

UNA EXPERIENCIA EN MEDICINA INTEGRAL: INFORME PRELIMINAR

DR. CARLOS MONTOYA

Cátedra Medicina Preventiva
Profesor Benjamín Viel

El Centro de Demostración de Medicina Integral (CDMI) fue creado por convenio entre la Universidad de Chile y el Servicio Nacional de Salud*, con el propósito de ensayar la aplicación integral de la doctrina de atención del Servicio Nacional de Salud en un sector limitado, de modo que pudiera servir como centro de demostración para estudiantes y graduados, médicos y paramédicos y como una experiencia piloto para el propio Servicio.

Durante su existencia, el CDMI ha desarrollado actividades en el campo asistencial, en el docente y en el de investigación. En el campo asistencial, los programas se realizan en un sector del Area Hospitalaria Occidente de Santiago, sector que tiene una población de 12.128 habitantes. Los programas comprenden atención maternal (control prenatal y de puerperio), atención infantil (0 a 14 años), medicina general de adultos (15 años y más), ginecología, higiene mental, servicio social y enfermería.

Estos programas se coordinan con los del Consultorio Andes del Area Hospitalaria Occidente, en cuyo local funciona el CDMI. Son comunes los servicios: dental, de epidemiología, de saneamiento, de farmacia y de mantención y aseo.

En el campo docente, se ha impartido enseñanza a los siguientes grupos:

—Alumnos del VI año de Medicina, dentro del programa de la Cátedra B, de Higiene y Medicina Preventiva (Profesor Benjamín Viel).

—Alumnas de la Escuela de Enfermería del Servicio Nacional de Salud y de la Universidad de Chile.

—Alumnas de la Escuela de Servicio Social del Servicio Nacional de Salud.

—Alumnos de la Escuela de Psicología de la Universidad de Chile.

—Alumnos de la Escuela de Psicología de la Universidad Católica de Chile.

Las investigaciones son de "Administración de Salud en el plano local" y, por lo tanto, se dirigen a averiguar necesidades de atención, características de la comunidad y a evaluar el funcionamiento de esquemas de organización local.

PRINCIPIOS APLICADOS EN EL PROGRAMA.

La conclusión más positiva de nuestra experiencia es que los principios básicos de la atención médica integral son aplicables a la realidad del medio urbano chileno. ¿Cuáles son estos principios?

1) Atención "de choque" al grueso de las necesidades médicas y médico-sociales realizadas en un Consultorio periférico próximo a los domicilios de los consultantes. Esta atención resuelve el mayor volumen de problemas gracias a la actitud de los médicos del equipo en el sentido de reducir al mínimo posible las hospitalizaciones, las referencias a especialistas, los exámenes de laboratorio no indispensables y el esfuerzo de absorber la cirugía menor. Para diagnósticos y tratamientos más complejos, el equipo se apoya en el Hospital-Base. Recibe de éste toda su orientación técnica en el aspecto técnico, ya que sus médicos trabajan media jornada en los servicios del hospital. Si esta política se generalizara, el hospital podría destinar sus Policlínicas exclusivamente al número relativamente pequeño de casos referidos desde los Consultorios periféricos, tal como ocurre en el Servicio de Salud inglés. La mayor cercanía entre el Consultorio periférico y su clientela permite coordinar la atención médica con el trabajo de terreno en familias y en grupos, realizado por Enfermería y Servicio Social; facilita una atención médica domiciliaria bien discriminada; y permite hacer el control longitudinal de los enfermos crónicos, sin el enorme recargo de

*Se ha recibido ayuda del Colegio Médico de Chile y de la Ilustre Municipalidad de Quinta Normal.

domicilios falsos que se halla en la casuística hospitalaria.

2) Atención hecha por un equipo médico y paramédico enteramente integrado ("equipo médico de familia" o "médico de familia pluripersonal"). En el Consultorio periférico debe realizarse la atención de adultos junto a la de madre y niño. También hemos encontrado que las consultas ginecológicas son de tal volumen e importancia médico-social, que justifican su inclusión en esta atención de choque descentralizada. Ella puede ser hecha por el mismo médico que atiende la consulta prenatal, el cual debe ser por ello un obstetra-ginecólogo. La morbilidad psiquiátrica es también de muy alta prevalencia; pero más que por eso, la presencia de un psiquiatra y un psicólogo en el equipo se justifica por la necesidad de orientación, asesoría e investigación en la labor de higiene mental que se realiza en el sector por parte del equipo de salud y por parte de los profesores dependientes del Ministerio de Educación.

En un medio como Santiago no se justifica el "médico general" absolutamente polivalente. Nuestro grupo, que abarca las grandes especialidades, gana respecto a aquél en calidad de atención y en rendimiento, puesto que su idoneidad en cada campo de la medicina reduce la cantidad de referencia al Hospital-Base.

En el equipo no hay duplicación de funciones ni trabajos superfluos. La información captada por cada uno, registrada en una ficha única, queda a disposición permanente de todos los demás. Esto se complementa con la discusión de las familias-problemas en reuniones periódicas.

3) Continuidad de la atención. El programa infantil recibe a los niños directamente del programa maternal del propio equipo. A partir de ese momento, los niños reciben atención ambulatoria y domiciliaria por los mismos profesionales hasta después de la pubertad (14 años). Entonces pasan a ser atendidos por los médicos de adultos del mismo equipo, hasta su muerte o cambio de domicilio fuera del sector.

Además de la continuidad longitudinal, se busca también la continuidad transversal: los médicos deben trabajar simultáneamente en las salas del Hospital-Base y seguir controlan-

do allí a los clientes del sector cuando son hospitalizados. Contribuyen también a la educación impartida en los grupos del sector, participan en la organización de la comunidad y asesoran a las escuelas y otros organismos técnicos del distrito.

Es evidente que esta continuidad de la atención plantea algunos requisitos administrativos. Uno de ellos es que los médicos deben tener horario completo y ojalá dedicación exclusiva para trabajar en el esquema. Su remuneración debería ser suficientemente estimulante. Las plantas del servicio y la carrera funcionaria deberían estar concebidas de manera de evitar el traslado demasiado frecuente de los profesionales y técnicos del equipo.

4) Responsabilidad del equipo, basada en la sectorización geográfica rigurosa. El grupo profesional es absolutamente responsable de lo que ocurre en cuanto a muertes y enfermedades evitables a los habitantes del sector. Ello se explica porque tiene en sus manos la atención externa y domiciliaria; porque puede y debe seguir a los pacientes en la sala y en las interconsultas del hospital; porque debe mantener un nivel creciente de participación de los miembros de la comunidad en la defensa de su propia salud. El equipo debería tener flexibilidad suficiente en cuanto a turnos, horarios, etc., como para evitar toda clase de imprevistos en morbilidad y mortalidad.

5) Medicina programada. Se trata de uno de los objetivos que el Servicio Nacional de Salud está procurando que sea cumplido en todos sus niveles. Dentro de la programación la fase de evaluación es, seguramente, la más difícil de cumplir: ella es precisamente la que constituye el grueso de nuestro plan de investigación.

6) Medicina que contribuye a la educación de la comunidad. En cada contacto, sea éste en consulta, visita o trabajo de grupo, se pone énfasis en la responsabilidad irremplazable de cada habitante en la salud propia y en la de su familia, y en el rol únicamente auxiliar que juega el equipo profesional. Se procura entregar a miembros de la comunidad conocimientos y responsabilidades técnicas en grado creciente; es decir, se busca que los recursos originados en la comunidad lle-

guen a formar la mayor parte del total de los recursos.

7) Medicina que se integra en su acción con otras técnicas. En los últimos dos años ha existido coordinación para fines de educación sanitaria y de desarrollo de la comunidad con profesores primarios (Escuela Pedro Aguirre Cerda). A medida que mejore nuestra organización, podrá hacerse efectiva la posibilidad, siempre presente y deseable, de colaborar con educación de párvulos, educación física, educación familiar, extensión artística, enseñanza de niños especiales, servicios para el niño irregular, servicios judiciales y policiales, oficinas de Obras Públicas, Sociología, Antropología, Demografía, Psicología, etc.

8) Integración de lo somático y lo psíquico. Las normas de control contienen esquemas semiológicos y de indicaciones que permiten ir haciendo fomento y protección de la salud mental junto con cada atención médica o social. La actitud de los técnicos, auxiliares y empleados, el ambiente del consultorio, las relaciones continuadas con la clientela en clínica, domicilio y grupo, deberán contribuir a la salud mental de los atendidos.

El equipo se está haciendo cargo, además de programas específicos de higiene mental: tratamiento y rehabilitación de alcohólicos, orientación de niños, orientación de adolescentes, orientación de la vida familiar, atención psicopedagógica, atención de epilépticos y estudio de delincuencia.

9) Integración de lo individual y lo social. Nunca se aborda al cliente como un individuo aislado, sino que se piensa en que los diagnósticos, tratamientos y profilaxis que se le dedican son en realidad diagnóstico, tratamientos y profilaxis familiares. En rigor, son valores sociales los que determinan la jerarquía otorgada a los diversos programas dentro del conjunto.

10) Integración de lo preventivo y lo curativo. La atención médica se basa en el examen sistemático del sujeto presunto sano. Los contenidos entregados en cada consulta incluyen fomento y prevención en los aspectos físicos y psíquicos. Pero no hablamos de control de sanos, sino de atención médica integral: toda morbilidad es atendida; la "subpatología" es importante para el conoci-

to de los individuos y para su educación. Nuestra experiencia nos confirma que toda buena medicina es medicina preventiva.

Creemos que todos estos principios son aplicables a la realidad de las grandes ciudades del país, si se realizan tres órdenes de adaptaciones:

- a) En la organización local del Servicio de Salud;
- b) En la formación médica, y
- c) En la carrera funcionaria del médico.

RESULTADOS DOCENTES.

La docencia en el CDMI se dirige principalmente al curso de la Cátedra B. de Higiene y Medicina Preventiva de la Escuela de Medicina de la Universidad de Chile. Desde 1959 se desarrolla en el CDMI una enseñanza de terreno de dos meses de duración al final del Curso de Medicina Preventiva. Esta enseñanza consiste en dar a cada alumno una familia para que él actúe ante ella como consejero médico. La finalidad es facilitar al alumno el manejo de los conceptos y práctica de la atención médica integral.

Reproducimos algunos de los conceptos vertidos por los alumnos en un cuestionario anónimo al final de esas prácticas:

¿Cuál le pareció el mayor provecho que obtuvo de esta práctica, si es que obtuvo alguno?

—Que la medicina tratante y social son una misma cosa.

—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".

—Amplió el campo atribuido por mí a la acción médica.

—Un nuevo concepto de Medicina. Conocimiento de algunas actividades sociales.

—Ver claramente qué significa Medicina Integral; sin la práctica es difícil comprenderla.

—Apreciar las posibilidades que ofrece la comodidad cuando se intenta movilizarla.

—La visión de los problemas ambientales al incidir sobre el curso de determinada enfermedad.

—Conocimiento cabal de una realidad que,

dicha en clase, puede sorprender, pero que no siempre se cree.

—Tener noción de las condiciones en que se gesta la Patología.

¿Qué opinión le mereció nuestro Sector de Demostración? ¿Qué sugerencia nos haría?

—Interesante. Sugiero:

1) Mayor propaganda.

2) Empleo de más personas que trabajen.

3) Preocuparse más del aspecto educativo que del asistencial.

—Me parece bien. Sugiero: rotar el personal hacia otros sectores de más bajo nivel de atención.

—Adecuado. Pero se deja sentir la falta de personal médico y paramédico y de recursos materiales para dar atención a un mayor número de personas, etc.

—Excelente como labor de equipo integral; me parece es en la única parte donde se realiza en forma tan completa. Es importante hacer notar que aquí se interesan no sólo por el caso, sino también por el núcleo familiar. Sería más interesante que se tratara de incluir a otro tipo de profesionales: abogados, arquitectos, ingenieros y además se diera mayor difusión de este método de trabajo en equipo en otros centros.

—Es excelente: en él se da todo un campo lleno de necesidades, de problemas de patología social y orgánica. Se puede captar panorámicamente las condiciones de todas las clases sociales, quizá exceptuando sólo la clase alta.

—Creo que fue bastante demostrativo. Creo que sería conveniente tener reuniones previas a nuestra visita a terreno con inspectores sanitarios, ingenieros, visitantes sociales, etc.

¿Cuál era su concepto sobre el ramo de Higiene y Medicina Preventiva al comenzar el 6º año? ¿Cuál es su concepto ahora?

—No sabía a ciencia cierta lo que era, sólo tenía ideas confusas y no adecuadas. Mi concepto ahora es que la Medicina Preventiva y la Higiene es la Medicina misma, pero en forma racional y adecuada para cada caso, tanto en lo orgánico como en lo social.

—Sobre higiene, lo que enseñaron en el Colegio. Sobre Medicina Preventiva, algo que

tenía que ver con el subsidio y el Servicio Nacional de Salud. Ahora he podido apreciar que se trata de un nuevo enfoque de la Medicina.

—Que era un ramo más de la Escuela en el que sólo se hablaría de prevenir enfermedades infecciosas y transitorias. Mi concepto actual es el de un ramo optimista que en la época actual pretende llevar a la Medicina los conceptos más modernos de las ciencias sociales.

—Mi opinión era que sólo se nos daría información respecto de normas a seguir en caso de enfermedades epidémicas, los derechos de obreros y empleados y una visión general sobre previsión social. Mi concepto se ha ampliado mucho, me ha confirmado mi concepto de lo que representa la Medicina socialmente, he podido conocer de cerca problemas sociales y su proyección médica y abundante información.

—Restringido en cuanto a su alcance, sobre todo en lo relacionado con medicina preventiva. Ahora mi concepto es amplio, ambicioso. No sólo se preocupa de toda la medicina, sino también de la legislación y, aun más, se proyecta hacia el futuro. En atención a estas características, lo conceptúo como óptimo.

—Bastante vago y restringido. Consideraba su campo circunscrito a algunas enfermedades. Ahora he podido apreciar que el ramo es de tal importancia y extensión, que resulta difícil delimitar su extensión.

—En general, prevención de enfermedades: especialmente infecciosas. Mi concepto actual es mucho más amplio de lo que creía y abarca ramas que nunca creí fueran tocadas por alguna asignatura.

—Lo estimaba sólo limitado a Epidemiología y profilaxis de las enfermedades. Ahora pienso que es un ramo que da una visión panorámica e integradora de todos los campos de la medicina. Como síntesis y ampliación de criterio es admirable.

—Pensaba que era un curso más, superfluo, que no nos podría proporcionar nuevos conocimientos a los que poseíamos. Ahora reconozco que estaba equivocado. En realidad, los médicos precisan de conocimientos profundos sobre medicina integrada, ya que en general conocen poco de problemas socioeconómicos.