

HACIA EL SEGUNDO ENCUENTRO

"LA UNIVERSIDAD LATINOAMERICANA Y LA SALUD DE LA POBLACION"

Segundo Núcleo de Trabajo sobre
"Capacidad Resolutiva de Clínicas, Básicas y Preventivas
en Atención Primaria de Salud"

L.U.Z - U.L.A. - O.P.S.

27 al 29 de Septiembre de 1990

Apuntes y Reflexiones. Construcción "con" y "a partir de" la producción de los grupos de trabajo del Primer Encuentro Nacional La Universidad Latinoamericana y la Salud de la Población (Bajo Seco, noviembre 1989) y del Primer Núcleo de Trabajo en Capacidad Resolutiva (Maracay, marzo 1990).

RELATOR:

Norma Núñez, Ph.D.

Departamento de Medicina Preventiva y Social
Escuela de Medicina Luis Razetti. Facultad de Medicina
Universidad Central de Venezuela.

I -

**INTRODUCCION : CASI NADA ES CASUAL.
LA UNIVERSIDAD VENEZOLANA EN LA DISCUSION SOBRE LA
CAPACIDAD RESOLUTIVA EN ATENCION PRIMARIA DE SALUD.**

En Venezuela la Atención Primaria de Salud (APS) es una proposición inscrita (o deberíamos más bien decir pre-inscrita?) en un sistema sanitario, red de complejidad creciente, organizado por niveles, con recursos humanos, administrativos, financieros, físicos y tecnológicos, cuya racionalidad exige la adecuación a las necesidades de una población delimitada. Dentro de este contexto preocupa fundamentalmente la posibilidad de alcanzar niveles de eficiencia e impacto en la calidad de vida de la población a través del hecho social de la salud. Por ello nos planteamos la discusión de los elementos en juego al definir "Capacidad Resolutiva." Concluimos que la capacidad resolutiva (CR) en los servicios de salud se refiere a la competencia para satisfacer cualitativa y cuantitativamente, y en un tiempo dado, una demanda/necesidad de atención y solución de problemas, dentro de una red de servicios que incorpora a la comunidad. Ahora presentamos los razonamientos y circunstancias que nos llevaron a esa conclusión y revisamos algunos elementos del potencial de capacidad resolutiva dentro de los servicios locales y regionales de salud en el país. Indudablemente este potencial no es homogéneo y solo haciendo un esfuerzo de abstracción metodológico y conceptual podemos aproximarnos a una estimación del problema en el país.

La crisis global del sistema sanitario nacional expresa en forma paradójica las posibilidades y las limitaciones tanto para lograr niveles de resolución óptimos como para la efectiva implementación de la estrategia de APS, en Venezuela, en la década de los noventa. Durante el medio siglo de historia sanitaria en el país se han acumulado aciertos y desaciertos no casuales que hoy se traducen en una fuerte dificultad política y organizacional para administrar, con calidad y productividad social (no ficticia), tanto el desarrollo como la gerencia de la salud. Hoy día nuestra historia sanitaria, como la trayectoria y tendencia de otros sectores del desarrollo del país, luce regresiva. Pero, paradójicamente, es también la visión histórica de la temporalidad de nuestra institución lo que nos permitirá ubicar elementos para mantener la propuesta de APS como válida, si se dan ciertas condiciones que habrá que precisar.

Para que pueda efectuarse tal estrategia en forma completa y coherente, para intervenir en el proceso y ponerlo bajo racionalidad y control, se necesita --por una parte-- del concurso o de la inter-relación del sector salud con la población organizada y con el resto de los sectores que conforman la sociedad, principalmente del sector político, económico y educativo. No puede pensarse una estrategia de APS para el mejoramiento de la calidad de vida si no se incluyen también las relaciones del sector salud con la seguridad pública y la protección civil, con obras y servicios, trabajo, alimentación, deporte, recreación, justicia, ambiente, vivienda, transporte, información, comunicación y cultura.

Por otra parte, se necesita de un mayor esfuerzo de concertación para mediar, y lograr la coincidencia,

entre la democracia política y la democracia social, en lo que respecta a sus aspiraciones de controladores o reguladores del equilibrio social y de la búsqueda (que no tendencia) de equidad. La pregunta es: concertación entre quienes? puesto que la redistribución de la participación social que subyace a esta interrogante se enuncia y promete en el sector del poder político, pero no se observa en el plano económico; en este plano el neoliberalismo insurgente --con el auspicio del poder político del Estado venezolano-- tiende a la consagración del aumento de las diferencias sociales a través de la restricción en la concentración de riquezas y poder global. Esto tiene efectos a mediano y largo plazo, sobre el sector salud.

En el sector se observa una creciente tendencia hacia la consolidación de una distribución desigual pero necesaria para la dinámica neoliberal. Las condiciones actuales de la red asistencial y de servicios públicos en el país se caracterizan por déficit presupuestario, falta de capacidad gerencial para el manejo de insuficientes recursos diagnósticos y terapéuticos, falta de mantenimiento de infraestructura y equipos; innecesaria sobrecarga y congestión de los niveles asistenciales de alta complejidad; desarticulación del sistema piramidal de atención médica, caracterizándose estos por la inoperancia de los sistemas de referencia y contra-referencia; alza alevosa en los precios de los medicamentos y de los servicios; incompatibilidad de intereses entre profesionales, usuarios, y servicios; inoperancia en los sistemas de control de personal; falta de mística y motivación en el trabajo, carencia de principios éticos que legitimen y gratifiquen el acto asistencial en cualquiera de sus modalidades y oficios; falta de condiciones dignas de trabajo para ejercer y hacer una oferta de servicios de calidad; desvinculación de la organización poblacional y por tanto, desvirtuación del discurso/objetivo de la participación de la sociedad civil (o participación comunitaria) en la programación y acciones de salud. Todos estos elementos objetivos y subjetivos, estructurales, organizacionales, culturales, psicológicos e ideológicos, constituyen un paquete de preocupaciones y dificultades que generan intentos de respuesta. Estamos revisándolas no solo para su identificación sino también para la ubicación, formación, orientación y toma de posición frente a las mismas. Esa es misión de la Universidad.

El Estado en esencia neoliberal, pero presionado a aparentar democracia social para evitar estallidos desestabilizadores, propone actualmente la discusión sobre la privatización de la atención a la salud. Hay un supuesto casi mágico de que esta conduciría al orden y a la perfección. El Estado parece abandonar su papel y su responsabilidad en la gesta de la equidad y compensación social. Entrega la posibilidad de solución a la crisis, al esquema de la exaltación e intercambio de los beneficios; al esquema de la teoría y la práctica de la competitividad, de la rentabilidad, del mercado de servicios contenido en la fórmula financiera neoliberal. Así el Estado democrático tiende a afianzar la sociedad de élites en la cual la excelencia de servicios, planes y proyectos se apoya en criterios de exclusión y aspiración a la diferenciación, más que en criterios de aspiración a la equidad social. Tal vez esta situación, aunque la demande, pone en peligro la implementación de la estrategia de APS.

Para llevar adelante la estrategia de APS se requiere una política, una asignación presupuestaria, un sistema administrativo, un equipo profesional competente y una población dispuesta a consagrar efectivamente su derecho a la salud, todos en convergencia hacia la coordinación y optimización de los recursos y servicios. Pero además es necesario motivar a todos los sectores anteriormente mencionados, tanto a nivel central como regional, para que conozcan y participen en la discusión de la viabilidad de la propuesta, para que exista un compromiso de cambio. ¿Cuál es el papel de las Universidades en esta discusión?

Las acciones de la Universidad y del Estado, en relación a la salud de la población, tienden a ser complementarias, pero si se las confunde pueden crearse situaciones inconvenientes. La cobertura de los servicios, en términos cualitativos y cuantitativos, es predominantemente función del Estado. Algunas reflexiones se hacen necesarias. Corresponde entonces a la Universidad sólo el apoyo a los planes y programas de salud a partir de la docencia y la investigación? Son adecuados y suficientes sus intentos generales de integración docente asistencial y de investigación? Es válido plantearse un curriculum en función concreta de la Atención Primaria de Salud? Debe la Universidad "ir con calma" y esperar a ver si efectivamente la política sanitaria del país se consolida en torno a una estrategia de APS y después --y sólo después-- sumarse a ella?

Frente a la compleja situación de crisis social, política y administrativa de la sociedad venezolana, las Facultades de Ciencias de la Salud de las Universidades nacionales hemos asumido el trabajo progresivo hacia la construcción de la propuesta de APS por la vía de la implementación de planes de estudio, trabajo, e investigación, con incorporación temprana de estudiantes y profesores a las comunidades y a los ambulatorios que constituyen los servicios locales de salud. Aunque no sea todavía ni suficiente ni completamente exitosa, ésta es una respuesta concreta de compromiso y participación, de revisión y vigilancia del sistema de formación de recursos para el sector salud, y de búsqueda de alternativas para contribuir a la extensión de los servicios hacia el enfoque científico integral de las necesidades de la población, priorizando la promoción de la salud y la prevención del riesgo de enfermar.

Si esto es así, se está también produciendo ese proceso a partir de un paso importante en los modelos de educación médica históricamente constituidos. Desde el informe Flexner producido en 1910 e incorporado en América Latina en los años 50, a los experimentos en educación médica planteados en los mismos años 50 por la Escuela de Medicina de Cleveland (Ohio), y a las dos reuniones auspiciadas por OPS/UDUAL en Cuenca (Ecuador), o las más recientes Conferencias Mundiales sobre Educación para la Salud (Houston, 1988, US/OMS/UNICEF/OPS), se han venido revisando y se ha estado atento a las propuestas de estructuración, mejoramiento y excelencia curricular para la formación de los profesionales de la medicina. Creemos sin embargo que en ese largo período no se han resenado cambios con el impacto y la trascendencia que ahora busca consolidar la Universidad Latinoamericana. La próxima Conferencia de Facultades y Escuelas de Ciencias de la Salud tendrá que reportar esta búsqueda de estructuración de la formación al rededor de ejes curriculares. Ejes que priorizan la coordinación de las disciplinas básicas biomédicas, clínicas y de salud pública en torno al compromiso científico y político de la definición de áreas de solución de problemas; cuyo objeto de estudio es el proceso de salud-enfermedad en el desarrollo de la sociedad, a partir del compromiso de APS, tal como lo entendemos en las Universidades, en su aspecto estratégico y en su marco conceptual.

Las Universidades venezolanas creemos en la estrategia de APS como una vía concreta alternativa para la organización y la superación impostergable de algunas deficiencias en el sector salud. Las Universidades adelantamos compromisos al proponer al Estado un diagnóstico de situación y conclusiones para la construcción de vías alternativas para el aumento de la capacidad resolutoria en APS y al rediseñar nuestros planes de estudio en base a esos principios. Pero, a solas, no podemos llevar adelante las propuestas. Puesto que nuestra Constitución Nacional todavía consagra el Derecho a la Salud para toda la población venezolana, es conveniente insistir en la revisión de la Ley Orgánica del Sistema Nacional de

Salud donde se consagra la APS, y exigir su implementación, su operacionalización.

Las reflexiones, el modelo diagnóstico, y los resultados del Encuentro de Bajo Seco, donde participaron funcionarios del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, del Seguro Social, y de algunos Sistemas Locales de Salud con todas las Universidades Nacionales, mas los aportes del Taller sobre "Capacidad Resolutiva de Clínicas, Básicas y Preventivas en Atención Primaria de Salud" efectuado por las Facultades de Medicina de las Universidades Centro Occidental Lisandro Alvarado y Central de Venezuela, y sus respectivos servicios locales de salud (1er. núcleo), facilitan el enfrentar con mayor éxito el proceso de toma de decisiones en los objetivos educacionales, y adelantan proposiciones al Estado para contribuir a la identificación de nudos en el proceso de organización, comunicación y toma de decisiones en materia de política de salud en ambientes en crisis social e institucional. En ese documento reportamos algunas aproximaciones al campo de la docencia-aprendizaje y de la actividad asistencial. Los aspectos relacionados con investigación tratados en las reuniones de Bajo Seco y Maracay son objeto de un documento aparte, ahora en vías de conclusión.

II - APROXIMACION A LA DEFINICION DE "CAPACIDAD RESOLUTIVA"

En el esfuerzo de concretar y operativizar la participación de las Universidades en la estrategia de APS, hemos profundizado en el diagnóstico y la búsqueda de solución a problemas del área de los servicios de salud a la población. Identificamos como prioritaria la necesidad de formular un marco explícito de referencia conceptual que oriente y fije directrices para evaluar el rendimiento de las acciones médicas para los cuidados de la salud. Esta perspectiva es importante en dos sentidos. Primero, trata de tomar como punto de partida los cuidados para la salud, insistiéndose por tanto en el abordaje integral del proceso de salud-enfermedad, tratando de desprendernos progresivamente del exclusivo modelo de abordaje técnico y biomédico de la enfermedad. En segundo lugar se trata de esclarecer criterios de oportunidad, calidad, dotación y organización, para el logro de satisfacción de necesidades, tomando en consideración cuatro elementos fundamentales:

- 1 - el nivel de complejidad en el cual se presta el servicio en la escala de la red asistencial,
- 2- la extensión o posible cuota de cobertura a una población delimitada;
- 3 - la asignación de recursos humanos y técnicos efectivamente disponibles para lograr resolver la demanda expresa y generar la demanda necesaria; y
- 4 - la interacción y la complementariedad de la red asistencial.

En general nos planteamos que la Capacidad Resolutiva (CR) vista en la esfera de lo público y lo privado pueden tener diferentes connotaciones. Aca nos referimos a la CR en la GERENCIA de los servicios para

satisfacer necesidades y demandas de las mayorías poblacionales mediante una posible estrategia de atención primaria de salud, y a través de los sistemas locales de salud (SILOS) como parte integrada de la red asistencial nacional. El marco de referencia para evaluar la CR en atención primaria será por tanto el de la red nacional de servicios públicos para la atención a la salud.

La capacidad resolutoria también puede ser vista desde la perspectiva del personal y del equipo de salud, y desde la perspectiva de la organización y capacidad de los servicios basados en disponibilidad de tecnología y en programas. Si entendemos como tecnología adecuada la serie de recursos humanos, materiales, diagnósticos y terapéuticos, organizacionales y metodológicos, que permiten gerenciar la prestación de un servicio efectivo dentro de los límites del conocimiento existente, ambas perspectivas tienen que combinarse. Ello es así puesto que planteamos que el énfasis del concepto de CR está no solo en la competencia profesional y gremial de los integrantes de un equipo o de un servicio de salud. Está también en el aspecto administrativo y de recursos interconectados, en los diferentes niveles de servicios de salud. El problema de la capacidad resolutoria tiene por tanto componentes cualitativos y cuantitativos, tecnológicos, profesionales y organizativos, que será necesario considerar dentro del contexto anteriormente esbozado.

Desde la perspectiva de la organización y capacidad de los servicios puede considerarse la CR como eficacia y cobertura para la solución de problemas de salud mediante la implementación y control de ACCIONES, PROGRAMAS y PROYECTOS apropiados en cantidad y calidad, contando con personal y tecnología adecuados para el perfil de complejidad inherente a un nivel asistencial determinado. La CR es tarea y responsabilidad compleja y con múltiples dimensiones, dependiendo de factores internos y externos al propio sector salud o al acto médico, que apunta a presencia o no de riesgos y factores de riesgo en relación a la persona, a las comunidades y al ambiente. Por tanto, CR es la aptitud y la suficiencia que tiene un nivel de servicios (ej.: el ambulatorio) para prevenir, orientar, diagnosticar, tratar, e investigar la demanda/necesidad o los problemas de salud ambientales y personales, en sus dimensiones individuales, familiares y colectivas. Esta aproximación a la definición contempla la dimensión inherente a la cobertura de la demanda/necesidad de una población determinada, y a la vez, establece el marco de la competencia en la calidad y alcance interno del servicio y de la red.

Dentro del contexto de la APS la capacidad resolutoria del personal y equipo de salud también es su facultad y grado de contribución efectiva y oportuna para aliviar, curar, rehabilitar y prevenir la enfermedad, mediante el juicio humano y clínico para el diagnóstico, el tratamiento, la educación, la orientación y/o la referencia adecuada de los individuos, familias y/o colectividades, con una concepción integral. Es la aptitud y suficiencia de los trabajadores de la salud para investigar, planificar, orientar y evaluar los problemas de salud inherentes a su área de influencia. Este aspecto de la capacidad resolutoria dependerá de los conocimientos, habilidades, destrezas y experiencias previas del profesional, y estará a su vez condicionada por la disponibilidad de recursos técnicos, humanos y financieros para resolver cada problema con eficiencia (oportunidad y calidad) y eficacia (relación costo beneficio), puesto que la eficacia del acto médico idóneo se pierde en la desorganización institucional imperante en un momento dado.

Puede pues hablarse de la CR desde el punto de vista de la salud pública y de la clínica, o de la atención colectiva e individual. En relación a la actividad clínica la CR no es solo función de recursos. Un

elemento fundamental para el aumento de la CR en APS es el énfasis en la capacitación y desempeño para la mejor y mayor aproximación diagnóstica, procura de tratamiento y seguimiento o control.

Desde el punto de vista el acto médico en si mismo, una dimensión del problema de la CR es interceptar el daño o la enfermedad y por lo tanto, diagnosticar y tratar. Otra dimensión es la reducción del riesgo de enfermar, la defensa, la búsqueda, el mantenimiento o la recuperación de la salud. Esta forma de abordar el acto médico es controversial. Hay tendencias arraigadas en la profesión y que defienden exclusivamente como acto médico la clínica y la terapéutica. Punto. Otras tendencias plantean el reconocimiento de que, en el desarrollo actual de la profesión y de la sociedad, esa posición es insostenible. Al conciliar posiciones, ambas dimensiones tienen que expresarse en indicadores útiles para evaluar las acciones realizadas. Definir cuáles son esos indicadores para la evaluación de los avances significativos es a la vez orientar y ampliar las posibilidades de "resolver" problemas de salud. El registro, la calidad, la disponibilidad y la actualización de esos datos es también un espacio de acción estratégica para el aumento de la CR.

Puede resumirse la CR identificándola con la solvencia con la que la infraestructura organizativa, el equipo de salud y la comunidad enfrentan exitosamente la solución de problemas de la población vulnerable, en un tiempo óptimo, aumentando así el rendimiento del servicio. Puede observarse como se complementan estas aproximaciones a la definición de CR al incluir un criterio economicista importante: considerar la eficiencia en generar los mejores niveles de salud al mas bajo costo y racionalizando el uso del personal y la tecnología disponible dentro de una red piramidal interconectada.

La CR se constituye así sobre una plataforma de ORGANIZACIÓN donde efectivamente operen criterios racionales de:

- regionalización
- distritalización
- sectorización, y
- programación efectiva de niveles de atención en la red asistencial

De otra forma no es posible plantearse el problema, mucho menos alcanzar soluciones con verdadero impacto.

Capacidad Resolutiva es Competencia, o Potencial de Competencia, para:

- 1 - definir y respetar los límites claros del área de intervención, tanto en el sentido local y geográfico como en el sentido nosológico, nosográfico y/o de tipo de consulta;
- 2 - identificar y cubrir tareas encomendadas de acuerdo al nivel de operación en el cual se ejecuta el acto, el servicio, el programa o el proyecto necesario para solucionar el(los) problema(s) concreto(s) o delimitado(s)

3 - identificar y establecer indicadores (cuali- tativos y cuantitativos) para evaluación permanente:

- del servicio prestado
- de la evolución esperada
- de los resultados alcanzados

4 - establecer compromisos

5 - interactuar con otros sectores de la zona de influencia, y con los usuarios, para derivar o completar las soluciones previstas e identificadas como necesarias y viables.

ESTO : PERMITE:

OPTIMIZAR cobertura en calidad

alcance, y
profundidad;

MEDIR Y VALORAR el impacto de los PROGRAMAS o ACCIONES

PROPONER y hacer los correctivos

Pre-requisitos para el aumento de la Capacidad Resolutiva:

- 1 - oferta de servicios y recursos adecuada a la demanda y a las necesidades. Hay que conocer la demanda, por tanto hay que PARTIR DE UN DIAGNOSTICO DE SITUACION que incluya además de los datos demográficos, el perfil de salud del área de influencia del servicio
- 2 - formación profesional ETICA, y con visión de entorno
- 3 - preparación del personal bajo una FILOSOFIA y PRACTICA de trabajo orientado hacia el usuario
- 4 - RACIONALIDAD
- 5 - INTERSECTORIALIDAD
- 6 - INTERDISCIPLINARIEDAD Y MULTI-PROFESIONALIDAD
- 7 - ORGANIZACION Y PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD
- 8 - FUNCIONAMIENTO DE LA RED ASISTENCIAL

III -

NOTAS ACERCA DE LA DEFINICION DE "CASO RESUELTO"
EN LA CONSULTA AMBULATORIA DE PRIMER NIVEL

A fin de evaluar la capacidad resolutive de un tipo de consulta particular, o de un nivel de atención médica, pero sin pretender agotar el tema, hay que hacer las siguientes consideraciones acerca de lo que significa "resolver" o no un caso, o un problema.

1 - Cuando la consulta se produce por un problema de enfermedad, la sola desaparición de síntomas no es criterio de resolución. Lo llegara a ser si se hace el abordaje del tratamiento completo y las recomendaciones para la promoción de la salud, y de la prevención del riesgo de enfermar, incluyendo en este caso la recidiva.

2 - El caso que no regresa a consulta no puede registrarse en las estadísticas del centro de prestación de servicio como caso resuelto. Entrará en la categoría de DESERCIÓN. Es importante que se investigue y se haga seguimiento a este problema como posibilidad real de aumentar la CR de un nivel de servicio.

3 - Un caso resuelto es un caso curado (en el caso de un episodio agudo) o un caso controlado o estabilizado (en el caso de los episodios o las consultas enmarcadas dentro de un diagnóstico de cronicidad), habiendo tomado las previsiones del enfoque integral e inclusive, muchas veces, del enfoque intersectorial.

4 - Un caso no resuelto para un nivel "X" es aquel en el cual se produce la referencia a otro nivel, aun teniendo y antes de agotar la disponibilidad real o supuesta del personal adecuado y de los recursos técnicos.

5 - En determinadas circunstancias la Referencia a otro nivel, agotados los procedimientos del primer nivel, o los casos con tratamiento de sosten, pueden considerarse como caso resuelto para el nivel en que se inicia la consulta. Desde este punto de vista puede pensarse que no necesariamente debe considerarse la REFERENCIA a otro nivel una evidencia de fracaso en CR a nivel de quien refiere. Una referencia oportuna y correcta puede ser expresión de CR. Por tanto es posible que --contrario a lo que puede pensarse a la ligera --el numero de referencias oportunas y correctas sea un buen indicador de CR. Este problema también amerita investigación.

IV - PROBLEMAS MAS FRECUENTES EN PRIMER NIVEL DE ATENCION MEDICA

El enfoque integral de los problemas de salud implica el abordaje de los determinantes biológicos, psicológicos y sociales del proceso de salud-enfermedad, y debe estar presente en las funciones de promoción de la salud, prevención, diagnóstico, tratamiento, restitución o rehabilitación de la enfermedad, investigación y administración, que son todas funciones del médico. Exige el desarrollo de conceptos y actitudes preventivas en torno a la salud y la reducción de los riesgos de enfermar.

Pero además, en el enfoque integral, hay que incluir en forma honesta el conocimiento sobre la población y sus conductas y decisiones con respecto al proceso de salud-enfermedad y a la búsqueda de alternativas de solución a los problemas. Una vez percibida una necesidad de ayuda, y hecha la reflexión acerca de las posibilidades de consultar a otras personas con experiencia (real o atribuida), o incluso la posibilidad acerca de la automedicación, es cuando en una población se genera, en mayor o en menor grado, la demanda de servicios de salud. Por tanto, la forma en que la población ha aprendido a tomar decisiones acerca de cuándo y dónde buscar servicios de salud no es ni arbitraria ni casual. Esta relacionada con su definición de "problema" y con sus expectativas de solución de los mismos, en base a su conocimiento del tiempo, la calidad, la oportunidad y la extensión del servicio que recibirá y ha recibido. Igualmente en base a sus criterios de gravedad, incapacidad o autolimitación de la situación. Es necesario que el equipo de salud este en conocimiento de esa situación para planificar efectivamente la atención a la salud de la población.

Desde la perspectiva profesional puede definirse un "problema de salud" como una brecha entre una situación ideal y una situación actual o real, en referencia al continuum del proceso de salud-enfermedad. Esa brecha puede ser objetiva o no, y puede analizarse aplicándosele o un enfoque colectivo, o un enfoque individual. Esos "problemas de salud" encuentran un nivel de objetivación en los perfiles epidemiológicos de los diferentes grupos sociales. Para llegar a ellos se utilizan tanto la metodología científica del enfoque clínico y todas las técnicas de estudio de las variables biológicas, psicológicas y sociales, como las herramientas instrumentales constituídas por las estadísticas de salud.

Se establece que la primera categoría de "problema" que debe aprender a manejar el egresado, en el primer nivel de atención médica, es el de diagnóstico de salud de la comunidad. Ello dará especificidad a la labor a realizar en cada situación concreta, permitiéndole cuantificar la magnitud del problema, evaluar la situación de trascendencia de los mismos, y priorizar áreas de intervención. Para ello debe extenderse su aprendizaje a la comprensión del trabajo de equipo para el abordaje intersectorial, cuando así lo demande la situación estudiada.

Para el establecimiento del perfil diagnóstico correspondiente al proceso de salud-enfermedad en el primer nivel de atención médica se identifica como limitación importante la falta de información epidemiológica confiable y oportuna. Generalmente los servicios de primer nivel no manejan criterios de población o área

de influencia y por tanto los denominadores con los cuales se establecen las estadísticas son denominadores flotantes. Esto desvirtua tanto el proceso de toma de decisiones como cualquier posibilidad de planificar con caracter estratégico cualquier acción de salud.

Un primer nivel de atención médica confronta múltiples problemas. Se hizo un intento de clasificarlos por áreas, pero se señalo que no necesariamente se "resuelven" a ese nivel. En este sentido se reforzó la necesidad de capacitación para el diagnóstico como base de una posibilidad de referencia adecuada y oportuna, en búsqueda de la solución conveniente. Sin que su identificación indique orden de prioridad, las áreas identificadas fueron las siguientes:

- 1 - enfermedades infecto-contagiosas expresadas en distintos sistemas y particularmente en piel
- 2 - enfermedades del sistema inmunológico
- 3 - sintomatología cardiovascular
- 4 - sintomatología respiratoria
- 5 - sintomatología gastrointestinal
- 6 - área de salud mental, particularmente ansiedad y depresión
- 7 - problemas nutricionales
- 8 - área genito-urinaria
- 9 - artritis y reumatología
- 10- adicciones y accidentes

En el área materno-infantil se alcanzó una mayor precisión refiriéndose la confrontación prioritaria de los siguientes problemas:

- I - Patologías inherentes al embarazo, parto y puerperio
 - 1.1. hemorragias del tercer trimestre y post partum
 - 1.2. infecciones
 - 1.3. toxemias gravídicas
 - 1.4. abortos
 - 1.5. desgarramientos vaginales, perineales y de cuello
 - 1.6. otras: hipertensión arterial, diabetes, anemias, incompatibilidad Rh

- II - Patologías mas frecuentes en ginecología:
 - 2.1. infección ginecológica baja
 - 2.2. dolor pelviano
 - 2.3. hemorragia vaginal

- III - Patologías mas frecuentes en la infancia
 - 3.1. infección respiratoria aguda
 - 3.2. parasitosis
 - 3.3. infecciones de la piel
 - 3.4. enfermedad diarreica
 - 3.5. anemias y enfermedades carenciales

3.6. heridas y contusiones

3.7. asma y alergias

Esta información es todavía insuficiente. Es necesario extender el trabajo en esta dimensión del estudio por cuanto hacerlo permitiría llegar a definir con mejor aproximación elementos de organización, adiestramiento y recursos para ese nivel de actividad. Posiblemente contribuiría a una planificación más operativa de la red asistencial.

V -

**NOTAS ACERCA DE LA RELACION ENTRE CURRICULA Y
CAPACIDAD RESOLUTIVA EN ATENCION PRIMARIA DE SALUD**

La formación del profesional de salud es un proceso de dominio de conocimientos y de modelaje o de imitación de conductas, donde "el modelo" tiene un papel fundamental. Debe de ser un proceso de actualización y capacitación permanente. Además de conducir a la excelencia y consolidación del enfoque del individuo sano o enfermo, el objetivo del esfuerzo docente es concretar en la práctica cambios en el objeto de estudio a medida que la realidad estudiada así lo demande, y contribuir a la articulación y compromiso entre ese objeto de estudio y la sociedad.

Es peligroso un curriculum en función de la APS? Compiten la política educativa y la política de salud de turno cuando se construye un curriculum en función de la APS?

Las Universidades tienen un papel fundamental en la capacitación de los profesionales y en su desarrollo de aptitudes, actitudes, habilidades y destrezas que le permitan preservar y cuidar la salud de la población y no solo atender al enfermo o "sacar la consulta" en los diferentes niveles de prestación de servicios.

Si la formación va a realizarse sobre la base del aumento de CR, deben incorporarse en forma efectiva actividades, experiencias, de enseñanza-aprendizaje que incluyan los siguientes elementos:

- 1 - principales problemas de mortalidad y morbilidad de la población, establecidos sobre la base de la demanda/necesidad de servicios, y clasificados, si es posible, por grupos etarios y sectores sociales;
- 2 - principales problemas de salud registrados y clasificados en base a estudios de población; metodología científica para el enfoque de

diagnóstico de salud integral de la comunidad;

3 - análisis de causalidad de los perfiles establecidos según las dos anteriores aproximaciones;

4 - problemas de urgencia o emergencia en el individuo o en la población y que lo colocan en situación de riesgo de enfermedad, incapacidad y/o muerte, y donde el profesional de salud tiene la obligación de actuar;

5 - manejo de la salud desde el punto de vista del ambiente, la contaminación, la alimentación, la higiene de alimentos y la exposición a riesgos ocupacionales;

6 - problemas surgidos a partir de los niveles de salud ya alcanzados, y las correspondientes acciones para mantenerlos;

7 - problemas agrupados al rededor de la promoción integral de la salud;

8 - problemas concernientes a la política, la planificación, la organización, la gerencia y la administración de los servicios y los programas, en base a metas y objetivos comprendidos en plazos concretos;

9 - implicaciones éticas, legales y deontológicas de la práctica médica, clínica o epidemiológica y de salud pública;

10 - metodología para el aprendizaje de la lógica clínica y de salud pública

El concepto, o el enfoque de "Capacidad Resolutiva" debe ser enseñado explícitamente como tal y por tanto debe hacerse evaluación acerca del mismo para garantizar que es aprendido y utilizado. Ello constituye elemento importante para gerenciar salud.

Incluye e implica demostración de competencia a través del dominio de:

conocimientos
técnicas
maniobras
habilidades
destrezas

en:

ética
relación de comunicación interpersonal y grupal;
manejo instrumental;

tecnología;
 principios de gerencia, organización y administración
 y supervisión;
 registro, manejo y evaluación de la información;
 decisiones acerca de: apropiada referencia a otros niveles;
 utilización apropiada de las facilidades
 o disponibilidades del servicio,
 por tanto:
 conocimiento del alcance y limitaciones del nivel de servicio
 en el cual se actúa.

La interacción entre servicios, equipos y comunidades es el elemento que permite tanto optimizar la cobertura en cantidad y calidad como valorar el impacto de las acciones emprendidas y establecer los correctivos indicados en el tiempo y la oportunidad apropiados como para alcanzar un nivel mínimo de capacidad resolutive. Ni todos los servicios, ni todos los profesionales de la salud, ni la misma población de usuarios están preparados o aceptan las vías para el manejo de esa interacción, reconociendo sus beneficios factuales y potenciales. Es necesario incluir en la actividad curricular oportunidades de enseñanza-aprendizaje e investigación sobre el punto.

Capacidad Resolutive implica disposición aptitudinal y actitudinal del EQUIPO profesional de salud, no es solo la del médico, pero ahora nos referiremos más concretamente a algunas de las peculiaridades en el ejercicio de ese profesional. El médico de atención primaria tiene que ser un profesional con formación sólida. Siendo los recién egresados el personal que se ubica en el primer nivel de atención, es función de las Universidades el estructurar un curriculum y unas oportunidades de aprendizaje firme, coherente con las demandas a satisfacerse en ese nivel de servicio. En esos niveles de servicio la actividad del recién egresado debe cumplirse bajo la coordinación de profesionales de experiencia. En los servicios locales de salud con real compromiso de transformar las condiciones de vida de la población se trabaja a un nivel de responsabilidad que exige la presencia de personal experto; es decir, un profesional con calidad técnica y dominio del nivel de atención, egresado de una Universidad que lo haya formado con compromiso político, con principios científicos y con conciencia social.

Este es un punto que requiere precisión y mucho más discusión que la que hasta el presente haya podido efectuarse en el marco del Proyecto que nos ocupa. En toda América Latina y el Caribe se tienen diferentes experiencias que deben evaluarse. Aunque en líneas generales se considera al médico de familia un especialista potencialmente apto para cumplir esas funciones, las experiencias inter- e intra- país no son uniformes. En Venezuela no hay acuerdo acerca del autentico perfil y campo de acción de este nuevo especialista. Se señala el hecho de que, en la práctica, la gran mayoría de los médicos de familia que ejercen en los Ambulatorios adscritos al MSAS no cumplen funciones de enlace con las comunidades. En el discurso, sin embargo, se preconiza tal misión. La labor de primer nivel se concreta al manejo de la consulta de primera y sucesivas, es decir, diagnóstico, control y seguimiento de una población cautiva de usuarios. Estos pueen llegar a usufructuar el beneficio de una atención mas personalizada, e inclusive, el de una terapéutica que inquiera sobre el entorno, pero siempre dentro de los patrones clásicos de la rutina asistencial: instrumental, biologicista, individual, intramural. Entrevistados, algunos médicos de familia se autodefinen como "sin proyecto," preocupados solo por "sacar la consulta familiar." Si la respuesta a algunos de los problemas que estamos planteando es finalmente el médico de familia, el que necesitamos se hace en el trabajo en la consulta y en la comunidad, dimensión que progresivamente

enriquece, transforma y perfecciona su aproximación clínica, terapéutica y social al ser humano, y al proceso de complejo de salud-enfermedad. Indudablemente ello requiere una manera de entender y ejercer la medicina con una vocación y un talento muy particular.

VI -

**ALGUNAS CONCLUSIONES:
VISION DE UNIVERSIDAD DENTRO DEL PROYECTO LATINOAMERICANO**

Se ha planteado con claridad durante todo el proceso de discusión del proyecto que nos congrega en esta sesión de trabajo el que, si bien la conceptualización de "salud" es difícil, no menos lo es la conceptualización de "la universidad latinoamericana." Concluimos que por encima de las diferencias de país lo que más nos une es la voluntad de provocar una nueva experiencia universitaria, centrada no exclusivamente en la formación y la consecuente preparación de profesionales científica y técnicamente aptos para incorporarse al mercado de trabajo, sino también profesionales que participen comprometidamente en la recuperación efectiva del desarrollo cultural de nuestra sociedad. El acercamiento de la universidad a la sociedad, identificando su deber y su lugar en la lucha contra el subdesarrollo, combatiendo en ella la corrupción cotidiana del menor esfuerzo y la abulia en el trabajo; proporcionando elementos para la construcción de vías alternativas de progreso; aumentando nuestra capacidad para aplicar el conocimiento nacional e internacional a la capacitación profesional y a nuestra propia capacidad para investigar, para crear conocimiento, para definir y hacer formulaciones que puedan ser tan claras y llamativas como para orientar los pasos concretos para entender (y atender) las carencias observables del mundo desigualitario en que vivimos.

En el proceso hacia esas reflexiones hemos identificado como la universidad misma puede ser un obstáculo para llevar adelante nuevos planes. En el área de la salud es necesario, por una parte, superar las resistencias individuales producto de la conodidad y el acostumbramiento a la rutina improductiva que hoy deteriora tanto a la enseñanza, al aprendizaje, y a la misma Universidad. Por otra parte, romper con la autosuficiencia ineficaz del modelo universitario clásico de facultades o escuelas profesionales y promover ensayos y experiencias interdisciplinarias en los cuales distintos enfoques se combinen en el tratamiento y manejo de problemas prioritarios o problemas de interés. Esto plantea la necesidad imperativa de realizar la docencia-aprendizaje con entrenamiento en servicio o estudio trabajo e investigación, integradas, primero, con los organismos de prestación de servicios de salud, segundo, con las instituciones de la sociedad civil que planifican, coordinan y regulan la vida comunal institucional de la población a servir, y tercero, con las organizaciones comunales sujetos en participación. Esto supone trabajar en las universidades con una alta capacidad de establecer compromisos, prever, estimar y evaluar los riesgos, y procurar anticipar, operacionalizar y conducir las transformaciones viables, con "conciencia sanitaria," hacia la hegemonía de la política, la ciencia, el arte y la técnica en salud, al servicio de la población.