

Calidad y Atención Integral de Salud: dos conceptos inseparables

Quality and Comprehensive Health Care: two necessarily interlinked concepts

Dr. Manuel Ipinza Riveros¹

Resumen

Se presentan dos propuestas doctrinarias referidas a los conceptos de “Atención Integral de Salud” y “Calidad de la Atención”, los fundamentos teóricos de ambos conceptos, así como acerca de su indisoluble interrelación y la validación empírica que el “Modelo de Atención Integral de Salud” tuvo en Chile, durante el desarrollo histórico que dicho modelo experimentó entre los años 1958 y 1973 en una comuna urbana pobre de la ciudad de Santiago de Chile, por parte de un equipo multiprofesional de especialistas clínicos y de Salud Pública, pertenecientes a la Cátedra B de Higiene y Medicina Preventiva de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, dirigida por el Profesor Dr. Benjamín Viel Vicuña.

Durante los 15 años de aplicación del Modelo, se validó por primera vez en el país, además del enfoque integral de atención de salud individual, el “Enfoque de Salud Familiar”, complementario al anterior y al enfoque comunitario ya plenamente aplicado y validado en Chile desde mediados del siglo 19.

Palabras clave: Atención Integral de Salud; Calidad de la Atención; Costo Efectividad de la Atención; Salud Familiar; Historia de la Salud Pública Chilena.

Abstract

Two doctrinal proposals related with “Comprehensive Health Care” and “Quality of Care” concepts, are presented in this paper, as well as the theoretical basis of both concepts and their necessarily interlinkages.

The empirical validation of the Comprehensive Health Care concept, along a period of 15 years is informed. Since 1958 until 1973, the academic Public Health Team of the Chair B of Preventive and Social Medicine of the Faculty of Medicine of the University of Chile, led by Professor Dr. Benjamin Viel Vicuña, implemented and developed, in a poor council of the city of Santiago, a pionner experience in this field.

As a key component of this Health Care model, the new focus on “Family Care” was also validated, complementing the unavoidable individual focus and the already “Community Health Care” historycalli developed in Chile.

Key Words: Comprehensive Health Care; Quality of Care; Cost-Effectivness of Health Care; Family Health Care; Chilean Public Health History.

¹ Pediatra y Especialista en Salud Pública; Profesor Asociado de Salud Pública; Presidente de la Sociedad Chilena de Salubridad

1.- ANTECEDENTES.

El concepto de una "Atención Integral de Salud" fue desarrollado y aplicado en Chile por un grupo de profesionales de la salud, académicos de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, a partir de la segunda mitad de los años cincuenta (Montoya 1961).

Para los efectos de su aplicación en la práctica asistencial, se organiza en 1958, sólo seis años después de la creación del Servicio Nacional de Salud (SNS), el "Centro de Demostración de Medicina Integral (CDMI)", por convenio entre la Universidad de Chile y el Servicio Nacional de Salud, el que cubre un sector de población de la Comuna de Quinta Normal atendido hasta ese momento por el Consultorio Andes del Área Hospitalaria Occidente de Santiago. La población asignada a esta nueva institución fue de 12.128 habitantes.

El CDMI ejecuta, de acuerdo a las normas técnicas del SNS, Programas de Atención Maternal y Ginecológica, Atención Infantil (0 a 14 años), Medicina General de Adultos (15 años y más), de Higiene mental, de Servicio Social y Atención de Enfermería.

La experiencia asistencial, además de sus propósitos específicos, está concebida con fines de investigación operacional y de docencia de pre y post grado, para estudiantes y profesionales de las carreras de la salud. Tanto las actividades asistenciales, como docentes y de investigación, son ejecutadas por los académicos de la Cátedra B de Higiene y Medicina Preventiva de la Escuela de Medicina de la Universidad de Chile, entre los que se cuenta con médicos internistas, pediatras, gineco-obstetras y psiquiatras, enfermeras, matronas, asistentes sociales, psicólogos, sociólogos y estadísticos.. Desde el año 1959 se inicia una enseñanza en terreno, de dos meses de duración, que complementa la enseñanza teórica y que consiste en asignar a cada alumno de medicina una familia del sector, para que el actúe como consejero médico y a través de esta experiencia facilitarle el manejo de los conceptos y práctica de la atención integral de salud, **focalizada en la familia como el sujeto diagnóstico, profiláctico y terapéutico de la atención.**

Los principios y postulados de la Doctrina de Atención Integral de Salud, fueron recogidos en el documento "Plan de Salud, Atención Médica y Medicina Social, Chile 1964", de la candidatura presidencial del Dr. Salvador Allende Gossens, y propuestos por este como el Modelo de Atención de Salud a aplicarse en el país en caso de triunfar (Montoya C. y Nolf M., 1964).

Con posterioridad, este modelo fue empezado a aplicar, en forma progresiva, en el Servicio Nacional de Salud, entre los años 1970 y 1973, durante el Gobierno de la Unidad Popular, proceso que fuera interrumpido por el golpe militar.

La experiencia iniciada en 1958, se proyectó posteriormente, hasta el año 1973, a través de un nuevo Centro de Demostración, creado en 1967, denominado "Centro de Atención Materno Infantil Integral Ismael Valdés Valdés", el que fuera apoyado adicionalmente por el Patronato Nacional de la Infancia (Gutierrez, D. 1966) y por la Josiah Macy Jr. Foundation de los Estados Unidos .

Para la puesta en marcha de esta segunda etapa, se realizó un censo de población y de vivienda en toda el área territorial que cubriría la atención (Ipinza M. 1967). Se capacitó como encuestadoras a jóvenes residentes en el mismo sector y algunas de ellas, posteriormente, fueron capacitadas como auxiliares de enfermería para desempeñarse en el nuevo establecimiento, construido de acuerdo a criterios arquitectónicos nuevos para servir de apoyo específico a la experiencia.

La información colectada, que tuvo una calidad superior a la del último censo nacional de población realizado en esa fecha, de acuerdo a estándares técnicos internacionalmente aceptados, sirvió de base para la planificación, programación y organización de una atención integral de salud para esa población.

La población total residente en el sector a ser cubierto, ascendió a 12.500 personas, de las cuales 750 eran niños menores de 2 años (6% del total) y 1375 tenían edades entre los 2 y los 5 años (11% del total). Estos porcentajes son muy diferentes de los de la población

infantil chilena en 2006, que ascienden a un 3% y a un 4,5% respectivamente.

Se trataba de una población joven, 39% eran menores de 15 años, en el año 2006 esa proporción sólo llega al 24,4%. Se trataba de población predominantemente obrera (60,4% de los padres y 23,5% de las madres ocupadas eran obreros), con un alto porcentaje de analfabetismo paterno y materno (7,6% y 13,5% respectivamente) y bajo nivel educacional en general, pobres condiciones de vivienda y saneamiento, altos índices de hacinamiento y promiscuidad (27% de las viviendas tenían más de 4 personas por habitación). Por otra parte, se trataba de una comunidad con un buen nivel de organización y participación. Habían 6 Juntas de Vecinos, varios Comités de Salud, 7 Centros de Madres, 1 Comité Coordinador de Centros de Madres y una Sociedad Mutual.

Con el propósito de otorgar a esta población una "Atención Materno Infantil Integral de Salud", el Centro se dotó del siguiente personal, expresado en horas diarias: 8 horas de pediatría; 1 hora de gineco-obstetricia; 6 horas de enfermería; 4 horas de matrona; 6 horas de asistente social; 56 horas de auxiliar de enfermería; 12 horas de secretaria; 16 horas de auxiliar de servicio; y 8 horas de chofer. Esta dotación de profesionales y técnicos, además de su labor asistencial integral, incluido el fomento de la salud y el trabajo comunitario e intersectorial, ejerció funciones de docencia universitaria de pre y de post grado, así como realizó investigación clínica, epidemiológica y operacional.

Todo el equipo de salud, profesional, técnico, administrativo y auxiliar de servicio, trabajaba con régimen de dedicación exclusiva. En el caso de los médicos, en jornada compartida con el hospital. Por este motivo los profesionales recibían una asignación especial, la que era financiada por la Josiah Macy Jr. Foundation.

El costo operacional total del Centro, por niño bajo control, con una cobertura que en lactantes y pre-escolares llegó a ser del 100% y en los escolares del 75,8%, ascendió en 1967 a los US\$ 33,40 anuales (dólares de esa fecha). El costo anual por niño atendido

en un Consultorio del SNS, aledaño al Centro, para una población de similares características socio-demográficas y de salud, ascendió a US\$ 22,60.

Cabe hacer notar que en este segundo caso, las actividades realizadas sólo se limitaban al ámbito asistencial, con predominancia en lo preventivo y lo curativo, sin la existencia de una Sala Cuna y de un Jardín Infantil para la atención de desnutridos y con una atención de escolares sólo en forma excepcional. El 32,3% de mayor costo no sólo se explica y justifica por las actividades asistenciales, de docencia universitaria y de investigación, así como de trabajo comunitario e intersectorial realizados por el Centro, sino que además por los resultados en el mejoramiento del estado de salud de esa población y la satisfacción de la comunidad con la atención recibida.

Sólo a modo de ilustración del impacto del trabajo del CDMI en la atención de salud de la población que le fuera asignada, mencionaremos tres hechos.

En cuanto a cobertura, el primer año, 1967, esta alcanzó al 66,2% de los menores de dos años y al 40,5% de los de entre 2 y 5 años. Al cabo de 5 años, esto es a mediados de 1971, la cobertura de los menores de 2 años era de un 100,8% y la de los preescolares era de 95,9%. Los porcentajes anteriores se refieren a la totalidad de los niños residentes en el área de atención y no sólo a los beneficiarios del SNS. En escolares, población habitualmente de escasa cobertura por todos los sistemas de atención, ella llegó al 75,8% en 1971.

La concentración de Controles de Salud en menores de 2 años, fue de 5,1 en 1968 y de 5,9 en 1971, representando el 48,7% del total de consultas médicas el primer año y el 53,1% el último. La concentración total se mantuvo relativamente estable, entre 9,6 y 11,4, por niño menor de dos años. Este es un hecho de la más alta relevancia, ya que demuestra que la demanda por atención no es ilimitada, como muchos equivocadamente sostienen, sino que es posible mantenerla estabilizada, a condición de que los Controles de Salud o la Atención del Niño Sano sea bien realizada, con altos niveles de cobertura y de

adhesión de las familias, y por supuesto con calidad, que permita que los controles de salud (la atención programada) predominen por sobre las consultas de morbilidad.

Con el propósito explícito de tratar y recuperar ambulatoriamente al alto porcentaje de lactantes y preescolares con diferentes grados de desnutrición, se inició una experiencia absolutamente pionera en el país y en el mundo. Se crearon, anexos al Consultorio propiamente tal, una Sala Cuna y un Jardín Infantil para la internación diaria, de lunes a viernes, de niños desnutridos. El fin de semana los niños llevaban a su casa la ración de alimento correspondiente. Por primera vez, al equipo de salud clásico, se agregaron Educadoras y Auxiliares de Educación Parvularia. El año 1967 el porcentaje de menores de dos años desnutridos en el sector cubierto ascendía al 25,3%. El año 1968 ese porcentaje había ya disminuido al 11,6%. Al año 1971, sólo había un 6,7% de lactantes desnutridos, todos ellos de carácter leve y que correspondían a aquellos esperados por causas endógenas.

Los factores que contribuyeron a este éxito fueron tres: 1) El diagnóstico oportuno y el tratamiento apropiado por parte de todo el equipo de salud, con la responsabilidad principal y específica del Pediatra de esos niños en su atención; 2) La alimentación complementaria que ellos recibían, en cantidad y calidad de la misma; y 3) La existencia de la Sala Cuna para la hospitalización diurna de ellos, con la participación activa de sus madres o cuidadoras en su atención.

El logro anterior llevó a la decisión de cambiar el propósito de ambos establecimientos, dándole prioridad a la necesidad social de las familias, especialmente de las madres trabajadoras de contar con dicho apoyo.

En el año 1973 el Dr. Fernando Monkeberg, a la sazón asesor del Ministerio de Salud y quien conoció de primera mano la experiencia antes relatada, propuso la creación de 1.700 salas Cunas y Jardines Infantiles, basadas en un modelo muy similar al del CDMI Ismael

Valdés. Dicho proyecto sería conocido posteriormente con el nombre de CONIN.

En el período de quince años que duró la experiencia total y particularmente en el período comprendido entre 1967 y 1973, la factibilidad técnica y financiera de operacionalizar una propuesta doctrinaria de Atención Integral de Salud para la población chilena quedó absolutamente validada (Viel B. 1968; Gnecco G. 1969; Viel B. 1970; Viel B. 1971; Viel B. 1972).

Los principios de esta doctrina, que fueran originalmente enunciados al comienzo del período anteriormente señalado y plenamente validados en el transcurso de la experiencia total, son retomados por el Ministerio de Salud en el "Plan de Salud 1996, Componente Programático" y convertidos por este hecho en **Principios de la Política de Salud orientadores del Modelo de Atención deseado para Chile (MINSAL 1995)**.

En este documento se define la Atención Integral de Salud como "... la atención eficiente, eficaz y oportuna, que se dirige, más que al paciente o a la enfermedad como hechos aislados, a las personas consideradas en su integridad física y mental y como seres sociales pertenecientes a una familia, que está en un permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural".

Los postulados esenciales de esta doctrina son los siguientes:

- Atención planificada y programada de acuerdo a políticas, planes, normas y estrategias nacionales, debidamente adaptadas a cada realidad local;
- Atención de cobertura universal según necesidades, continua en el espacio y en el tiempo y a lo largo de todo el ciclo vital;
- Integración en todo momento de lo somático y lo psíquico, lo individual y lo social, la promoción de la salud, la prevención, la curación y la rehabilitación de la enfermedad;

- Atención de carácter educativo deliberado y permanente;
- **Atención focalizada en la familia como sujeto básico de acción;**
- Preocupación por el medio ambiente físico, psicosocial y cultural, en estrecha coordinación y acción con otros sectores e instituciones;
- Organización de los establecimientos de salud por niveles de complejidad que apunten a configurar sistemas de redes integrales de máxima resolutivez y autosuficiencia, descentralizadamente administrados;
- Población sectorizada territorialmente, a cargo de un equipo de salud integral, responsable por la calidad, efectividad, oportunidad y eficiencia de la atención entregada y de su impacto en la salud de esa población,.
- Existencia de una **Ficha Familiar** única, que contenga el conjunto de fichas clínicas individuales, además de un informe social familiar sustentado en una visita domiciliaria ;
- Ubicación de los establecimientos de primera línea de atención lo más próximos posible a la población usuaria;
- Supervisión y apoyo permanente por los equipos de especialistas de los otros establecimientos de la red de mayor complejidad.
- Supervisión y auditoría sistemática por parte de las autoridades de los Servicios de Salud respectivos.

Cientos de estudiantes y profesionales de las carreras clásicas de la salud y de otras profesiones emergentes en este campo, aprendieron entre 1958 y 1973 la teoría y la práctica de esta doctrina. Encuestas de evaluación aplicadas sistemáticamente en este período a los estudiantes, al finalizar su entrenamiento, mostraban la alta valoración que

estos le atribuían a esta experiencia. Un estudiante respondía ante la pregunta acerca de cual era el mayor provecho que había obtenido de la experiencia: “Vislumbrar una medicina integral, por la cual yo entré a estudiar medicina. Ver la imposibilidad de ser el médico de familia antiguo; pero ver la realidad que puede ser el **equipo médico de familia**” (Montoya op. cit).

A lo largo del periodo que tuvo lugar esta experiencia y sin que hubieran cambios sustantivos en las condiciones socio-económicas y del entorno en que vivía la población sujeto de ella, se obtuvo un cambio significativo en el estado de salud de los niños, particularmente de los lactantes y pre- escolares y también de las embarazadas y púerperas (Viel, et als. 1976). Por otra parte, con una dotación de recursos humanos profesionales, técnicos, administrativos y de servicio, suficientes en cantidad, tipo y calidad, determinados objetivamente a través de un proceso de programación local, que partía de un diagnóstico de situación que se actualizaba periódicamente y en el cual la comunidad tenía participación, al igual que en la gestión del Centro, se logró asimismo dar cobertura al 100% de la población residente en el territorio asignado, con una concentración de atenciones de acuerdo a las normas programáticas, sin rechazos ni esperas para la atención, con respeto por la dignidad de las personas y con una alta satisfacción de estas. El énfasis en las acciones de fomento de la salud y de prevención de la enfermedad, conjuntamente con la atención oportuna, suficiente y efectiva de la morbilidad, permitieron demostrar, como ya lo decíamos anteriormente, que **el juicio de que la demanda por atención de salud es infinita y de que nunca los recursos serán suficientes para satisfacerla**, no es sino eso, un **juicio infundado** (Kohan 1969). Experiencias locales similares, de carácter experimental realizadas en Finlandia y Alemania han llegado a los mismos resultados.

El hecho de que los profesionales médicos trabajaran media jornada en el Centro y la otra media jornada en el Hospital San Juan de Dios, le daba una continuidad natural a la atención de los pacientes que requerían de hospitalización, así como a su seguimiento después del alta. El territorio estaba dividido en cuatro sectores

y cada uno de ellos era atendido por un equipo integral de salud, lo que permitía una total continuidad de la atención y de la relación entre usuarios y prestadores. En otras palabras, como lo decía el estudiante de medicina antes citado, cada familia y cada persona dentro de esta, tenía su propio **equipo de medicina familiar** (su médico de adultos, su pediatra, su gineco-obstetra, su enfermera, su asistente social, su auxiliar de enfermería, etc.).

En síntesis, esta experiencia de **verdadera medicina familiar**, proporcionada a través de la implementación de un modelo de Atención Integral de Salud, demostró, hace ya más de 30 años atrás, en un Chile con una situación socio-económica muy diferente a la actual (un PIB a nivel país inferior a los US\$ 1.000 per cápita), con un desarrollo científico y tecnológico de la medicina también muy diferente y en una población pobre de Santiago, su alta resolutivez e impacto, así como la alta satisfacción de la población sujeta de ella, con la atención recibida.

2.- ¿QUE ES CALIDAD DE LA ATENCIÓN?

De acuerdo a la definición adoptada por el Ministerio de Salud de Chile en 1991 (Adaptada de la definición de la Dra Heather Palmer), esta es: "La provisión de Servicios Accesibles y Equitativos con un nivel profesional óptimo con los recursos disponibles, logrando la adhesión y satisfacción del usuario." (G. Gnecco, 2006).

Según los Dres. Roemer y Montoya, "Calidad es el desempeño apropiado, acorde con las normas, de las intervenciones que se saben seguras, que puede costear la sociedad en cuestión y que tienen la capacidad de producir impacto sobre la mortalidad, la morbilidad, la incapacidad y la desnutrición." (G. Gnecco op.cit).

Como podemos ver, la definición de los Dres. Roemer y Montoya vinculan la calidad con lo normado y además agregan el componente de impacto.

Los diferentes autores concuerdan, en lo esencial, que la calidad de la atención en salud debe considerar al menos las siguientes dimensiones:

- "- Accesibilidad
- Equidad
- Competencia Profesional
- Satisfacción Usuaría
- Efectividad
- Eficiencia
- Eficacia
- Seguridad
- Comodidades, Amenidades o Confort
- Continuidad
- Oportunidad
- Privacidad
- Confidencialidad" (G. Gnecco, 2006)

La accesibilidad "Es la facilidad con que el usuario externo obtiene los servicios que le ofrece el Sistema de Salud" (G. Gnecco op.cit).

Ello implica que el Sistema de Salud ha sido capaz de eliminar las barreras organizacionales, geográficas, económicas, culturales y otras que puedan impedir o limitar el acceso de la población a los servicios de salud que necesitan y que esperan.

La equidad en la atención de salud supone que en la provisión de los servicios se deben considerar las diferentes necesidades de ellos y por lo tanto, ello implica que a "igualdad de necesidades, igualdad de atención". En otras palabras, todos deben recibir los mismos servicios según sus necesidades. La atención de salud diferente para una misma necesidad es no sólo inequitativa, sino que además es inmoral y ética y socialmente inaceptable.

La competencia profesional es una dimensión fundamental de la calidad de la atención. Supone contar con la cantidad, tipo y calidad de personal de salud, de acuerdo a normas y estándares previamente establecidos, para proveer cada uno de los servicios específicos de salud requeridos según las necesidades de cada cual y satisfaciendo además las legítimas expectativas de estos.

La satisfacción del usuario tiene que ver con las expectativas de este y no con la necesidad de atención del mismo. Es muy importante que el Sistema de Atención identifique y considere en su

planificación y organización las expectativas legítimas de sus usuarios. No todas las expectativas son legítimas. La globalización, el efecto de demostración, los medios de comunicación y en forma no menor los incentivos del mercado de la salud, pueden crear en muchos casos expectativas no apropiadas. Un buen cumplimiento de las otras dimensiones de la calidad aquí enumeradas, que generen confianza y credibilidad en el Sistema de Atención, complementadas con una buena educación en salud de la población, debieran contribuir sólidamente a generar expectativas legítimas y a exigir su cumplimiento.

La eficacia se define como: "La capacidad de las intervenciones de producir un efecto, tal como se aprecia en el laboratorio o en condiciones experimentales (ensayos clínicos)." (C. Montoya, M. Ipinza y cols. 1992).

Entendemos por efecto a la variación en el nivel de un problema, necesidad o demanda de la población, que puede atribuirse a la intervención o actividad realizada.

La eficacia es requisito esencial para que una intervención, en un contexto no experimental, pueda ser efectiva.

El efecto que se puede obtener con una intervención en una situación determinada depende de cuatro elementos:

- De la eficacia (potencial) de la intervención.
- De la calidad con que se aplique la intervención.
- De la cobertura que se alcance.
- De la magnitud del problema abordado.

La efectividad tiene una triple acepción:

- Razón o proporción entre el número de actividades y el efecto producido.
- Capacidad de producir un efecto.
- En epidemiología: relación entre el efecto y la magnitud inicial del problema." (Montoya C., Ipinza M. op. cit.).

La eficiencia, en el lenguaje de la planificación en salud, tiene dos acepciones:

- Eficiencia económica: Este concepto se relaciona con el indicador "Costo Unitario de la Actividad". Se dice que un programa o un establecimiento es más eficiente cuando brinda las mismas actividades que otro similar a un costo unitario menor.
- Eficiencia técnica: Obtención de efectos en salud (impacto) al menor costo unitario de las actividades. Iguales resultados con menor costo o mayores resultados con igual costo. Sinónimo del concepto "**COSTO – EFECTIVIDAD**". (Montoya C., Ipinza M. op. cit.)

Otra expresión del concepto de eficiencia es el "Rendimiento" de un instrumento (o combinación de recursos reales en la terminología de la planificación de salud) que se entiende como: "El índice que resulta de dividir el número de actividades producidas o programadas por el número de unidades de instrumento con que se cuenta. (Sinónimo de productividad)". (Montoya C., Ipinza M. op. cit.)

La seguridad es una dimensión de la calidad propuesta por la Joint Commission of Accreditation of Health Care Organizations de los Estados Unidos y que implica: "Eliminación y/o reducción de riesgos, accidentes, infecciones, efectos perjudiciales vinculados a la prestación de servicios de salud, tanto para el usuario como para el proveedor". (Gnecco G. op. cit.)

La oportunidad de la atención es otra dimensión crucial de la calidad ya que ella supone recibir los servicios requeridos cuando ellos se necesitan y no cuando los equipos de atención quieran o puedan.

A igual que la accesibilidad, esta dimensión está estrechamente vinculada con la organización del sistema de atención y la disposición de recursos humanos, de equipamiento, de insumos y otros, en cantidad, tipo y calidad apropiados, de acuerdo a normas y estándares previamente establecidos para cada necesidad.

La continuidad se refiere a varios aspectos, los que nuevamente están directamente vinculados con la organización del sistema.

Supone continuidad de la atención de cada persona a lo largo de todo su ciclo vital, pero además supone continuidad de la atención en cada uno de los componentes del sistema, de acuerdo a las necesidades de atención y en el caso del primer nivel de atención, significa que un mismo equipo es responsable de cada uno de los miembros del grupo familiar, así como de la familia en su conjunto. En otras palabras, significa la existencia de "Equipos de Salud Familiar".

La confidencialidad y la privacidad son atributos esenciales de una atención de calidad y suponen el más estricto apego a las leyes y a otras normas regulatorias vigentes, tales como los "Códigos de Ética" que rigen a los profesionales de la salud, tanto nacionales como internacionales. El respeto por la confidencialidad y la privacidad de los pacientes, es una condición sine qua non de confianza en el equipo de atención y por ende de adhesividad y de credibilidad en el mismo.

Finalmente, las comodidades, amenidades y confort, que son dimensiones privilegiadas por los servicios privados por razones de lograr adhesividad de sus usuarios, lamentablemente es un aspecto descuidado en los servicios públicos, a pesar de que si bien no inciden necesariamente en los aspectos técnicos de la atención, si pesan significativamente, como lo muestran diversos estudios nacionales e internacionales, en la "satisfacción del usuario", aspecto que ya analizamos con anterioridad.

3.- SITUACION ACTUAL DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN EN EL SNSS.

En 1990 existían 208 Consultorios Generales Urbanos (CGU), 134 Consultorios Generales Rurales (CGR), 111 Consultorios Adosados a Hospitales (CAH) 3 y 4 y 1.040 Postas Rurales (PR). En 2006 ellos han aumentado a 328 CGU, 151 CGR y a 1.165 PR. Los Consultorios Adosados a Hospitales 3 y 4 han aumentado sólo a 115. Ha habido un gran incremento

de 120 CGU, de 40 CGR y de 125 PR en estos 16 años, lo que ha permitido ampliar la cobertura y facilitar la accesibilidad a estos establecimientos, particularmente en las grandes ciudades donde había Consultorios que al inicio de la década tenían poblaciones asignadas que duplicaban, triplicaban e incluso quintuplicaban las normas establecidas al respecto.

Sin embargo, en 2006, continúan habiendo un número importante de CGU que sobrepasan la nueva norma de 20.000 a 30.000 beneficiarios máximos asignados a cada uno de ellos. La situación más crítica continúa existiendo en los grandes conglomerados urbanos del país, en particular en las grandes comunas pobres, caracterizadas por un importante crecimiento demográfico, debido principalmente a la inmigración del campo a la ciudad y dentro de estas, al desplazamiento masivo de comunidades pobres desde las comunas de altos ingresos.

El diagnóstico anterior excluye un análisis de las condiciones de las plantas físicas de los establecimientos existentes, que asimismo revisten graves deficiencias en términos de tamaño para las poblaciones asignadas, estado de mantención de ellos, calefacción, iluminación, higiene y estado de los baños, incomodidad de las salas de espera y otros factores, a pesar de importantes inversiones en nuevas construcciones y en normalizaciones de los establecimientos antiguos.

La situación actual, por lo tanto y sólo en cuanto a número de establecimientos y de accesibilidad a ellos, a pesar de haber mejorado respecto al año 1990, dista aún de ser satisfactoria.

La información acerca de las dotaciones de personal en el año 1990 en los establecimientos bajo administración municipal es incierta. Lo mismo acontece con la de los hospitales 3 y 4 del SNSS. En todo caso, en 1990 sólo había 266 Médicos Generales de Zona (MGZ) y 1 Médico de Atención Integral en todo el SNSS y ya el año 1991 estos habían aumentado a 432 y 12 respectivamente. En 1996 el número de MGZ se eleva a 773. Este enorme incremento ha beneficiado particularmente a los

hospitales 3 y 4 del país y por tanto a la atención de primera línea entregada por estos a través de sus Consultorios Adosados, así como a través de las rondas a los CGR y PR bajo su jurisdicción.

En el año 2003 el número de Médicos Generales de Zona se mantenía estabilizado en 770.

En 1996 la población asignada a los establecimientos bajo administración municipal fue sólo un poco más de la mitad de la población del país, la que ascendió de acuerdo a datos del INE a 14.595.504 habitantes y a tres cuartas partes de la población beneficiaria del sistema público que fue de alrededor de 9 millones de personas.

Para atender a esta población, estimada en alrededor de 7 millones 750 mil personas, en los establecimientos bajo administración municipal trabajaban en 1995 bajo el régimen contractual del Estatuto de Atención Primaria, 1.626 médicos, los que equivalían en jornadas semanales de 44 horas a sólo 1.078 médicos, en tanto que en el año 1997 el número absoluto había aumentado a 1.649 médicos, los que expresados en equivalentes a jornadas completas habían aumentado a 1.171. Lo anterior significa que el año 1997 sólo habían 93 médicos más contratados, pero por jornadas un poco más largas que en 1995.

El número de cargos señalados en el párrafo anterior para el año 1997, correspondían a 9.370 horas médicas diarias en todo el sistema municipalizado bajo el régimen de la ley 19.378. De acuerdo a los estándares de dotación establecidos por el MINSAL, el número de horas diaria requerido habría sido de 18.094, lo que significa que faltaban ese año 8.274 horas, para los efectos de ejecutar a ese nivel todos los programas en conformidad con las normas técnicas del Ministerio

Las cifras correspondientes a 1997, expresadas en horas médicas diarias por 10.000 beneficiarios respectivos, nos muestran que habían 11,9 en los establecimientos bajo administración municipal. Estos índices son muy importantes para mostrar las brechas existentes con los estándares apropiados para cumplir con los Programas de Salud y sus normas técnicas

definidos por el Ministerio, que equivalen a 24 horas diarias. Esto significa que faltaban 12,1 horas por cada 10.000 beneficiarios. Esta última cifra implica un déficit de 49,7% de horas médicas con respecto a las normas técnicas ministeriales.

La situación en el año 2002 no era mucho mejor. Como lo muestra la Tabla siguiente, el déficit de profesionales en el nivel primario municipalizado continúa siendo alarmante y con ellos no sólo es imposible otorgar una Atención Integral, sino que incluso una aceptable "Atención Biomédica". (Ipinza M. 2004)

Tabla1:

Disponibilidad y necesidad de algunos profesionales de salud en los establecimientos del nivel primario de atención bajo administración municipal expresados en jornadas semanales de 44 horas. Chile, Octubre 2002.

Profesionales	Cantidad Disponible	Cantidad Necesaria	Déficit Absoluto	Déficit En %
Médicos	1.428	2.911	1.483	50,9
Odontólogos	909	1.742	833	47,8
Enfermeras	1.232	2.228	996	44,7
Matronas	1.153	1.853	700	37,8
Nutricionistas	600	1.059	459	43,3
Asistentes Soc.	512	1.054	447	42,1
Psicólogos	193	882	685	77,7
Kinesiólogos	244	971	727	74,9

Fuente: *Elaboración del autor con datos del MINSAL acerca de población inscrita, de dotaciones de personal y de estándares de personal necesario. (MINSAL 2002)*

Los datos de la tabla anterior son suficientemente elocuentes para ilustrar el gravísimo déficit de profesionales en el nivel primario bajo administración municipal, de acuerdo a los estándares establecidos por el propio Ministerio de Salud para que en esos establecimientos se pueda aplicar el "Plan de Salud Familiar 3", que en teoría se acercaría a los postulados de Atención Integral establecidos en el Plan de Salud del Ministerio de 1995, anteriormente citado.

El rendimiento teórico de la hora médica contratada en el año 1997 fue de 3,4 consultas médicas por hora, en los establecimientos municipalizados, lo que estaría

bastante por debajo del rendimiento establecido por las normas Ministeriales. Este rendimiento no se condice necesariamente con la realidad. De acuerdo a información proporcionada por los propios municipios, en la realidad es mucho más alto, ya que el total de atenciones otorgadas se concentran en un menor período de tiempo, con deterioro de la calidad de la atención.

En el año 2002 el rendimiento teórico se habría acercado a la norma con 4,4 consultas médicas por hora contratada. El rendimiento real sigue siendo más alto, en desmedro de la calidad.

La información anterior permite explicar la insuficiente concentración de controles y consultas médicas por beneficiario/año, la que en 1997 en el sistema municipalizado sólo alcanzó a 0,86 por beneficiario/año y en el año 2002 habría aumentado a 1,5, lo que siendo un aumento importante, está aún muy lejos de las concentraciones esperadas según necesidades y normas.

El número absoluto de atenciones médicas (incluidas las de especialidades y excluidas las de urgencia), en el sistema público de salud, han aumentado desde 15.115.384 en 1990 a 21.857.229 de atenciones en 2005.

El número absoluto de consultas de urgencia efectuadas por los médicos en el SNSS han crecido desde 6.486.632 en 1990 a 13.991.759 en el año 2005. Este hecho es una clara evidencia de las bajas coberturas, concentraciones y resolutivez del nivel primario de atención (Ipinza M. 2006).

De hecho, en 2005, del total de atenciones médicas otorgadas por el SNSS y el sistema municipalizado a sus beneficiarios, el 39% fueran atenciones de urgencia.

Diversos estudios realizados a lo largo de estos últimos 15 años, demuestran que existen importantes sectores de la población, beneficiarios legales del sistema público, que hoy día no acceden a él. Es el caso de los trabajadores, particularmente varones, de los estudiantes, de las mujeres jefas de

hogar y trabajadoras y, de los adultos mayores con discapacidades funcionales y otros.

Las acciones de fomento de la salud y de prevención específica clásicas (PNAC, PAI, control de embarazo y puerperio, control de niño sano) continúan desarrollándose satisfactoriamente, fundamentalmente por otros profesionales y técnicos de la salud no médicos. No ocurre lo mismo con otras actividades de promoción que implican trabajo intersectorial y comunitario, de educación sanitaria individual y colectiva y de comunicación social.

Un estudio realizado por la Corporación de Promoción Universitaria (Duarte, D. y M.S Zuleta, Enero de 1999) revela que pese a que el presupuesto total en la atención primaria municipalizada, incluyendo los aportes municipales, creció de M\$ 27.510.707 en 1989, a M\$ 69.544.975 en 1997, esto es en un 152,8%, las atenciones de carácter curativas, médicas y odontológicas, sólo lo hicieron en el mismo período en un 13%; las de carácter preventivo disminuyeron en un 2%; y las actividades de promoción a nivel comunitario se redujeron en un 164% en ese lapso. Lo anterior pese a que entre 1995 y 1997 se aportaron a los municipios, para el desarrollo específico de actividades de promoción de la salud, la significativa suma de M\$ 5.812.286.

En síntesis, del análisis de la información sucintamente entregada en este documento, es posible concluir que el nivel primario de atención bajo administración municipal se encuentra en un estado de preocupante y mantenida crisis. Este hecho repercute gravemente en el resto del sistema público de atención y muy especialmente en los servicios de urgencia hospitalarios, los que se han transformado en la piedra de tope del sector.

Todo lo anteriormente expuesto explica suficientemente la gran insatisfacción, tanto de los trabajadores de la salud como de la población, con la situación vigente.

4.- EL MODELO DE "MEDICINA FAMILIAR"

APLICADO EN CHILE EN LOS ÚLTIMOS AÑOS.

En su edición de Junio de 1998 la revista del Colegio Médico, Cuadernos Médico Sociales, publica varios artículos referidos al tema, los que junto con entregar información actualizada acerca del estado del arte de la materia en Chile hoy, ponen asimismo de manifiesto las diferencias de opiniones reinantes y las confusiones semánticas y conceptuales (en opinión del autor de este documento), con respecto al tema (Segovia I. y Depaux R. 1998; Montero J. y cols. 1998; Montoya C. 1998).

En mi opinión, la cual es compartida por los que aprendimos, enseñamos y practicamos la atención integral de la salud, y en el contexto de esta la **Salud Familiar**, la existencia de un Especialista Médico en Salud Familiar, es conceptualmente la negación misma del enfoque de salud familiar. ¿La presencia de este médico al interior del equipo de salud va a significar que los demás médicos van a continuar practicando el enfoque individual y bio-médico, y que por lo tanto cuando una persona les manifieste tener algún problema que afecta a la familia (alcoholismo, drogadicción, violencia intrafamiliar, etc) ellos los van a referir al especialista en estos problemas? ¿El resto de los miembros del equipo de salud también van a estar ajenos al enfoque familiar?

Revisando los programas de formación de post-grado vigentes en la materia. ¿Se justifica en Chile que ella requiera de tres años adicionales para llegar a tener competencia en salud familiar, cuando lo lógico sería que ello ocurriera en el pre-grado y que abarcara a todos los miembros del equipo de salud?

Entre los años 1996 y 2006, el “Consortio de Departamentos y Programas de Salud y Medicina Familiar de ASOFAMECH”, que involucra a 7 Universidades chilenas, ha formado a 250 Médicos Especialistas en Medicina Familiar. Con excepción de los Médicos de Familia del Niño y del Adulto formados por la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Católica, las otras seis forman Médicos generales de familia,

Casi la mitad de estos especialistas, formados en el período de 10 años, lo han sido por la PUC. (Montero J. 2006).

A este ritmo de formación y considerando que algunos de ellos optarán posteriormente por especializarse en otras disciplinas y no ejercer la medicina familiar tal cual ella está concebida, o algunos de los que permanezcan en la especialidad no trabajarán a tiempo completo en los establecimientos del nivel primario y otros serán cooptados por las HMOs chilenas vinculadas a las Isapre como “porteros” (gate keepers, en su denominación original en lengua inglesa) de esos sistemas.

¿Se ha calculado cuantos años tomará al país tener todos los establecimientos del nivel primario de atención público dotados con esos especialistas, dado el inmenso déficit de médicos mostrado anteriormente?

5.- ¿QUE HACER PARA ENTREGAR A LA POBLACIÓN CHILENA, BENEFICIARIA DEL SNSS UNA ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD DE LA MÁS ALTA CALIDAD?

En el capítulo 1 de este documento entregamos información acerca de la definición y de los postulados del “Modelo de Atención Integral de Salud” y de su aplicación en Chile, entre 1958 y 1973, por el equipo de académicos de la Cátedra B de Higiene y Medicina Preventiva de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile, del cual tuve el privilegio de ser miembro, dirigido por el Maestro de la Salud Pública chilena, el Profesor Benjamín Viel Vicuña.²

² Fueron miembros de este grupo, que fue parte de la experiencia docente-asistencial entre los años 1967 y 1971, los siguientes profesionales: Médicos Pediatras; Dra. Gilda Gnecco (Jefe de trabajo y Directora del CDMI Ismael Valdés), Dr. Galvarino Araya, Dr. Manuel Ipinza, Dr. Alberto Kohan, Dr. Ricardo Kohan, Dra. Cecilia Schele, Dr. Hugo Muños y Dra. Beatriz Allende. Médicos Obstetras; Dr. Hernán Sanhueza, Dr. Samuel Nun y Dr. Jorge Aguilera. Enfermeras; Sra. Iris Jonson y Srta. Gladis Yentzen. Matrona; Sra. Juana Leoz. Asistentes Sociales; Sra. Lucía Sepúlveda, Sra. Fresia Terrazas y Sra. Mirta Ferrada. Educadoras de Párvulos; Sra. Magaly Rodríguez, Srta. Adriana Perez, Srta. Gloria Naduris y Srta. Mónica Campillo; Estadística; Sra. Sonia Lucero

En el capítulo 2 definíamos lo que entendemos por “Calidad de la Atención”, así como las dimensiones fundamentales de ella.

Si comparamos ambos conceptos, con sus respectivos componentes, podemos colegir la indisoluble relación que existe entre ambos y concluir, que sin una Atención Integral de Salud no es posible aspirar a una atención de calidad.

La experiencia relatada, que fuera suficientemente descrita y evaluada en su respectivo momento, demostró, hace ya treinta años, que si se aplican los postulados del modelo y se cuentan con los recursos humanos, tecnológicos, de insumos, de planta física y por sobre todo de organización y de gestión de los servicios de salud a prestar, es posible otorgar una Atención Integral que sea capaz de mejorar el estado de salud y satisfacer las expectativas de las poblaciones beneficiarias respectivas.

La experiencia validó el enfoque de Salud Familiar, entregado por un Equipo de Salud competente, que en su totalidad estaba capacitado para la aplicación efectiva y eficiente del mismo, en la mejor tradición de trabajo en equipo tan propia de la historia de la salud Pública chilena.

Por las diferencias conceptuales planteadas por el autor en este documento con respecto al enfoque vigente de “Medicina Familiar”, así como por la impostergable necesidad de solucionar los graves problemas que aquejan al nivel primario de atención en Chile hoy, es que creemos necesario adoptar de inmediato medidas que den cuenta de las necesidades y expectativas de la población, lo que pensamos se hace con la propuesta que planteamos como Sociedad Chilena de Salubridad en el año 2001 a las autoridades superiores del Ministerio de Salud de la época y que fueran favorablemente acogidas por ellas en ese momento. (Ipinza M. 2004).

La propuesta, en síntesis, consiste en la formación de Médicos Especialistas Básicos en: Medicina Interna, Pediatría, Gineco-Obstetricia y Psiquiatría General, con una sólida formación clínica y complementariamente en Salud Pública, con énfasis en Salud Familiar y

Comunitaria, Epidemiología y Administración de Servicios. Esta formación debería extenderse por 6 años, durante los cuales compartirían labores asistenciales por el equivalente a media jornada diaria en Centros de Atención Integral de Salud (CASI), con tareas de formación a desarrollarse en los propios CAIS, así como en los otros componentes del sistema público de atención. En los CAIS deberían completarse las dotaciones de personal de acuerdo a los estándares establecidos por el MINSAL para la ejecución del Plan de Salud Familiar 3 y todo su personal ser capacitado para aplicar el enfoque Familiar y Comunitario propio de la Atención Integral, Modelo de Atención originado en Chile hace ya 45 años atrás y validado empíricamente entre 1958 y 1973.

Simultáneamente, las instituciones formadoras debieran incorporar en forma inmediata, los contenidos y actividades curriculares pertinentes que permitan que todos los egresados de pre-grado en el futuro, estén en condiciones de ejercer la salud familiar.

Referencias

- 1) Gnecco G. (1969), *Informe Anual de las Actividades Realizadas en el Consultorio Ismael Valdés Valdés*, (mimeo) Santiago, Chile 1969.
- 2) Gnecco G. (2006), *En busca de la calidad de la atención. Marco conceptual. Diploma Gestión de Calidad en Salud*, Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.
- 3) Gnecco G. (2006), *En busca de la calidad de la atención. Elementos a considerar al definir la calidad. Diploma de Gestión de Calidad en Salud*, Facultad de Medicina de la Universidad de Chile.
- 4) Gutiérrez D. (1967), *Escritura Pública de Comodato. Contrato Universidad de Chile a Patronato Nacional de la Infancia*, Santiago 7 de Abril de 1967.
- 5) Ipinza M. (1967), *Censo de Población y de Vivienda para la Organización de un Centro de Atención Materno Infantil, Tesis para optar al Grado de Profesor Auxiliar de Medicina Preventiva y Social*, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.
- 6) Ipinza M. (2004), *Como Solucionar el Déficit de Médicos en los Consultorios Urbanos Municipalizados*, Cuad. Med. Soc. 44 (2): 73-80.
- 7) Ipinza M. (2006), *Tendencias Recientes en Salud y Atención de Salud en Chile: 1989-2005*, Cuad. Med. Soc. 46 (2): 111-120.
- 8) Ministerio de Salud (1995), *Plan de Salud-1996. Componente Programático*, Chile 1995.
- 9) Ministerio de Salud (2002), *Antecedentes de Recursos Humanos, Diagnóstico de Brechas y Propuesta de Política para la Atención Primaria en el Marco de la Reforma de Salud. (Documento de Trabajo)*, Santiago de Chile, Agosto de 2002.
- 10) Montero J. y cols. (1998), *Programa de medicina Familiar y Comunitaria de la Pontificia Universidad católica de Chile: Historia, Proceso y Productos*, Cuad. Med. Soc. 39 (2): 37-41.
- 11) Montero J. (2006), *Jornadas sobre: "Propuesta de Formación de Especialistas para la Atención Primaria de Salud"*, Cámara de Diputados, Chile, Julio de 2006.
- 12) Montoya C. (1961), *Una Experiencia de medicina Integral: Informe Preliminar*, Cuad. Med. Soc. 19 (2): 10-13.
- 13) Montoya C., Nollf M. (1964), *Plan de Salud, Atención Médica y Medicina Social, Chile 1964. Candidatura Presidencial del Dr. Salvador Allende*, Oficina Central de Planificación, Grupo de Salud. (2ª. Edición), Cuad. Med. Soc. Vol. 46, Suplemento 1, Abril 2006.
- 14) Montoya C., Ipinza M. (1992), *Planificación y Gestión Local en Salud. Modelos Elementales de la Planificación en Salud*, (Vol. 1), Ministerio de Salud.
- 15) Montoya C., Ipinza M. (1992), *Planificación y Gestión Local en Salud. Metodología de Programación Local en Salud*, (Vol 2), Ministerio de Salud.
- 16) Montoya C. (1998), *Aspectos de la Formación Médica en Chile. Su Relación con los Conceptos de Medicina Integral y de Medicina Familiar y con la Planificación de los Recursos Humanos para el Sistema de Salud*, Cuad. Med. Soc. 39 (2): 42-50.
- 17) Segovia I., Depaux R. (1998), *La Salud Familiar y el Programa de Medicina General Familiar de la Universidad de Chile*, Cuad. Med. Soc. 39 (2): 27-36.
- 18) Viel B. y cols. (1967), *Resultados de los primeros 7 meses de funcionamiento del "Centro de Atención Pediátrica Integral, Ismael Valdés Valdés"*, Apartado de la Revista Chilena de Pediatría, Año XXXIX (4), Abril de 1968.
- 19) Viel B. (1970), *Ismael Valdés Valdés Center. A Mother and Child Medical and Social Center*, (mimeo), 1970.
- 20) Viel B. y cols. (1971), *El Consultorio "Ismael Valdés Valdés". Una Experiencia de Pediatría Social, 1967-1971*, (mimeo), 1971.
- 21) Viel B. y cols. (1971), *Evaluación de 5 Años de Funcionamiento del Centro de Atención Materno Infantil Integral Ismael Valdés Valdés*, (mimeo), 1971.