

SOBRE LAS "COLAS" EN ATENCION PRIMARIA

Cuad. Méd. Soc. XL, 3-4, 1999/ 20-27

Prof. Dr. Alfonso González Dagnino*

RESUMEN

Se presenta la experiencia en la desmasificación de la demanda o "colas" en los establecimientos de Atención Primaria en España durante el período 1983-90 y su evaluación. Se establece que las medidas correctoras deben tomarse sucesivamente, en un orden preciso, el cual conduce junto con la desmasificación, al desarrollo de la Atención Primaria en el esquema de Alma Ata. Se sugiere una posible secuencia de acciones para resolver las "colas" en Chile, con el mismo doble propósito.

Palabras claves: Atención Primaria de Salud, Masificación de demanda, sistemas de salud.

SUMMARY

A personal experience on the management of the overcrowding or waiting lists at the Primary Health Care Centers in Spain during the period 1983-90 is presented. Corrective measures were taken and enforced successively, in a precise orden, so that it led, at the same time, to development of Primary Health Care in the scheme of Alma Ata. A possible sequence of measures for the current case of Chile is suggested.

Key words: Primary Health Care, waiting lists, health systems.

INTRODUCCION

Nos correspondió, junto con otros, implantar y desarrollar la Atención Primaria de Salud en España en los años 1983 a 1990, y evaluarla desde el Ministerio en 1990 a 1994. En estas líneas nos referiremos al problema de las "colas", o masificación de la consulta, pero es conveniente señalar las experiencias generales obtenidas en la desmasificación:

1) Tardamos más o menos dos años en entender que ningún problema importante en un Consultorio *se resolvía plenamente sin resolver los demás problemas*. Esto es, que los problemas estaban concatenados y se condicionaban unos a otros.

2) Ello nos llevó a plantearnos la necesidad de resolver junto con el problema de la masificación ("colas") los demás problemas, lo cual, ob-

* Ex Profesor Fac. Medicina Universidad de Chile
Ex Consejero Técnico del Ministerio de Sanidad de España

viamente, *sólo podía hacerse sucesivamente* y a través de un proceso. Tardamos aproximadamente un año más en descubrir cuál era la *secuencia natural de ese proceso*, que llevaba de una solución a otra, culminando, para nuestra sorpresa, en la transformación de un Consultorio en Centro de Salud.

3) El descubrimiento más sorprendente en nuestro esfuerzo por desmasificar, sin embargo, fue constatar que el proceso de transformación de un Consultorio en Centro de Salud no era un proceso paralelo y separado de la actividad del Consultorio, sino que, por el contrario, él se instalaba en el centro mismo de su trabajo cotidiano y se llevaba a cabo justamente a través de ese trabajo. Brevemente: descubrimos que resolviendo adecuadamente, y por etapas, el o los problemas más graves del Consultorio (llamados por nosotros Problemas Estratégicos) podíamos pivotear la conversión hacia un Centro de Salud (1). Habíamos llegado a establecer lo que denominamos Estrategia de Desarrollo de un Centro de Salud. En 1984-86 nos tomaba alrededor de dos años convertir un Consultorio en Centro de Salud, lo que lográbamos con inmenso esfuerzo, conflictos e incomprendimientos. En 1994, el proceso tomaba entre 4 y 6 meses. En España el "Problema Estratégico" de los consultorios era, con mucho, la masificación (2), aunque había otros: dispersión poblacional, pequeños núcleos poblacionales aislados, situaciones conflictivas con inmigrantes, etc. El modelo de Desarrollo de un Centro de Salud, basado en la masificación ("colas"), fue el que pusimos en marcha primero, y con más éxito. Guardando las diferencias inevitables entre países, pensamos que hay principios y técnicas de ese modelo que en Chile tendrían aplicación. Construir un modelo chileno para resolver en profundidad el problema de la masificación tendría la ventaja de que, aprovechando una medida coyuntural (acabar con las colas en tres meses), tendríamos una palanca para transformar toda nuestra A.P. en el esquema propuesto por Alma Ata.

EL PROBLEMA DE LAS "COLAS" Y SU SOLUCION

Las "colas" (o masificación) expresan, en A.P., un desequilibrio entre la demanda de servicios y la oferta. ¿A qué se debe esto? De la respuesta concreta que demos a tal pregunta dependerá el éxito o el fracaso de la desmasificación. La cues-

tión cardinal para una respuesta correcta estriba en establecer si la población consulta con frecuencia "normal" o con frecuencia superior a lo "normal".

1) Si los recursos del centro están calculados para una demanda normal, pero esta demanda se sitúa por encima de lo normal, el problema de la masificación estará en la población. La OMS estableció que, con variaciones de un país a otro, una población sin epidemias o causas coyunturales que la fuercen, consulta en A.P. en proporción de 3-4 consultas por habitante/año. Si conocemos la población que depende del establecimiento, se puede calcular el número aproximado de consultas que se tendrán en el año. La población se puede determinar mediante tres procedimientos: a) en caso que el establecimiento tenga un territorio adscrito y se conozca la población que vive en él; b) si la población a atender es una población "inscrita" (o beneficiaria); y c) si no se da ninguna de las situaciones anteriores, mediante el "índice de dependencia poblacional" y el "índice de dependencia del establecimiento, ambos indicadores muy conocidos y cuya técnica de construcción se encuentra en cualquier manual de planificación sanitaria. Un sistema adecuado de registro permite así saber la frecuencia con que está consultando la población, y cuánta población consulta. Está pues a nuestro alcance la manera de establecer, rápida, y con gran aproximación si la población consulta normalmente o sobreconsulta. En este último caso, hay que investigar la situación sanitaria en que vive la población, para establecer si existe en la sobreconsulta un origen medioambiental o de otro tipo causante de ello. No nos extenderemos en lo que corresponde al análisis epidemiológico y sociológico de una población sobreconsultante. Señalemos solamente que la participación comunitaria es aquí decisiva (3). Si hay variaciones estacionales importantes, por ejemplo IRAS en invierno, se deben calcular, por las curvas seculares, los recursos que aproximadamente se necesitarán el próximo invierno, los que deben retirarse al terminar dicha variación estacional.

Simplificamos aquí problemas complejos, que varían según las circunstancias, que tienen sus resistencias, sus inercias, sus dificultades administrativas, etc., y donde en muchos de los cuales, como el caso de las IRAS, hay ya una gran experiencia en Chile. Pero el propósito que nos guía es únicamente señalar el contenido cardinal de cada asunto.

2) Si la población consulta con frecuencia de 3-4 consultas/hab./año, o lo que se estime normal según sus condiciones de vida, pero el establecimiento no puede atenderla con fluidez, e incluso si se producen rechazos, el problema de la masificación se sitúa dentro del establecimiento. En este caso caben dos posibilidades: a) que los recursos del centro no se estén utilizando adecuadamente, y b) que los recursos del centro sean insuficientes. Por cierto, puede haber una mezcla de ambos, pero con fines de claridad estamos consignando situaciones puras. Veamos primero el caso a) donde los recursos no se están utilizando adecuadamente. Esta situación debe ser investigada en los siguientes puntos:

- ¿Se están cumpliendo las horas contratadas de profesionales y demás personal? Es algo fácil de determinar, comparando el trabajo que el profesional o funcionario debería hacer según las horas contratadas, y el trabajo que realmente hace. A menudo el profesional, atendiendo en 20 minutos los cuatro o cinco pacientes que le corresponden por una hora, considera cumplido su trabajo y se va, olvidándose que a él lo contratan por horas, y no por pacientes. Comprobado este hecho, hay que preguntarse qué motivos hay detrás. Puede haber muchos, pero generalmente es la necesidad de completar ingresos con un trabajo adicional, el cual se sobrepone a las horas contratadas en el consultorio. Es preciso, si ésta es la razón, mejorar las entradas del profesional (lo que es un tema legal complejo). Señalamos esta situación específica, a menudo la más invocada, para insistir que en estos casos, siempre junto a la causa económica está presente, a veces de manera invisible para los propios afectados, la frustración profesional, la idea de que la A.P. es una "pega" nada más para ganarse unos pesos y abandonarla apenas logre algo "mejor" (hasta llegar, de ser posible, a un hospital de tercer nivel, donde la clínica alcanza su "clímax" en la especialización más compleja). Desarrollar la A.P. ofreciendo la posibilidad de realización del profesional de consultorio a especialista trabajando en Centros de Salud Integrales (4), como, en sus respectivos campos, la ofrecen un hospital o un centro de investigación, disminuirá de golpe el incumplimiento de las horas contratadas. Lo hemos visto reiteradamente (aún sin aumento de sueldo), y es la prueba de lo que dijimos al principio: que todos los problemas están conca-

tenados. Sin desarrollar las diversas posibilidades de realización humana y profesional que ofrece la A.P. la rotación de profesionales continuará y ella se seguirá considerando como una pariente pobre de la actividad hospitalaria (5). Siendo que al especialista en A.P. se le abren más caminos que al profesional hospitalario, tanto en la esfera clínica (estudios en reuniones clínicas de casos que no llegan al hospital, de investigación clínica casuística de patologías con otra prevalencia que la hospitalaria, con otros valores predictivos de los análisis, etc., seguimiento de los pacientes en todas las etapas de su enfermedad, y por cierto su etapa terminal etc.), como en la esfera de la prevención (análisis epidemiológico, estudios de cohortes, investigación en Epidemiología Clínica), y por cierto en las ciencias sociales (educación para la salud, estudios de comportamiento en salud, trabajo con la comunidad y de investigación sociológica). Ciertamente, en la situación que describimos aquí –incumplimiento de horas contratadas– deben intervenir también las medidas disciplinarias y la coacción de la dirección del establecimiento. No hay que olvidar que la disciplina es parte integrante de la calidad.

- ¿Se están atendiendo de manera homogénea los pacientes que consultan, o por el contrario, unos se atienden con más frecuencia que otros?, y también: ¿tiene el establecimiento capacidad resolutive para evitar que los enfermos sigan consultando y no se deriven a largas esperas en el nivel secundario? (6)

Preguntas estas que plantean cuestiones diversas y complejas, que van desde la evaluación de la tecnología instalada hasta el análisis de la frecuentación de los pacientes, pasando por la propia calificación de los profesionales (¿qué capacidad, por ejemplo tienen los profesionales de A.P. para resolver problemas traumatólogicos o dermatológicos sencillos?). Lo primero que debe aclararse en este acápite es si hay un número determinado de pacientes que sobreconsulta. A veces resulta más fácil citar continuamente a enfermos conocidos, que no plantean problemas y se despachan en un minuto, a enfrentar al paciente nuevo, que implica siempre un desafío. Este vicio, tanto de los pacientes como de los profesionales, es el llamado "clientelismo". Se descubre fácilmente por simple observación, o por auditoría de historias clínicas, y se puede medir su gravedad

por el procedimiento estadístico de calcular la relación entre consulta nueva/consulta repetida (una vez más surge la necesidad de tener un sistema de registro adecuado). En A.P esa relación debe girar en torno al 1/3-4, es decir, una consulta nueva (por episodio patológico nuevo) por tres o cuatro repetidas (por el mismo episodio). Si la proporción sube: 1/5, 1/7, 1/10, 1/20, significa, o que la calidad de la atención es tan insuficiente que no resuelve los casos en el tiempo debido, o, lo mas frecuente, que ello se debe al "clientelismo". El "clientelismo", en nuestra experiencia, por si solo es capaz de producir masificación ("colas") porque crea un cinturón de pacientes "clientes" que aíslan al establecimiento de la población (7). El director del establecimiento tiene, en sus manos todos los elementos para cortar de raíz el "clientelismo" y de hacer cumplir a los funcionarios el horario contratado. Pero la disciplina, con todo, no basta, como hemos visto anteriormente, y es preciso ver qué hay tras un "cliente": a menudo un ansioso o un deprimido, que requieren atención psicológica.

En el acápite que comentamos, hay que mejorar la calidad de la atención profesional y de la referencia y contrarreferencia para solucionar definitivamente el problema del clientelismo (7). Ello se logra empleando a fondo, y adecuadamente, el instrumento llamado "Protocolo Consensuado" entre A.P. y nivel secundario. Para no extendernos en una cuestión puntual (aunque decisiva) diremos que un protocolo (8) establece normas precisas y detalladas, y criterios definidos, para el mejor manejo posible, aquí y ahora, de un caso individual en todas sus variantes. Por ejemplo, el protocolo de hipertensión define lo que es un caso de hipertensión, lo clasifica, señala los tratamientos que cada situación implica, incluidas las dosis, los controles y sus plazos, los exámenes que deben pedirse, los criterios para considerarlo estabilizado, y también los síntomas de desestabilización, así como lo que debe hacerse en cada situación de las señaladas, y quién debe actuar, los criterios para referir al enfermo al nivel secundario y en qué condiciones debe llegar a él (exámenes, historias clínicas, etc.) e igualmente cómo debe efectuarse la contrarreferencia, en qué plazos, condiciones, etc.. Este instrumento, aplicado masivamente en España para casi todas las patologías de A.P. elevó la calidad de la atención en flecha en pocos años. No podemos extendernos

sobre este excelente instrumento, que es en realidad un instrumento de Control de Calidad (9). Digamos tan solo que él contribuye poderosamente a desmasificar la consulta al terminar con el "clientelismo", regular los controles, desviar muchos controles a la enfermera, matrona o asistente social, eliminar la caprichosa "experiencia personal" de algunos profesionales, garantizar al paciente ser tratado con lo mejor que la ciencia puede darle en las condiciones del consultorio (toda vez que los protocolos deben actualizarse cada dos o tres años), y finalmente, ser el más poderoso factor de la mejora de la referencia y contrarreferencia, puesto que los criterios que se aplican en ella fueron consensuados entre el nivel primario y secundario, aun para las urgencias (10). El problema de la referencia no se resolverá nunca si se sigue considerando un problema administrativo, una cuestión de papeles, de trámites, de manejo funcionario. La referencia y la contrarreferencia son problemas clínicos porque atañen a la continuidad del tratamiento de los pacientes. Por lo tanto los clínicos deben tomarlo en sus manos, haciendo operativo el protocolo que ellos mismo se han dado conjuntamente en los dos niveles.

– ¿Hay buena accesibilidad del usuario a la atención? Cuestión también compleja y de numerosos factores. Veremos los principales: ¿Cómo es la petición de hora? Debe lograrse la petición de hora por teléfono, con ayuda de un protocolo de preguntas básicas para el telefonista, de suerte que pueda distribuir las horas, tanto en el día como en los días de la semana, de manera adecuada a cada paciente. Es pues fundamental capacitar al personal que tiene contacto con el paciente, para que su atención sea rápida, eficiente, y profesionalizada. Fundamental para el éxito de esta manera de distribuir las horas, es que *todo* el consultorio, cada uno desde su puesto de trabajo, contribuya a convencer a la comunidad de que respete la hora concedida (11), y que no venga al consultorio antes "por siaca". Desde luego, aquí hay un problema cultural, originado seguramente en el desorden en que históricamente se dieron antes las horas y no se respetaron los turnos de los pacientes. Es preciso que la comunidad se convenza de la absoluta seriedad y responsabilidad con que el consultorio asigna las horas dadas telefónicamente, y las hace respetar. La comunidad organizada debe participar en este esfuerzo del consultorio. El director del establecimiento debe, de todas manera,

controlar personalmente la forma como se distribuyen las horas, la amabilidad de trato a los solicitantes, el tiempo que la gente está en la sala de espera, y las razones de ello. Esta es una tarea que el director no puede eludir o transferir: es de su responsabilidad personal, y deberá responder por ella. La presencia física del director del establecimiento en el lugar donde se recibe a los pacientes, y su visita a la sala de espera dos o tres veces mañana y tarde, para ver qué ocurre allí, es indispensable. La educación para la salud, en todos los niveles (desde luego en la consulta de cada profesional), debidamente planteada, y las técnicas para cambiar hábitos, efectuadas por sociólogos que hayan estudiado a la comunidad, y por pedagogos, es la palanca de la solución definitiva.

3) Si el establecimiento funciona adecuadamente en todos los aspectos señalados en el punto anterior, la población consulta con frecuencia normal, y sin embargo hay masificación ("colas"), y aun rechazos, ya no hay duda: en este caso faltan recursos, ¿Cuántos? Es cosa nada más que de calcular la demanda de consultas al año (y según variaciones seculares, a la semana) según los indicadores que ya hemos señalado, y comparar con la oferta que podemos dar con nuestros recursos. De la diferencia entre ellos saldrá la cantidad de horas/profesional que necesitamos (obviamente estamos hablando en términos esquemáticos, como hemos dicho antes). Si el déficit es generalizado, habrá que construir un nuevo consultorio. Si el déficit es de uno o dos profesionales, será cosa nada más que de contratarlos, sin construir nada (o de extender jornadas, etc.). El lector habrá comprobado que el caso de falta de recursos en términos absolutos, lo hemos colocado en último lugar. Ello, porque no puede alegarse falta de recursos antes de haber estudiado a fondo todas y cada una de las causales que hemos señalado del mal uso de los recursos existentes. El personal de salud tiene la idea de que todo se resuelve con más recursos, lo que en muchos casos es verdad, pero olvida sistemáticamente que mucho puede conseguirse con mejor administración.

4) Debemos agregar algunos hechos encontrados por nosotros al estudiar la masificación en numerosos consultorios, que aclaran y completan lo dicho hasta aquí.

– El primero se refiere a lo encontrado en la consulta de cada médico en un mismo consul-

torio o centro de salud. Debemos señalar que en España los médicos de A.P. atienden en Consultorios y Centros de Salud por cupos de población, o cupos de enfermos, esto es, a un mismo conjunto de personas, para personalizar la atención. Estos cupos son sensiblemente parecidos en número, edad, sexo, condición económica, etc. Al comparar la masificación de las consultas de médicos de un mismo consultorio, con cupos similares, se constató en el proceso de desarrollo de la A.P. diferencias notables de un médico a otro. Por ejemplo, un médico atendía 21 pacientes en una hora (en España por ley no puede haber rechazos), y otro médico solamente 10 pacientes por hora, o menos (la masificación en España era al comienzo de la A.P. mucho mayor que entre nosotros).

– Estudiando la estructura de la consulta de cada médico, en numerosos consultorios, buscamos factores que manifestaran una correlación significativa con la masificación. He aquí lo que encontramos (7): la correlación (coeficiente de Pearson) entre tamaño del cupo y masificación fue de 0.77, lo que indica que el tamaño del cupo juega un papel, pero que además inciden otros factores (0.77 no es una correlación estrecha). La proporción de consultantes mayores de 65 años y la masificación mostró una correlación de 0.54, despreciable por tanto. Es decir, la mayor edad de los pacientes no incidía en la masificación. Las licencias, certificados, seguros, etc. llamadas "cuestiones burocráticas" se encontraron en el 14,6% de las consultas masificadas, siendo en las menos masificadas solo el 5,7%. Es evidente que aquí interviene el manejo del médico, pues es el único factor diferente de un cupo a otro. En todas las consultas, la frecuencia de las "recetas de crónicos" fue muy alta, pero en las menos masificadas no llegó al 30% de las consultas, en tanto que en las masificadas superó el 43% de todos los motivos de consulta. Es evidente que, aun cuando las "recetas de crónicos" era un problema al implantar la A.P., que expresaba un mal manejo general de los pacientes crónicos, era aún peor en las consultas de los médicos con consulta más masificada. Igualmente, la relación consulta nueva/consulta repetida fue más alta en las consultas masificadas (alcanzando a 1/2.39), en tanto en las consultas menos masificadas llegó a 1/1.9. La diferencia entre estos indicadores señala

también una diferencia en el manejo de los pacientes por parte de los médicos, y la existencia de "clientelismo".

- Inversamente, las consultas menos masificadas usaban el 100% de protocolos para 4 ó 5 patologías, tenían consulta programada, hacían educación para la salud en la consulta, todas tenían historias clínicas completas y al día, seguían los programas, todas hacían auditorías de historias clínicas y presentaban trabajos en Congresos y revistas. También los médicos de estas consultas participaban activamente en reuniones clínicas y bibliográficas del Centro de Salud, evaluaban programas, formaban parte de comisiones de trabajo del Centro, etc. Muchas veces atendían mas de 4-5 enfermos por hora como establecen las normas internacionales, porque el orden de la consulta dado por el uso de protocolos, programas, consulta programada, y educación para la salud, logrados en su cupo, se lo permitían sin mengua de la calidad de la atención. La correlación entre masificación y estos factores era inversa, pero para cada factor superior a 0.90. Estos hallazgos llevaron en España a la convicción, de que siempre, aunque en diversos grados, la masificación expresaba una actitud del médico.

SINTESIS, CONCLUSIONES Y PROPUESTAS

1) Hay un método rápido (a corto plazo) para terminar con las colas, y otro a mediano y largo plazo. El método a corto plazo que más bien ordena la demanda, incidiendo poco en la relación oferta de consulta/demanda de consulta, lo hemos descrito. Consiste en lograr una buena y fácil manera de inscripción (ojalá telefónica), con horas asignadas escalonadamente a lo largo del día y la semana, por personal que lo hace profesionalizadamente para que el procedimiento se formalice y se haga fluido. Es preciso convencer a la comunidad que concurra a la hora citada (porque su hora le será respetada). Este procedimiento rápido, aparentemente poco profundo, es sin embargo muy importante para la satisfacción del usuario, para mejorar el clima organizacional y la imagen institucional, y no es nada fácil de lograr.

2) La desmasificación real de la consulta, debe seguir al ordenamiento de la demanda. Ello se

obtiene determinando si la masificación se debe a mal uso de los recursos o a falta absoluta de los recursos.

3) Si la masificación se debe principalmente al mal uso de los recursos existentes, deberán ponerse en marcha las medidas correctoras de los factores, que hemos ya señalado.

4) En los consultorios o centros de salud masificados, éste será su Problema Estratégico, y será con miras a su solución (desmasificar) que tomaremos las medidas referidas en el punto anterior.

5) La secuencia temporal de las medidas correctoras aludidas en el punto 4 no puede ser caprichosa, sino que una debe posibilitar la implantación de la siguiente. Es lo que nosotros denominamos Estrategia de Desarrollo de un Centro de Salud (1) la cual, aplicada a todo el país se transforma en una política de desarrollo de la Atención Primaria. Es preciso determinar cuál es esa estrategia en cada país, analizando la realidad concreta en que se desarrolle el trabajo de sus consultorios. Aun a riesgo de equivocarnos, suponemos que en Chile ella no podrá alejarse mucho de la siguiente secuencia: 1) ordenamiento de las colas; 2) Protocolización de las patologías prevalentes; 3) Sistema de Registro y Archivo; 4) Introducción de la Consulta Programada y de la Historia Clínica completa; 5) Formación de comisiones de trabajo interno del centro (de biblioteca, de orden interno, de formación continuada, etc); 6) Reuniones Clínicas y Bibliográficas; 7) Diagnóstico de Salud con determinación de los principales problemas de salud; 8) Programas territoriales y de "case finding"; 9) Investigación. Es decir, la continuación lógica de la desmasificación consiste en dirigirse hacia la solución de los problemas de salud de la población y de las personas, con la más alta calidad y con el concepto de red (referencia y contrarreferencia). De este modo, se completaría en más o menos dos años un proceso que, iniciándose con la ordenación de la demanda, culmine en la implantación de la Atención Primaria de Salud en la concepción de Alma Ata. Fundamental en el proceso es, antes, durante, y después de la implantación de la A.P., llevar a cabo un exigente programa de capacitación para todo el personal (con puntajes, estímulos, reprobación, etc., y también de trabajo con la comunidad, formación de monitores de salud, etc.).

¿Qué lógica hay detrás de esta secuencia que proponemos? La misma que nos llevó a resolver con éxito el problema de la masificación en España, y a desarrollar allí la A. P.: al ir resolviendo el Problema Estratégico del Consultorio (en este caso la masificación) vamos durante ese proceso satisfaciendo a la población (ordenación de las colas) y también creando la infraestructura del futuro Centro de Salud: poniendo en marcha un sistema de registro y archivo, acabando con el clientelismo, desarrollando la historia clínica completa, la atención sin límite de tiempo para los pacientes complejos en la consulta programada (12), ordenando el trabajo clínico del centro en los mejores niveles de calidad con los "Protocolos Consensuados", resolviendo el problema de la referencia y contra-referencia, etc. Todo lo cual al desmasificar, va dejando un tiempo disponible para reuniones clínicas, bibliográficas, para organizar comisiones internas administrativas. Una vez esta etapa de "ordenación interna del consultorio", o primera etapa de la Estrategia de Desarrollo de un Centro de Salud, esté completada, es decir, cuando nuestra Atención Médica Primaria sea de excelente calidad (atender muy bien a los pacientes que llegan espontáneamente al consultorio), nos lanzaremos a resolver los problemas de salud de nuestra comunidad, donde se encuentran los problemas de salud. En esta segunda etapa de la Estrategia de Desarrollo de un Centro de Salud, el paso de los casos individuales que llegan, a los problemas de salud, es decir, a atacarlos en los individuos, sino en su origen medioambiental o social, y en sus consecuencias, implica el paso a la Atención Primaria de Salud. Dos subetapas son aquí indispensables y sucesivas: a) el diagnóstico de salud (para determinar los problemas de salud poblacionales), y b) la programación territorial (para atacarlos). El trabajo con la comunidad se hace fundamental como lo hemos señalado al principio. Eso permite liberar tiempo para el desarrollo profesional, el estudio, las reuniones clínicas y bibliográficas, los programas de capacitación continuada, las estadas en servicios secundarios especializados (traumatología, U.C.I., otorrino, dermatología, etc.), los que, sumados a la necesaria preparación en epidemiología y epidemiología clínica, sociología, planificación y programación, y psicología social, harán del profesional de A.P. el más completo especialista en el ámbito de la salud, y el más prestigiado. Cuando todo esto se ha logrado, surge espontáneamente -lo hemos visto reiterada-

mente (13, 14, 15, 16)- la necesidad de investigación y las exigencias de los centros de salud por capacitación en método científico para mejorar la calidad de sus trabajos.

¿Que todo esto, en las condiciones actuales de la A.P. en Chile pueda parecer un sueño? Es probable. Pero es a los sueños a los que vale la pena consagrar los mejores esfuerzos.

REFERENCIAS

1. González Dagnino, A. "Estrategia de Desarrollo de un Centro de Salud". *Semer*, vol. XVI-122, 1990.
2. Prieto, Asunción. "Exceso de demanda y exceso de presión asistencial en A.P.", *I Jornadas Abulenses de A.P.*, 1987.
3. Uriarte, A. y Ruiz-Jiménez, J.L. "Organización de un Centro de Salud a partir de la participación. El ejemplo del Centro de Salud Vicente Soldevilla". *Rev. de A.P.*, vol. II, N° 5, 1993 (253-57).
4. González Dagnino, A. "Teoría y Práctica de la Atención Primaria en España", Ed. Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid, 1990.
5. González Dagnino, A. "Desafíos y tareas actuales de la Atención Primaria en España", Conferencia Inaugural de las Jornadas Cantabro-Asturiana de Atención Primaria, 1989 (documento ciclostilado).
6. Camp, Herrero J. "Papel de los Centros de Atención Primaria en la descongestión de los hospitales", *Med. Clin. (Barc.)*, 1988, 91: 779-782.
7. González Dagnino, A. "Estudio de masificación de consulta en Atención Primaria en 1988". *Rev. de Salud 2-3/23*, Insalud Segovia. Nov. 1990.
8. González Dagnino, A. "Protocolos en Atención Primaria", *Semer*, vol. XVI- 125, 1990.
9. González Dagnino, A. "Calidad Total en Atención Primaria", Ed. Díaz de Santos, Madrid, 1994.
10. González Dagnino, A. "Normativa General para la Organización de la Atención Sanitaria de Urgencia en España", Ministerio de Sanidad y Consumo, 1984.
11. González Dagnino, A. "Trabajo en equipo en Atención Primaria", *Semer*, vol. XVI-123, 1990.
12. Martín Zurro, A. y Cano Pérez, J.F. "Manual de Atención Primaria. Organización y pautas de actuación en la consulta". Segunda Edición, Ed. DOYMA, Barc. 1989.
13. Main Pérez, A. et col. "Descripción del número y calidad de las historias clínicas en un Centro de Salud Rural (de Cantalejo)", *Rev. de Salud*, vol. 5, 1992.
14. Sánchez González, R. "Rendimiento de los exámenes de salud desde el punto de vista de enferme-

- ría". Centro de Salud Arenas de San Pedro (Avila), II Jornadas Abulenses de intercambio de Programas y Protocolos, Avila, 1993.
15. Botejara Sanz, A. "Relación entre la Atención Primaria y la Atención Especializada" (Centro de Salud San Roque, Badajoz). *Situación actual y futuro de la A.P.*, Ed. Asociación para la Defensa de la Salud Pública, Madrid, 1993.
16. Hernández Ahijado, M.C. "Diagnóstico clínico y utilidad de los análisis de laboratorio pedidos" (Centro de Salud Segovia I), *Rev. de Salud*, vol. 1, 2-3, Segovia, 1990.