

# ANEXO 1

## CARTA DEL DR. BENJAMIN VIEL V.

Cuad. Méd.-Soc., XXXIII, 2, 1992/ 61-62

Febrero 3, 1992

Señor

Dr. Jaime Sepúlveda S.  
Secretario Técnico  
Colegio Médico de Chile A.G.  
Esmeralda 678  
Santiago

Estimado doctor:

No estando seguro de poder asistir a la próxima reunión del mes de marzo y después de leer el proyecto del Ministerio de Salud sobre la municipalización de los servicios médicos en Atención Primaria, me permito enviar a usted algunos comentarios basados en una vida durante la que ejercí 34 años de docencia en la Cátedra de Higiene y Medicina Preventiva en la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile. Además tuve la suerte de asistir a la Reunión de Alma Ata como delegado de IPPF.

1º. Aún no comprendo qué se entiende por Atención de Salud Primaria. Sigo creyendo que la Medicina es de complejidad creciente, pero indivisible. El dividirla en primaria, secundaria y terciaria sometería a los enfermos a lo que el profesor Alessandri llamaba "pelota de ping-pong". Si el Consultorio de Atención Médica fuera un equipo de médicos y personal paramédico no se produciría el envío a interconsulta para dos o tres meses después y el problema de los enfermos podría solucionarse en menos de una semana para poder indicar el tratamiento indicado. Ello exige apoyo de laborato-

rio y de equipos tales como radiografía, ecografía y laboratorio clínico.

2º. El Alma Ata cuando se propició Salud Primaria para todos en el año 2000 se habló principalmente para países que no tenían suficiente número de médicos (no es el caso de Chile) y se dijo que la Salud Primaria debería consistir en alimentación adecuada, techo, agua potable y atención médica de todas aquellas enfermedades mínimas que tienen gran tendencia a sanar espontáneamente y derivación de las más complicadas a centros especializados. Me pregunto cuáles de estas labores son exclusivamente del médico y cuáles pueden ser en Chile atendidas por personal paramédico. Ejemplo: en Obstetricia y Ginecología, la matrona puede solucionar control prenatal, diagnóstico ginecológico diferenciado, que en Chile debe ser enviado a especialistas; también está capacitada para planificación familiar, componente del programa de Alma Ata. Además la enfermera universitaria está capacitada para hidratar enfermos de diarrea, diagnosticar desnutrición y derivar a médico a quien corresponda.

3º. El proyecto del Ministerio de Salud condena a médicos que han recibido durante siete años enseñanza de parte de especialistas, a ejercer en esta rutinaria tarea de atender seis a ocho enfermos por hora, lo cual evidentemente los va a frustrar y no les da posibilidad de ascenso para especializarse según vocación.

4º. Es deber de las Municipalidades el preocuparse del ambiente, proporcionando el cuidado del aire,

del agua y de la calidad de los alimentos que la población consume y para ello basta un personal que bien pudiera llamarse "auxiliar de salud pública", más relacionado con ingeniería sanitaria que con médicos. Laboratorios provinciales o regionales colaborarían en el examen de alimentos, muestras de agua e inspección de alcantarillas, fosas sépticas, etc.

5º. No creo deber de las Municipalidades el proporcionar atención médica. En los Estados Unidos, los hospitales municipales carecen de todo prestigio. Los médicos que los atienden están profundamente descontentos y los enfermos son sólo aquellos a quienes se les agotó el dinero para continuar un tratamiento en hospitales privados. La experiencia, en resumen, es ruinoso.

6º. En mi opinión, la solución de Chile es volver a un Servicio Nacional de Salud, atendido por equipos de especialistas. El llamado "médico general" que existiera en el pasado no puede existir hoy día, dada la complejidad creciente de la Medicina y la enseñanza que hoy se imparte. El equipo médico en las aldeas deberá estar constituido por un mínimo de dos médicos, uno de tendencia quirúrgica y otro de tendencia de Medicina Interna, incluyendo Pediatría. En ciudades más grandes se requiere un especialista en cada una de estas ramas y en ambos casos, pequeños o grandes, estos equipos deben estar fuertemente apoyados por el personal paramédico que Chile prepara en sus universidades.

7º. El hospital pequeño en cada aldea produce más daño que beneficio, preferible a él es el servicio de ambulancias para traslado a hospitales que cuentan con equipos adecuados de atención y especialistas capacitados.

De acuerdo a esta visión, estimo que el Colegio Médico debe rechazar de plano el proyecto y no avalar un tipo de atención que frustra al médico y convierte al enfermo en un personaje buscando interconsulta que demorará su atención apropiada y agravará su dolencia.

Cuando estuve en Rusia visité centros de lo que se entendía por Atención Primaria en Alma Ata. Eran atendidos por personal paramédico y estaban muy aseados, lo que no es de extrañar, pues nadie concurría a ellos.

Si bien es cierto que Inglaterra propicia el llamado "médico de familia", ello lo hace partiendo con una educación médica destinada a formarlo, caso muy diferente al de Chile, cuya educación está destinada a formar especialistas. Cambiar la Educación Médica actual por otra destinada a formar médicos de familia demorará por lo menos treinta años, plazo que la población no puede esperar.

Con estas consideraciones insisto en que desvirtuar la labor de las Municipalidades entregándoles responsabilidad en atención de enfermos en una errada interpretación del espíritu de Alma Ata que el Colegio Médico no debe apoyar. Si puedo concurrir a la reunión de marzo podría defender de viva voz estas opiniones, en caso contrario, le ruego ponerlas en conocimiento del Departamento de Salud Pública.

Agradeciendo su atención, lo salud muy atentamente,

Dr. Benjamín Viel  
Academia de Medicina