a lo largo de la vida de las personas y también continuidad transversal ya que los médicos trabajan simultáneamente en el hospital base. En virtud de la sectorización geográfica, el equipo es responsable de los daños de salud evitables que sufran los habitantes del sector a cargo. La atención es programada, incluyendo la evaluación de procesos y resultados. La atención es también deliberadamente educativa en cada contacto, sea éste en la consulta, en las visitas o en el trabajo con grupos y comunidad. Se integra la acción con otras acciones profesionales, principalmente con la de establecimientos educacionales, pero también con obras de saneamiento y servicios judiciales. Se integra lo somático y lo psíquico, incluyendo programas específicos de higiene mental. Hay integración de lo individual y lo social; no se aborda al usuario como individuo aislado, sino que el diagnóstico y el tratamiento son familiares y son valores sociales los que presiden la jerarquía otorgada a las diversas acciones. Se integra lo preventivo y lo curativo: los contenidos de cada consulta incluyen fomento y prevención en los aspectos físicos y psíquicos: "toda buena medicina es medicina preventiva". Se postulaba que todos estos principios son aplicables a la realidad de las ciudades si se realizan tres órdenes de adaptaciones: en la organización local del Servicio de Salud; en la formación médica, y en la carrera funcionaria del médico. Los estudiantes que pasaron por esta experiencia comprendieron en profundidad el modelo, el cual fue publicado nuevamente en 1970. En años posteriores se hicieron explícitas otras características: universalidad; "las tres accesibilidades" (física, económica y social); la regionalización (cada cual recibe la atención que su condición requiere, sea cual sea el lugar en que esté); oportunidad; calidad técnica y humana; conciencia del equipo acerca de su efectividad y de los costos involucrados; y conciencia de los miembros del equipo acerca sus propios actitudes, conductas y emociones en la interacción con los usuarios. En la década de los noventa dicho Modelo fue adoptado oficialmente por el Ministerio de Salud del país. Por distintos cauces ha llegado a ser parte de la política de salud declarada por la mayor parte de los gobiernos de la Región.

En Bolivia (1982), el Ministerio de Salud formuló el "Plan Integral de Actividades del área de Salud" (PIAAS). Los médicos responsables de éste debían: diagnosticar y tratar las enfermedades

16 Malo M, La Salud en el Ecuador. Modelo de Atención Integral de Salud con Enfoque Familiar, Comunitario e Intercultural. Viceministerio de Gobernanza y Vigilancia, Ecuador, agosto 2013

17 Consejo Nacional de Salud del Perú, Documento de política. El Perú saluda la vida. Lineamientos de medidas de reforma del sector salud, julio 2013.

18 Montoya C, Una experiencia en medicina integral: informe preliminar, Cuad Med Soc 1961; 2(2): 10-13

prevalentes; detectar a tiempo aunque fuera sólo la posibilidad de la existencia de otras patologías de mayor gravedad y saber dónde referirlas; conocer la determinación social de las patologías, las formas de investigar sus causas y posibles soluciones integrales; conocer las bases de salud pública y de organización administrativa; poder comunicarse con la comunidad local y trabajar con ella, respetando las organizaciones vecinales o sindicales existentes. Se formaron Comités Populares de Salud; en vez de que la población potenciara al Sistema, se promovió lo inverso. El modelo logró resultados de efecto nacional en la reducción de la mortalidad infantil y en la eliminación de la carencia de yodo (Torres Goytia J.)¹⁹.

Hay problemas en traducir el Modelo a la práctica. Por ejemplo, en Chile se señaló que el logro de los Objetivos sanitarios propuestos el 2004 depende, entre otros factores, de un trabajo basado en el “modelo de atención integral con enfoque familiar”. Ahora bien, en una reunión de salubristas²⁰ algunos participantes dijeron que “los problemas más críticos de los Centros de Salud tienen que ver con el modelo de atención de salud definido o con el compromiso de los equipos con el mismo; incluso algunos plantearon una incompatibilidad del modelo de salud familiar con la realidad de la APS... Se percibía cierta contradicción entre el cumplimiento de metas, frecuentemente ligado a la entrega de financiamiento y a incentivos económicos, y la realización del modelo de atención”. Podría haber una insuficiencia en la comprensión del modelo, el cual podría haber sido entendido parcialmente –sólo el enfoque familiar, por ejemplo– o sin la profundidad que se alcanza al ser asimilados todos sus componentes por todos los miembros del equipo de salud.

5. El Sistema de Atención para ejecutar el Modelo. Revisión del concepto de “Atención Primaria”

En América Latina la posibilidad de llevar a la práctica el Modelo de Atención Integral se da casi exclusivamente en el contexto de los Sistemas Públicos de Salud. El grado en que se ejecuten sus características depende de la cobertura que hayan alcanzado esos sistemas. En Brasil (2009) los municipios de Belo Horizonte, Aracaju y Florianópolis alcanzaban coberturas de 71 a 83 % con el modelo definido para la primera línea como “Estrategia de Salud Familiar” (ESF)²¹; de este modo todos ellos tenían una cobertura casi total de la población que usa exclusivamente el sistema (público) único de salud, el SUS (el 70 % de la población total). Sin embargo, presentaban todavía dificultades de acceso de diferentes orígenes²². Esta descripción es también aplicable a las ciudades chilenas.

El sistema de Atención de Salud de un país es o debería ser una sola unidad. Dentro del Sistema la atención hospitalaria importa tanto como la atención de primera línea. La política de salud nacional debe velar por que el modelo enseñado y puesto en práctica en ambos componentes sea el mismo: integral, tal como se le ha definido más arriba. No cabe oponer primera línea a hospital; medicina general a atención hospitalaria; especialidad a medicina general.

Los sistemas deben ser equilibrados; no cabe que haya unidades exclusivamente curativas, ni otras casi exclusivamente dedicadas a actividades de promoción y prevención.

19 Comunicaciones personales. En visita del autor a Bolivia, abril 2015

20 Alarcón A, Torres A, Barna, R. La Atención Primaria en Salud, Nuevos Enfoques y Perspectivas. Hallazgos desde un Programa de Formación y Capacitación, Revista Iberoamericana de Estudios Municipales, 2012; 3 (6)

21 Giovanella L, Escorel S, Magalhães de Mendonça, M H, Fidelis de Almeida, P, Senna M, Fausto M, Atención primaria en salud en Brasil: límites y posibilidades de implementación de un abordaje integral. (2009), ENSP/FIOCRUZ

22 OPS, Minsal, Innovando el papel de la AP en las redes de atención de salud, Coord. E. Harzheim, Brasília DF, 2011

En el proceso de formación de médicos para el modelo de atención integral (biopsicosocial, familiar, comunitario) hemos debido preguntar ¿de qué “atención primaria” estamos hablando? La conclusión unánime es que no se trata de una atención primitiva o de segunda clase, sino de una que exige del médico percepción clínica aguda, toma rápida de decisiones y comprensión humana profunda. Estos clínicos deben ser capaces de promover la salud, prevenir enfermedades y prolongar la vida sana o autovalente, y de ayudar a bien morir. Es el aprendizaje y práctica de las “especialidades básicas” por una parte de los médicos jóvenes lo que conferirá a los equipos la seguridad necesaria para no pedir o recetar lo innecesario. En el concepto de APS está también el de ser puerta de entrada del Sistema. Esto requiere que el Sistema esté diseñado para ello y que funcione. En caso contrario, la puerta de entrada principal será el servicio de Urgencia. Además, una APS bien concebida y suficientemente resolutive, no debe ser sólo “puerta”, sino la interfase continua entre la población y el Sistema de Atención.

Una noción erróneamente asociada al concepto de atención primaria es que se trata de un nivel de baja complejidad, que atiende a los casos más simples. Es cierto que en los consultorios no se maneja, ni debe manejarse, tecnología complicada. Pero no es menos cierto que el médico del consultorio debe evaluar y en lo posible tratar, en lapsos de 10 o 15 minutos cada uno, a una sucesión de 20 o 30 pacientes: ello significa resolver rápidamente situaciones diferentes asumiendo personalmente la responsabilidad total por sus decisiones clínicas. Es verdad que la mayoría de esos casos tendrán patologías comunes y fáciles de resolver; pero es evidente que entre ellos habrá una proporción de casos graves o de difícil diagnóstico. La suerte de estos pacientes depende enteramente del médico de APS, que en el “modelo municipal” de medicina general no tiene en quien apoyarse. La experiencia del programa Forebas en Chile (ver Sección 11) ha mostrado cómo el especialista en formación (EEF) es capaz de reconocer o de sospechar patologías poco frecuentes y que, de no ser captadas a tiempo, comportan riesgo vital; más aún, el diseño de ese programa hace que puedan lograr en pocos días la confirmación o el descarte de tales diagnósticos en el hospital base respectivo.

En Uruguay invitan a una revisión similar de la opinión común acerca de la APS. Decía el Dr. Dibarboure, del Sindicato Médico: “algunos que no la han practicado se refieren a la medicina familiar como una atención de escasa complejidad...son formas de alentar la medicina fraccionada de los especialistas...pero ¿cómo se estima la probabilidad de una enfermedad grave? ¿Es el oncólogo el que hace con mayor frecuencia el diagnóstico precoz del cáncer? Cada contacto es una oportunidad de prevención...Adentrarse en las personas, familias y comunidades es complejo”²³.

El uso del vocablo “complejo” induce a confusión y no debería usarse al hablar de sistemas o de establecimientos de atención de la salud. Según el diccionario significa “que se compone de elementos diversos”. Suele asociarse al término “complicado”, que significa “difícil de entender”. Mejor sería hablar de diagnóstico difícil, tratamiento difícil, profilaxis difícil, etc. En otro sentido, podemos decir: diagnóstico con implicaciones importantes o de grave responsabilidad, etc. No son estas dimensiones – dificultad, responsabilidad – las que nos ayudarán a diferenciar la medicina de la primera línea de la del hospital: son comunes a ambas, porque ambas son una sola.

No se percibe a primera vista el hecho de que sobre la APS o “primer nivel”, por muy debilitada y depreciada que esté, suele descansar tanto el Sistema de Atención como la práctica de la Salud

23 Dibarboure H, www.smu.org.uy/elsmu/organismos/ces/cuadernos

Pública. Es en los consultorios donde reside la vigilancia epidemiológica; es ahí donde mejor se puede hacer promoción y prevención; ahí se conoce a la población y resulta evidente la necesidad de programar las acciones, de hacer participar y de formar equipos. Por ejemplo, en Chile, donde se pretende garantizar el acceso al diagnóstico y tratamiento de una lista de patologías, por lejos la mayor prevalencia de éstas corresponde a hipertensión, diabetes y enfermedades reumáticas, todas las cuales están a cargo de los consultorios.

Hay, pues, razones para preferir en adelante el término y concepto "atención de primera línea" (o de interfaz sistema-población) al de "atención primaria".

6. La resolutiveidad del Sistema

Todos insisten en que la atención de primera línea debe ser lo más resolutive posible; la expectativa es que alcance a un 80, 90, o 95 %. Siméant²⁴ definió la capacidad resolutive cuantitativa de un consultorio como la proporción de casos que son atendidos (que no son rechazados) entre los que solicitan ser vistos; y la capacidad resolutive cualitativa, como la proporción de casos no referidos entre aquellos que son atendidos²⁵. Acerca de la resolutiveidad cuantitativa de la "morbilidad" (consultantes espontáneos), se reconocía que no podría saberse ni siquiera aproximadamente cuál era el volumen de la atención deseada y no satisfecha. La capacidad resolutive cualitativa del médico era de 89 % en los consultorios estudiados; en 52 % de los casos, era la falta de un profesional más especializado el motivo esencial percibido por el médico como causa de la referencia (Siméant, 1983). Hay que considerar además que entre los pacientes vistos por el médico de APS y no referidos por él debe haber una proporción desconocida que ha ido a consultar a otro prestador, o que se ha convertido en un caso de urgencia, o que se habría mejorado sin necesidad de la APS.

La resolutiveidad, en un sentido más completo, comprende otros aspectos fuera de la "no referencia". Estos aspectos, que están comprendidos en la atención por un especialista formado o en formación²⁶, son: a) la seguridad de no haber omitido el diagnóstico de una afección grave aunque poco aparente²⁷; b) la seguridad transmitida al paciente y a su familia; c) la competencia con que está formulada la interconsulta; d) el apoyo para lograr que la referencia se cumpla rápidamente y que se produzca la contra-referencia; e) la garantía del seguimiento, si éste es necesario; y f) como subproducto del caso bien resuelto, el valor educativo de éste para otros miembros del equipo. El manejo de las referencias debe estar a cargo de un médico que revise si ellas se justifican profesionalmente, si están bien formuladas y si se produce la respuesta esperada; en Chile los especialistas en formación del programa FOREBAS cumplieron esta función a cabalidad.

Pero hay más. La resolutiveidad debe incluir la prevención de las enfermedades y la promoción de la salud. Esta forma de resolutiveidad sólo puede lograrse con el método básico de "población y territorio", censos y mapas; sectores, hogares, cuadras y barrios. La tecnología puede ayudar a dicho método; pero no sustituye al conocimiento directo de la población y el territorio de cada

24 Siméant S, Estudio de la capacidad resolutive de la demanda en atención de morbilidad a nivel primario. Área urbana, Cuad Med Soc 1983; 24 (4): 156-169

25 Este indicador, desde luego, funciona sólo en los países en que normalmente se producen y se registran referencias.

26 Ver Sección 11, sobre "Especialistas en formación".

27 La evaluación del médico de primera línea y de la primera línea en conjunto debe hacerse también por la cantidad de diagnósticos precoces de patologías complejas a los que contribuyó o realizó directamente (Torres Goytia J, 2015)

sector, que se adquiere por médicos y equipos profesionales que analizan su propia misión y que salen de los establecimientos durante una parte suficiente de su tiempo. Este conocimiento directo se complementa con la participación informada de la población y del propio personal de salud. Tal estrategia no requiere un gran volumen de tiempo, porque mientras se sale al territorio se están resolviendo demandas de atención de las personas: requiere de una distribución equilibrada del tiempo con que se cuenta.

Queda claro –afirman en Brasil²⁸ – que la resolutividad del médico y del equipo de APS son factores clave en la resolutividad de toda la red. La evaluación por número de consultas corresponde a un modelo centrado en la demanda agendada; pero en APS es necesario trabajar con modelos de “puerta abierta”, que no generan filas durante la madrugada para conseguir números, porque la agenda del médico se organiza con tiempo para consultas, para acciones colectivas, para reunión de equipo, para visitas domiciliarias y para capacitación profesional; y teniendo en cuenta las horas de trabajo contratadas.

Todos estos postulados son del dominio de la Salud Pública. Precisamente, cabe subrayar que los problemas de escasa efectividad de la atención primaria y los del sistema en su conjunto tienen una de sus raíces en el subdesarrollo de la enseñanza y de la práctica de la Salud Pública, subdesarrollo ligado a las crisis de la democracia. Un dominio de los esquemas de pensamiento que cultiva la Salud Pública, tales como la Administración Sanitaria, la Planificación, el Trabajo Médico y la Epidemiología, es el que hace posible el ejercicio armónico de una acción multiprofesional y multisectorial, científica y humanista.

7. Investigación científica en el sistema de salud

Las investigaciones epidemiológicas y aquéllas acerca de servicios de salud –así como algunas de carácter clínico– se realizan con mayor pertinencia en la primera línea de atención. Es de esperar que los temas a investigar y las respectivas hipótesis surjan primordialmente de las observaciones de quienes realizan la asistencia y especialmente de los jóvenes que están en formación de postgrado. El apoyo que requieran debe provenir de los tutores clínicos y de salud pública, con el respaldo de las Facultades de Medicina, de las Sociedades Científicas y de los editores de revistas. Se trata de un campo para el futuro: la investigación que hoy se suele publicar, o es imperfecta, o es realizada por personas externas a la práctica de la atención local de salud, en cuyo caso suele estar desvinculada del contexto y no entra adecuadamente en el ciclo investigación-acción.

Se debe reconocer la urgencia del asunto. Se ha avanzado en la protección de las personas y poblaciones por parte de los Servicios de Salud y en la protección de las poblaciones por macro medidas de legislación, seguridad ambiental y seguridad social. Estos avances se deben a la identificación de factores causales como la malnutrición, el consumo de sodio, el sedentarismo, el estrés, la exposición a sustancias tóxicas y el diagnóstico tardío de las enfermedades crónicas. Falta aún para que sepamos lo suficiente acerca de cómo el organismo humano regula la circulación, la respiración tisular, la inmunidad, las funciones endocrinas, el metabolismo del colágeno, la percepción. Y falta más aún investigar cómo se pueden fortalecer estas regulaciones naturales, en forma general o específica. Estas preguntas están golpeando continuamente

28 Giovanella L, Escorel S, Magalhães de Mendonça, M H, Fidelis de Almeida, P, Senna M, Fausto M, Atención primaria en salud en Brasil: límites y posibilidades de implementación de un abordaje integral. (2009), ENSP/FIOCRUZ

desde la primera línea de atención, desde la frontera del pensamiento médico, en la búsqueda de dar efectividad a la función de promoción y a los exámenes preventivos.

8. Los Hospitales y el Modelo de Atención Integral

Los hospitales-base de los Sistemas públicos de Atención de Salud tienen un papel esencial en la materialización del Modelo de Atención Integral; tan esencial como el de la primera línea. Ante todo, deben desempeñar este papel integrándose a la tarea del Sistema al cual pertenecen, cumpliendo en cada una de sus actividades las funciones de promoción, prevención, reparación y rehabilitación. Al lado de la conciencia profesional y de los logros demostrados en hospitales individuales se requiere institucionalizar una instancia normativa para el conjunto de ellos, que esté situada en el Ministerio de Salud y vinculada a una instancia equivalente creada para la primera línea; una y otra instancia deberán estar orientadas según el Modelo de Atención Integral y dentro del diseño general del Sistema²⁹.

El concepto de "progresividad" de la atención, que es propio de la función hospitalaria, es pertinente a todo el cuidado de la salud: los pacientes vienen de su propio medio, idealmente referidos, cuando es necesario, por los consultorios; la mayoría vuelve a la comunidad, con alguna solución; algunos pasan desde el Consultorio de Especialidades o desde el Departamento de Urgencia a una sala de hospitalización, a un pabellón quirúrgico, a una sala de partos, a una unidad de cuidados intensivos. La asistencia debe ser progresiva, es decir, acorde con la necesidad de cada momento, a través de todo el hospital y de todo el sistema, incluyendo los establecimientos de primera línea, el hogar y el trabajo. El hospital no se detendrá en sus propios recintos; cuando la lógica del sistema lo requiera, se encargará de atenciones pre-hospitalarias y post-hospitalarias (hospitalización domiciliaria). Existe la hospitalización abreviada, la cirugía ambulatoria y la telemedicina, que son otros tantos vínculos entre la medicina y la comunidad. Dentro del concepto de sistema (o red) un hospital se relaciona con otros, con los consultorios y con establecimientos "socio-sanitarios". Se espera que los jefes y los docentes de los servicios clínicos asuman una responsabilidad por la salud de la población circundante, por el desarrollo del personal asistencial y por la investigación de la realidad sanitaria local. Al interior del hospital, el flujo de usuarios se divide entre "servicios"; según sexo, edad y tipo de padecimiento; el funcionamiento de estas partes debe ser integrado, bajo la responsabilidad del director del establecimiento. Ya desde las salas de espera y hasta las camas de internación, hay o debe haber materiales y actividades educacionales, incluyendo clases y entretenciones para los niños. Se aplica el enfoque familiar y el enfoque comunitario del modelo, procurando no aislar a las personas hospitalizadas; viceversa, el hospital deberá ser consciente de su papel como importante institución de la comuna o provincia y del apoyo mutuo con el sistema educacional. Pondrá cuidado en estimular y proteger el ánimo de quienes están o pasan por él, reduciendo el temor a la enfermedad y a las intervenciones médicas, en una atmósfera impregnada de respeto y de afecto. Aprovechará toda oportunidad favorable a la promoción de la salud, a la creación y fortalecimiento de hábitos saludables. De todo esto hay ejemplos en los países de América Latina: lo importante es preservar la conciencia de que el Sistema de Atención de Salud es un todo continuo dedicado a participar en el desarrollo de la calidad de vida de la población, según lo propone el Modelo Integral.

29 Ministerio de Salud de Chile, El Hospital Público en Chile, tres volúmenes (2002-2004), Santiago

9. Se necesitan médicos para la primera línea. ¿Qué médicos?

Para dar atención médica se necesitan médicos. Cuesta obtenerlos para la primera línea. Hay varias razones. Los salarios son bajos; los cargos no son estables; la presión laboral es alta; el ejercicio profesional en provincias alejadas no es atractivo. Ahí donde la administración de los consultorios APS depende de las municipalidades, como en Chile o Brasil, los médicos ven restringido el avance hacia la especialización y el trabajo en medio hospitalario y temen a la inestabilidad de la política local. En Chile se ha visto que los médicos municipales están marginados respecto al equipo de APS y respecto a las funciones de la salud pública local, empleándose para resolver la "morbilidad" (demanda espontánea), sin que ejerzan plenamente su rol frente a la población y dentro del sistema.

Ello contrasta con la importancia potencial del médico de la primera línea: Ase y Burijovic³⁰ recuerdan desde Argentina la metáfora utilizada en la OCDE: ponerlo "al volante del sistema" de atención de salud, es decir, reconocer su enorme posibilidad de articulador de los distintos ejecutores.

Algunos piensan que la solución reside en crear un tipo especial de médicos para atender en la primera línea. Invocan el ejemplo del Servicio de Salud inglés, con sus prácticos generales; también el de Canadá, el de Japón y algunos países europeos. Es el "médico de familia" (MF) o de "familia y comunidad" (MFC), o "especialista en medicina general" o "en atención primaria". En Paraguay se hubiera deseado contar con un MF en cada "Unidad de Salud Familiar" (USF), y en Costa Rica con uno por cada Equipo Básico de Atención Integral de Salud (EBAIS).

Pero hasta el momento, esta propuesta no ha solucionado el problema de la APS para los países latinoamericanos. Las Universidades, a instancia de los Ministerios, han creado algunas plazas de formación (en dos, tres o cuatro años) para MFs o MFCs; los becados son remunerados, pero hay muchos menos postulantes que plazas, y los que se gradúan no permanecen en el servicio público. En Chile, según estimaciones del Consorcio Interuniversitario de Salud Familiar se han formado alrededor de 330 especialistas en los últimos 15 años, "cifra aún insuficiente con relación a las necesidades de la APS"³¹. Entre los años 2002 y 2007 se ocupó sólo el 12% de los cupos ofrecidos para residencias de medicina familiar en el concurso de becarios de retorno a especialidades. Su organización obtuvo para ellos un programa de becas de especialización, el cual se abrió con 90 plazas anuales desde 2007 a 2011; por diversas razones, el 40 % de estas plazas no se aprovechó, y el Ministerio redujo el número de cupos y de especialidades.

En 2014, el Presidente de la Sociedad Ecuatoriana de Medicina Familiar declaró: "La especialidad...está en nuestro país por aproximadamente 20 años. Al momento existen unos 200 médicos familiares en el país, cuya mayoría trabaja en instituciones privadas"³².

Un consultor residente en Bolivia cita, para 2011-2012, una cifra de 126 médicos especialistas en Salud Familiar, Comunitaria e Intercultural; ellos constituían el 1,5 % de los 8.131 médicos (equi-

30 Ase I, Burijovich J, La estrategia de Atención Primaria de la Salud: ¿progresividad o regresividad en el derecho a la salud?, Salud colectiva (Argentina) 2009; 5 (1)

31 Montero J, Téllez A, Herrera C, Reforma sanitaria chilena y la atención primaria de salud. Algunos aspectos críticos, Escuela de Medicina, P.Univ.Católica. 2010

32 Díaz R., Presidente de la Sociedad Ecuatoriana de Medicina familiar, "El rol de la atención primaria en los seguros de salud" (entrevista, Salud en Altura, acceso en 2014)

valentes de jornada completa) empleados por el Estado en funciones asistenciales del sector público y de la seguridad social³³.

En Brasil se constataba, en 2009, que “faltan profesionales formados para la APS, no hay Especialistas en Salud Familiar pese a los esfuerzos”³⁴.

En Perú se informaba, en 2003, y de nuevo en 2011, que “no se ha logrado operacionalizar el Modelo de Atención Integral de Salud”(MAIS). El Plan Nacional de fortalecimiento del primer nivel de atención 2011-2021, elaborado por el Ministerio de Salud de este país, propone un “equipo básico” con un médico de familia (MF) apoyado por un sistema de referencia y contra-referencia. Se habían empezado a formar MFs desde 1989-90 en cuatro Facultades; se encontró que la formación no fue adecuada y en 2007 se redujo el número de cupos a 70 o 90 por año, de los cuales sólo se ocupó una minoría. Se les forma por tres años en hospital y no en APS; a los egresados no se les diferencia de los médicos generales y ocupan cargos administrativos o bien se especializan. La medicina familiar, se concluye, es una “especialidad” por crear; al parecer no ha habido voluntad política ni académica suficiente³⁵. Se formó una Sociedad de Medicina Familiar, refundada en 2011 con alrededor de cien asociados (Cuba et al, 2013)³⁶.

En 2014 un consultor OPS encontró que todas las 760 USF de Paraguay tienen un médico y sólo 105 son “especialistas” en Medicina Familiar y Comunitaria o en Medicina General Integral³⁷.

En Uruguay, la residencia de MF existe desde 1997 y en 2011 había poco más de 100 MFs³⁸.

10. ¿Fortalecer a la primera línea con especialistas básicos?

Podría pensarse que la manera natural de realizar tal fortalecimiento es el sistema de referencia y contra-referencia entre primera línea y hospital. De hecho, en Bolivia se propone tener un Comité de Referencia y Contra-referencia encabezado por el coordinador de la Red Departamental de Salud. En la práctica ello no resuelve el problema. La experiencia chilena y la de Bolivia muestran que en el hospital suelen faltar los recursos o la organización para atender a todos los pacientes referidos y hay por lo tanto gran demora entre la petición de interconsulta y su realización; que en el hospital no se da crédito al proceso diagnóstico adelantado por el consultorio; que el especialista suele retener a los pacientes sin “devolución” de ellos al Consultorio; que el escaso tiempo de los especialistas está saturado con casos de baja complejidad, y que finalmente el paciente resuelve su problema al margen del sistema, o no lo resuelve. También

33 Mapeo y análisis de los modelos de atención primaria en salud en los países de América del Sur, Mapeo de APS en Bolivia, (2014) (Tejerina H, Consultor), Rio de Janeiro (págs. 34 y 41, Tabla 15)

34 Giovanella L, Escorel S, Magalhães de Mendonça, M H, Fidelis de Almeida, P, Senna M, Fausto M, Atención primaria en salud en Brasil: límites y posibilidades de implementación de un abordaje integral. (2009), ENSP/FIOCRUZ

35 Ministerio de Salud del Perú, Dirección General de Salud de las Personas, Comité Nacional de Servicios de Salud, Atención Primaria en Salud: Propuesta de reforma en servicios de salud, 2013

36 Cuba MS, Romero Z O, Domínguez R O., Medicina familiar en el Perú: camino a la consolidación como disciplina científica, Medwave 2013 Ene/Feb;13(1):e5589 doi: 10.5867/medwave.2013.01.558

37 Sistema de Monitoreo y Evaluación de la Gestión Pública de Paraguay, Programa APS, Subprograma APS-Medicina Familiar-USF, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Informe final de Monitoreo, febrero 2012

38 OPS, Atención Primaria de Salud en Uruguay. Experiencias y lecciones, octubre 2011. <http://uruguay.campusvirtualsp.org/sites/default/files/webfiles/contenido/ops%20>

puede ser que en la Región no exista un centro de referencia especializado, por ejemplo, en salud mental³⁹.

Como se indicó más arriba, una de las medidas propuestas para fortalecer la capacidad resolutoria de los Centros de Salud de la primera línea es la integración en ellos de algunos especialistas básicos (internistas, pediatras, ginecólogos, psiquiatras) formados o en formación. Algunos sostienen que esta medida dañaría la ejecución del modelo de atención integral o familiar y comunitaria; que fragmentaría la atención; o que desvalorizaría el papel del médico general o del médico de familia⁴⁰. Sin embargo, una revisión sistemática reciente⁴¹, citada por Montero et al. (2010), muestra que el asociar especialistas a los médicos generales en APS, mejora el acceso, el uso de los servicios y los resultados en salud, siempre que sean parte de intervenciones multifactoriales que incluyen consultas conjuntas, reuniones clínicas y seminarios educativos, entre otras iniciativas de trabajo colaborativo, condiciones que se dan íntegramente en el programa Forebas de seis años antes mencionado. Coincidiendo en gran parte con Gruen et al., académicos brasileños exponen como condiciones para que “la mezcla (de especialistas y generalistas) tenga éxito: integración en el consultorio, continuidad, acciones conjuntas, reuniones, policlínicos de especialidades, manejo de las interconsultas, vínculo continuo con el hospital, continuidad de la relación médico-paciente, manejo de la agenda por los médicos”. “Falta atención especializada para la estrategia de salud familiar (ESF)...hay una cuasi inexistencia de médicos de familia...e insuficiente oferta de atención especializada”, dicen en Brasil (Fiocruz, 2009). Desde la década de 1970 la ciudad de Curitiba⁴² viene construyendo su red de APS sobre el modelo “tradicional”, que incorpora a médicos especialistas en áreas básicas (internistas, pediatras, gineco-obstetras), además de enfermeros, auxiliares de enfermería, odontólogos y agentes comunitarios; y ha estado cambiando este modelo por otro, fundamentado en la ESF, que opera con médicos generalistas; un estudio indicaría que el modelo ESF se asocia a más accesibilidad, continuidad, integralidad, orientación familiar y comunitaria que el modelo “tradicional”⁴³. En Florianópolis se ha incorporado un “núcleo de apoyo especializado a la salud de la familia” (NASF), con pediatras, ginecólogos, geriatras y especialistas en salud mental. En ciertas regiones de países, como Argentina, Uruguay o el mismo Brasil, el “apoyo de especialistas” se refiere solamente a pediatras y odontólogos; en otros, a ginecólogos; en otros, a asistentes sociales, nutricionistas o psicólogos; y en tales casos no parece haber esquemas claros de su fundamentación ni suficientes pruebas de su aporte a la resolutoriedad.

En Costa Rica la experiencia de poner en contacto a los médicos generales con los hospitales y vice versa “pareciera que sólo produjo diversos grados de frustración, así como escaso beneficio para la práctica profesional de los médicos que participaron”. “En las experiencias de sesiones clínicas y pasantías en los hospitales, los médicos generales recibían, por lo común, información sobre los procedimientos para el diagnóstico y el tratamiento de problemas complejos de pacientes hospitalizados, propia del tercer nivel, conocimientos de escasa utilidad en su práctica diaria en el primer nivel”. “¿Cómo compatibilizar la relación entre el primer nivel con médicos

39 Camacho-Arce C, Caballero-Baldivieso D, Venegas-Arzabe F, Situación de la atención primaria de salud mental en servicios públicos de El Alto, La Paz, Bolivia, Rev Panam Salud Publica 2009;25 (6)

40 OPS, Minsal, Innovando el papel de la AP en las redes de atención de salud, Coord. E. Harzheim, Brasilia DF, 2011

41 Gruen, R.L., Weeramanthri, T.S., Knight, S.S., Bailie, R.S., 2003. Specialist outreach clinics in primary care and rural hospital settings. Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 4, 2003, Art. No: CD003798

42 Giovanella L et al., op.cit.

43 Ello podría interpretarse como una demostración de la influencia de la preferencia política por uno u otro modelo.

generalistas y el segundo y tercer niveles de los especialistas, cuando pareciera que son dos mundos diferentes...?” preguntaba en 2005 el Dr. W. Vargas⁴⁴. Y decía: “un buen sistema de referencia de los usuarios del primer nivel de atención a los niveles segundo y tercero, ha sido uno de los anhelos; las soluciones ensayadas han tenido resultados muy limitados. Las que sí funcionan son las referencias y contra-referencias entre EBAIS y Maternidad”.

En Panamá ⁴⁵ se ha admitido que la APS todavía no es bien entendida: se considera que sólo los médicos generales o familiares pueden laborar en ella. No se contempla que los especialistas actúen en este nivel; y sin embargo están presentes las cinco especialidades médicas básicas en las Policlínicas Básicas de la Caja de Seguridad Social.

En Paraguay⁴⁶ (2012), complementariamente a las USF, fue promovida la directriz de desarrollar la red de policlínicas de especialidades.

Las interconsultas al especialista aumentan la capacidad del médico que las pide siempre que una proporción de ellas se realice en presencia de éste, ya sea en el establecimiento de primera línea o en el hospital; es lo que sugieren en Uruguay, dirigentes del Sindicato Médico que apoyan la Medicina Familiar.

11. O bien, “especialistas en formación”

Hay acuerdo, teóricamente, en la conveniencia de entregar desde el pregrado una formación médica integradora de la clínica y la salud pública, de la prevención y la reparación. Más importante será el que una parte significativa de los becados de postgrado, estudien y practiquen, durante un lapso suficiente, no menor de 6 años, a la vez en Hospital y en Consultorio de Primera Línea. Esto último permitirá que las interconsultas aprovechen plenamente al paciente, que sirvan para el perfeccionamiento progresivo de quienes trabajan en uno y otro ambiente, y que las esperas sean breves. La experiencia del Programa FOREBAS, iniciado en Chile en 2007/8⁴⁷, es ampliamente convincente. Este programa cubrió las especialidades básicas pertinentes a la primera línea: la idea es contar con un “médico de familia pluripersonal” con alta capacidad resolutive en pediatría, medicina interna, ginecología-obstetricia y psiquiatría⁴⁸. Profesionales ya formados con este esquema pueden continuar su carrera en uno u otro de los “niveles” o en cargos mixtos⁴⁹. En 2011, los especialistas en formación (EEF) del Programa FOREBAS ya estaban actuando como recurso de referencia interno y como capacitadores de los otros profesionales, fortaleciendo las funciones de promoción y de prevención a nivel personal, familiar y comunitario^{50,51}. En 2014, habiendo culminado el primer ciclo sexenal de la formación de especialistas

44 Vargas González, W., Atención primaria de salud en acción, Universidad de Costa Rica, Vicerrectoría de Acción social, 2006

45 República de Panamá, Dossier nacional de atención primaria en salud y la integración con otros niveles de atención, Intercambio III.2-1-2007

46 Sistema de Monitoreo y Evaluación de la Gestión Pública de Paraguay, Programa APS, Subprograma APS-Medicina Familiar-USF, Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, Informe final de Monitoreo, febrero 2012

47 Ipinza M, Cómo solucionar el déficit de médicos en los consultorios Urbanos municipalizados, Cuad Med Soc 2004; 44(2): 73-80

48 Montoya C, Atención primaria en salud. Alma Ata otra vez y la experiencia de Chile. Cuad Med Soc 2008; 48 (3): 147-154

49 Vargas N, Tassara R, Domínguez M, Puxant M, Mendoza J J, Programa de especialistas para la atención primaria. experiencia y visión de académicos de la U. de Chile al primer año de marcha, Cuad Med Soc 2009; 49 (2): 87-93

50 Montoya C, Vargas N, Organización de la APS urbana con incorporación de especialistas en formación, Cuad Med Soc 2011; 51 (1): 40-47

51 Montoya C, La APS en Chile y el papel de los médicos. Nuevos objetivos en el año 2010, Cuad Med Soc 2010; 50 (3):167-177

para la atención primaria de salud –en realidad, para el Sistema– se informaba que existían 499 especialistas en formación, distribuidos en ocho universidades, 19 campus clínicos hospitalarios, 24 comunas y 73 Centros de Salud, en doce Servicios de Salud. En los Centros participantes había 2.338.687 personas inscritas⁵².

El Programa Forebas, aplicado para una parte relativamente pequeña de los egresados de Medicina, ha sido bien evaluado, muestra el camino para cumplir con el principio de Equidad y con la garantía esencial de calidad, y tiene el potencial de ayudar a solucionar los problemas derivados de la división del Sistema Público de Atención, división impuesta en Chile en 1980. Forebas operacionaliza una alternativa que podría haber quedado en ser sólo una consigna: suma el Enfoque Sanitario y el de Derechos.

Se piensa que los especialistas de los hospitales, incluidos los docentes, no saldrán fácilmente a los consultorios distritales ni a la comunidad. Sin embargo, esta limitación no rige para el especialista en formación; y la actitud de los Profesores y Jefes de Servicios hospitalarios que participan como formadores clínicos del Programa Forebas es favorable a la asunción de responsabilidades de los hospitales frente a la población general⁵³; algunos actúan en los Centros de Salud, a tiempo parcial, como tutores clínicos de EEF.

12. Los médicos generales

Los Médicos Generales (MG) propiamente deberían seguir constituyendo la mayoría en la primera línea y en algunas funciones del hospital, tales como la atención de agudos al ingreso, o las salas de hospitalización abreviada. Tomando en cuenta la necesidad de eficiencia y además la de optimizar la capacidad resolutive de los consultorios, el autor ha propuesto para la primera línea urbana una combinación de 65 a 70 % de médicos generales, 15 a 20 o 25 % de especialistas en formación y 10 a 15 % de MFs. La función de estos últimos, según la experiencia actual de América Latina, resulta de mayor rendimiento en las responsabilidades administrativas de los establecimientos de APS, sin perjuicio de su participación en la asistencia y promoción.

Los médicos generales necesitan apoyo en el ejercicio de su función asistencial cotidiana: “aún con la colaboración de un buen equipo de salud, el médico de atención primaria no puede cumplir con todas las acciones que se le asignan”; “la entrega de (las funciones de) tutoría y supervisión técnica de la APS a los jefes de servicios clínicos parece ser la única forma de mantener una atención médica integradora, coherente y de calidad, (aún) en los consultorios municipalizados”⁵⁴. Un Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile concordó con esta posición: “Un médico, en Chile, aunque el título profesional lo habilita legalmente, no puede ni técnica ni éticamente llevar a cabo todas las funciones, desde que la Medicina escapó, como ciencia y como caudal de conocimientos, de los márgenes del dominio de un solo profesional”⁵⁵.

52 Montoya C, Ipinza M, Vargas N, Lastra J, Culmina el primer ciclo de la formación de especialistas para la atención primaria y el sistema público de atención de salud. ¿Qué hacer en adelante? Rev. Chil. Salud Pública 2014; 18 (1):25-32

53 Vargas N et al. 2009, Op.cit.

54 Román O, Ferrer R, La red asistencial de salud y el papel de los jefes de servicios clínicos en su gestión, Hospital San Borja-Arriarán, Cuad Med Soc 1997; 38 (3):64-68

55 Rosselot E., Cantidad, perfil y calidad en la formación de profesionales para la salud en Chile. La adecuación de las aptitudes a los objetivos, Cuad Med Soc 1999; 40 (3-4): 5-15

De un Seminario del Colegio Médico de Chile (2010) resultó una propuesta para el desarrollo profesional continuo de los médicos (generales) de APS. Se incluirían: períodos de inducción, reuniones clínicas, pasantías, consultorías de especialistas en los consultorios, reuniones con los niveles secundario y terciario, capacitación externa, experiencias de docencia e investigación. (Además) se consideró como especialidad a la Medicina Familiar y se recomendó una formación de tres años en postgrado a partir del término del primer año de trabajo en consultorio; o bien, el reconocimiento como especialista al cumplir 5 años de trabajo en APS. Los médicos de APS también podrían, luego de haber estado tres años en este nivel, optar a becas de formación en otras especialidades, con devolución de otros 3 años en el sector público. Se esperaba así hacer más atractiva la labor en APS⁵⁶.

Una situación especial ha resultado de los convenios internacionales de validación de títulos universitarios. Estos convenios han sido suscritos sin tomar en cuenta los intereses de la población de los países emisores –que podrían perder recursos humanos necesarios– ni la de los países receptores –a cuyo nivel primario emigran médicos carentes de experiencia en la realidad epidemiológica y administrativa a la cual llegan, y en algunos casos sin un nivel suficiente de formación profesional⁵⁷.

13. Más propuestas para la ejecución del Modelo Integral de Atención de la Salud

En Bolivia está en desarrollo el SAFCI, modelo de Salud Familiar, Comunitaria e Intercultural. Como en el caso de Ecuador, se agrega al modelo una dimensión –la visión cultural o antropológica– que es pertinente también para otros Estados o Provincias de América Latina y que puede ser asumida por profesionales con una formación especial. Es de notar que en el Ministerio de Salud de Bolivia se declara que SAFCI no es una especialidad, sino un enfoque que corresponde a la política de salud actual⁵⁸.

En Colombia se han aplicado estrategias de APS integral (APIS) y de “Salud en su Hogar”, propicias a superar la fragmentación y la atención curativa individualista, consecuencias de la Ley 100 de 1993; se ha concluido que no se debe restar importancia a la atención especializada, sino buscar un equilibrio entre ésta y la APS. En Bogotá se han observado resultados, tal vez por el número de profesionales que se han vinculado a la APIS⁵⁹.

Cabe agregar que la integración de persona, familia y comunidad como objeto de la atención de la salud es una de las características de toda BUENA Medicina y no de un tipo especial de médico o de doctrina. Sin embargo, es un hecho que en los servicios públicos de salud de la mayoría de los países de América Latina los médicos no salen a la comunidad junto con los demás miembros del equipo; es urgente reorientar los programas de su formación en esta dirección, sin lo cual dichos profesionales seguirán al margen del movimiento que preconiza

56 Depto. de Formación y Acreditación, Colegio Médico de Chile, Propuesta para la elaboración de una política de desarrollo profesional de los médicos de atención primaria, Cuad Med Soc 2010; 50(2):150-155

57 Lo demuestran las bajas calificaciones recibidas en Chile por médicos inmigrantes en el Examen Único Nacional de competencias médicas (EUNACOM).

58 Sin embargo, existe la Residencia médica SAFCI.

59 Mosquera P, Granados G, Vega R, La estrategia de APS para Bogotá y su relación con la disminución de inequidades de resultados en salud, Revista Gerencia y políticas de Salud 2008;7 (14) [http:// www. redalyc.org/pdf](http://www.redalyc.org/pdf). (Resultados preliminares de una tesis de maestría, Univ. Javeriana).

profundizar la participación social en salud, incluido el autocuidado y la solidaridad concreta pro-salud entre las personas y familias dentro de los barrios.

Hasta aquí la argumentación relativa al tipo de médico que se necesita formar parecería estar centrada en la persona del profesional. No obstante, es previo definir y asegurar el carácter integral de los Centros de Salud como tales, más aún, el de todo el Sistema Nacional de Atención, como red de instituciones, con su dirección, sus equipos humanos, y sus vínculos con la población. Es decir, no se trata sólo de qué médico formar sino también de qué tipo de Sistema y de centros o establecimientos de salud constituir. En muchos países de la Región –Ecuador, Costa Rica, Perú, Chile, entre otros, se da importancia a los “técnicos de APS”, preferentemente surgidos de la propia población a atender.

“La concretización de un Sistema público universal de Salud... implica – dada la intensidad de las desigualdades en nuestra sociedad – articular las políticas sociales a políticas económicas redistributivas”⁶⁰. Esta afirmación es necesaria para completar el propio Modelo aquí expuesto. Con todo, es preciso que todos los sectores de la actividad nacional, como el de la salud, comprendan que su papel irremplazable consiste en perfeccionar la cobertura y calidad de sus propias acciones; en hacer todo aquello que no pueden hacer otros, en generar todo el conocimiento que no se puede generar en otro sitio; y en aportar desde su ámbito experiencias y razones para el desarrollo nacional o regional. Esto no contradice sino que refuerza el componente de coordinación intersectorial incorporado en el Modelo, coordinación tanto más eficaz cuanto más fuerte sea cada sector.

14. La formación: ministerios y universidades

En varios países de América Latina, por ejemplo en Perú, los Ministerios de Salud están incorporando a las tareas de su rol de rectoría del sector, la Formación y Mantenimiento del Personal profesional. Ello suele incluir el financiamiento de la educación de postgrado, lo cual trae consigo una fuerte influencia suya en la política y demás decisiones de las Facultades de Ciencias de la Salud, aunque estas Escuelas no se hayan incorporado directamente a los Ministerios, como ocurrió en ciertos países europeos⁶¹. Dicho financiamiento estatal constituye un claro avance social respecto al financiamiento “de bolsillo” por los candidatos a la educación pos-título; pero no debería obviar la necesidad de que los acuerdos en materia de formación se generen con la participación decisiva de las rectorías de las Universidades Nacionales. Éstas cuentan con larga experiencia pedagógica y científica y están menos expuestas a la influencia cambiante de grupos políticos, gremiales y otros en la toma de decisiones.

La multiplicación y fragmentación de Escuelas de Medicina en países de América Latina, como en Perú, Chile ⁶² y Brasil, obedece en buena parte a objetivos económicos privados y a una política implícita de otorgar un máximo de actos médicos que satisfaga la demanda de estos en un contexto de mercado. En este proceso participan profesores-taxi, que son “pagados por acto” (por acto docente, por ejemplo, por clase). Las universidades estatales, mal financiadas, han visto reducirse los cargos de jornada completa y dedicación exclusiva, los cuales son el camino

60 Giovanella et al. 2009, op.cit.

61 De Chile se informa que en el 2015 el Ministerio de Salud utiliza y financia el 95 % de las becas universitarias para formación de especialistas en las disciplinas correspondientes.

62 En 2015 Chile, país con 17 millones de habitantes, tiene 28 escuelas de Medicina, de 22 Universidades.

para crear "escuelas de pensamiento" capaces de hacer avanzar la ciencia y de formar médicos integrales.

La experiencia del programa Forebas ha enseñado que el modelo de atención integral es asimilado mejor en la primera fase de ejercicio real de la profesión que en el pregrado: sería preferible acortar éste y dar tiempo suficiente a aquélla.

15. Un sistema, una profesión

Si cada persona es una unidad, si la población de cada país es una unidad, si el sistema de atención es una unidad, ello es congruente con el hecho de que la Medicina es una y la profesión médica también. Circunstancias históricas han determinado que se segmenten los sistemas de atención y que junto con ello se generen o se conserven divisiones o clases en esta profesión. Ello termina por reflejarse en la legislación, en las actitudes, y en que haya compartimentos estancos en la carrera y en la organización de los médicos. Un caso es la separación entre médicos hospitalarios y médicos generales en múltiples países. En América Latina las estructuras son menos rígidas y es posible que logremos volver a tener una carrera profesional abierta a todos y una misma legislación para todos. Ello irá en beneficio de la Medicina y de los pacientes. Hay perjuicio en adoptar actitudes defensivas de las fronteras que separan a unos grupos de médicos respecto de otros.

La compartimentalización prevalente en la Organización Mundial de la Salud tuvo, entre otras consecuencias, la divulgación de la tesis de que es beneficiosa la "separación de funciones" en los sistemas nacionales de salud, tesis preconizada también por los organismos financieros internacionales. Ella es contraria al Modelo de Atención Integral de la Salud y ha contribuido a debilitar la "rectoría" o liderazgo de los Ministerios de Salud de los países y, por lo tanto, a limitar el rol del Estado en el desarrollo de los Sistemas, favoreciendo la fragmentación, la ineffectividad, la inequidad y la ineficiencia de los mismos.

16. La planificación en el Sistema

La decisión acerca de cuántos y qué tipo de personal - incluyendo médicos - se deben formar para los componentes del sistema requiere definir objetivos, costos, capacidades y relación con la población. En suma, requiere planificar y para ello, recuperar el o los métodos de planificación adecuados a la realidad de cada país, comprensibles por todos, exentos de tecnología sofisticada. En América Latina se contó con ellos pero el afán de modernidad los alejó de la práctica común⁶³. Es preciso contar con información para el diagnóstico: información básica, sin complejidades superfluas. ¿Cuántos profesionales de cada tipo existen? ¿Dónde están? ¿Son suficientes? ¿Qué falta? Y sobre estas bases, definir las metas nacionales de formación y de distribución del personal y de los otros recursos.

63 El mejor sistema para planificar y programar en salud es, en opinión de este autor, el método Cendes-OPS, en su forma original, como lo concibió el economista chileno Jorge Ahumada, en Venezuela. Está expuesto en la Publicación Científica N° 111 de la Organización Panamericana de Salud, Washington, abril 1965. Existe un manual del Método Cendes-OPS, llamado Elementos de Planificación y Programación local en Salud, Montoya C., U. de Chile, Facultad de Medicina, División de Extensión biomédica, 2000.

El Ministerio de Salud Pública de Ecuador considera los “componentes de gestión del Modelo”: aquí incluye la planificación y programación y el presupuesto, la gestión y desarrollo del personal, de la infraestructura, de los medicamentos, de la información, de la calidad y el monitoreo, evaluación y supervisión.

En el 2002 el Ministerio de Salud de Brasil estableció parámetros para la oferta de la mayoría de los tipos de consultas y procedimientos tanto en APS como en hospital y esto significó un avance para la planificación y evaluación en el SUS; sin embargo, esos parámetros son actualmente inadecuados para la planificación de la oferta de servicios: ésta debe ser planeada de acuerdo con la necesidad real y no de acuerdo con la historia de oferta previa e insuficiente! (Chomatas, 2011). Procesos de planificación activos y continuos traerán consigo el desarrollo de la función de información.

Una adecuada planificación del Sistema público de Atención de la Salud, al centrarse en la población y en sus necesidades, quitará el énfasis puesto actualmente en el desarrollo de los componentes primario, secundario y terciario, como entidades separadas. El mucho destacar a la Atención Primaria como centro y razón de ser del sistema puede agravar su aislamiento. Incluso es posible pensar que tras los acuerdos de Alma Ata, en 1978, estuvo el interés de las grandes potencias por limitar, de manera realista, los compromisos y costos involucrados en el eventual apoyo al desarrollo de sistemas integrales de atención de la salud de las grandes masas de población de los países pobres; posiblemente influyó también en dichos acuerdos la tradición de una práctica de medicina general aislada de los hospitales y de los centros comunitarios, tradición propia del Reino Unido, de la Comunidad Británica de Naciones y de otros países determinantes al interior de la Organización Mundial de la Salud. En esta tradición no estaba la imagen de planificar “centros de salud” ambulatoria como los existentes en América Latina, en Italia, en Europa Oriental y en diversas comunas de Estados Unidos. En las discusiones previas a Alma Ata, que duraron más de una década, el concepto de una atención curativa y preventiva barata, entregada por agentes comunitarios de salud con capacitación mínima, y que abarcaba múltiples aspectos de acción comunitaria además de la atención de salud (según la práctica de los equipos misioneros de los países colonizadores), se impuso al concepto de “servicios básicos de salud” y “servicios nacionales de salud” (Litsios, 2002; Cruickshank, 2011).

La planificación propiamente tal ha sido desplazada de las políticas públicas por la ideología economicista que sostiene que el mercado resuelve y que impulsa el ingreso hegemónico del mismo al campo de la seguridad social y en particular, al de la salud. Este proceso está documentado en la historiografía del sector, por ejemplo en México y en Chile (Laurell A C, Tetelboin C, y otros).

Planificar significa también evaluar. Hay un clamor por que se aplique el método científico a la investigación de alternativas como las que se sugieren o se critican aquí.

17. La historia

Los problemas que hoy afectan a los usuarios de la atención de la salud, al personal del sistema y a la salud misma, son producto de la historia. De la historia de los países, cuyos sistemas de atención han sufrido el ajuste estructural y demás distorsiones resultantes de las teorías y prácticas económicas de los últimos cuarenta años; de la historia de los pueblos, que han vivido regímenes dictatoriales con difícil, lenta e incompleta recuperación; de la ausencia de susten-

tabilidad natural del desarrollo planetario; de la decadencia de la Salud Pública, paralela al crecimiento de las expectativas alentadas por los costosos avances tecnológicos.

En primer y último término, son los profesionales jóvenes y los estudiantes de las carreras de la salud, apoyados por las generaciones anteriores, y en colaboración informada con la población, quienes pueden y deben resolver los dilemas existentes en el camino para la mejor atención de la salud en los países de América Latina y con ello alcanzar los objetivos comprendidos en la Salud Pública y en el Modelo de Atención Integral para las familias, comunidades y pueblos.

Declaración del autor: no existe conflicto de interés.

