

HACIA LA ATENCION GRUPAL EN SALUD

Dr. CESAR HERMIDA

Universidad Central del Ecuador, Instituto Juan César García de Ciencias Sociales y Salud

RESUMEN

Proponiendo varios elementos teóricos y técnicos de acuerdo a las experiencias en diversas investigaciones ecuatorianas, se plantea que los mismos, al constituir una forma especial de "tratamiento grupal" de la población, están encaminados a revolucionar tanto la estructura física y funcional de los servicios de salud ambulatorios y hospitalarios, como la estructura misma curricular tanto en las facultades de arquitectura como en las facultades de ciencias de la salud. (*Revista de la Facultad de Ciencias Médicas (Quito)*, 10: 137, 1985).

Aunque desde hace muchos años se ha enunciado la relación "investigación, docencia y servicio" para las acciones de salud, no ha sido, al parecer, muy claro el papel o mecanismo de la investigación en lo uno o en lo otro. Si bien la investigación por sí sola ha cumplido (como en el caso Ecuatoriano) una intensa actividad con grupos poblacionales en varias y diversas regiones (principalmente rurales), como por ejemplo: Control del bocio endémico (1), Control del crecimiento físico de los niños (2), Control del desarrollo neuro-motor, infantil (3, 4, 5), Patología respiratoria en escolares (6), enfermedades de la piel (leishmaniasis) (7), Desarrollo dentario (8), Desarrollo testicular en escolares (9), Desnutrición (10, 11), Vacunación infantil y otras prevenciones (12), (13).

Curiosamente, y a pesar de que se ha pregonado que la investigación es una forma de pensamiento y acción permanente, no se ha logrado introducir, con el énfasis suficiente, ni en la educación médica de pre y post grado, ni en los servicios de salud ambulatorios u hospitalarios, estas experiencias de atención grupal en salud desarrolladas por la investigación.

En anteriores propuestas (14) se ha buscado introducir, mediante esquemas para la investigación y programación local, elementos de trabajo poblacional o grupal en la práctica de los jóvenes médicos en el medio rural: Sistematización de los universos o denominadores, Análisis de la mortalidad, Evaluación de los programas de control, Evaluación de la prevención y la morbi-mortalidad.

Las pocas experiencias en las cuales se han utilizado dichos esquemas han resultado exitosas, pues ligaban, en la base, la investigación con la administración de la salud, y en ambos casos, con un enfoque grupal y no puramente clínico, o de atención individual.

En administración de salud parece abrirse con la atención grupal un camino revolucionario en la estructura de los servicios: desde la arquitectura y la relación médico-paciente, hasta la participación y gestión comunitarias.

Los servicios, diseñados para una "atención individual del adulto enfermo" están dando paso a los niños y madres "sanos" que lle-

gan en GRUPO (Centros de "Salud"): salas de espera para sanos, sillas, mesas y servicios higiénicos para niños, así como un auditorium para analizar los problemas con los trabajadores del centro y con la población, biblioteca y salas de estudio colectivo, son algunas de las innovaciones.

Pero no se trata solamente de nuevos diseños físicos que evitan el derrumbe de los obsoletos ante las primeras solicitudes grupales, sino de toda la formación nueva, de los recursos humanos:

¿Será posible cambiar toda la atención clínica del individuo, por una concepción grupal y social? ¿Cambiar la anamnesis "abierta y largamente conversada", el examen físico y los exámenes complementarios "de rutina", y la receta "múltiple", por una atención grupal de "prioridades" de "riesgo", con estricta "normatización" y "referencia" para los casos especiales?

La investigación en grupos poblacionales se caracteriza básicamente por lo siguiente:

A. En cuanto al nivel empírico y tecnológico:

- a. Por tener un problema definido, con variables precisas y operacionalizadas de manera clara.
- b. Por partir de normas diagnósticas y terapéuticas escogidas, simplificadas para el filtrado (screening) y respaldadas bibliográficamente.
- c. Por conocer la repetibilidad y validez de las pruebas o instrumentos.
- d. Por filtrar (screening) selectivamente buscando precisión y economía, lo cual retroalimenta los puntos anteriores.

B. En cuanto al nivel teórico:

- a. Por responder a un planteamiento hipotético previo.
- b. Por remitir procesos científicos multidisciplinarios.

C. En cuanto a la participación poblacional:

- a. Por ser una participación activa, alegre, "social".
- b. Porque el problema de salud-enfermedad es sentido de manera colectiva: "en grupo la gente se siente más segura".
- c. Porque la comunidad participa de manera natural con sus propias características: sus líderes, costumbres, inquietudes.

D. En cuanto a los profesionales de la salud:

- a. Por hacer vivencia la interdisciplinariedad: una teoría común y una gran diferencia en la división del trabajo para la especialidad técnica.
- b. Por tornar realidad el "equipo de salud" con participación democrática e igualitaria de cada quien según sus capacidades.
- c. Por estructurar el grupo, con responsabilidades para cada quien, con autoridad y disciplina.

¿Es posible que estos elementos de investigación modifiquen la atención médica en el sentido de cambiar la estructura física de los servicios y transformar la educación médica desde una atención individual hacia una atención de grupos?

La abarrotada consulta ambulatoria de cualquier centro urbano de salud podría ser técnicamente resuelta con el filtrado de prioridades, por ejemplo a cargo de auxiliares de enfermería (de corta y poco costosa formación) que examinen normatizadamente algunas prioridades: desnutrición, diarrea, respiratorias, etc. Así ellas harían de "clasificadoras" iniciales (normatizadas de tal manera que tengan una altísima sensibilidad, ojalá del 100%, aunque la especificidad fuera baja) refiriendo los casos y filtrándolos, por ejemplo:

- a. Desnutrición grave pasaría al médico, leve a enfermería (si fuera único diagnóstico), para complemento nutricional y seguimiento.
- b. Respiratoria grave o leve con desnutrición pasaría el médico, leve sin desnutrición a enfermería, para paliativo.
- c. Diarrea al servicio de rehidratación oral para enseñanza y tratamiento (Servicio ambulatorio a cargo de auxiliares con tiempo mínimo de enfermeras y médicos sólo para supervisión).

Las actividades urbanas de control y prevención, por ejemplo de respiratorias (o de cualquier otro problema epidémico) que afectan a grupos muy grandes de población, podrían ser también filtrados. No debería un médico atender la larga cola de niños con el clásico método clínico de atención individual, por brevísima que fuera la anamnesis, el examen físico de inspección, palpación, percusión, auscultación, exámenes complementarios, tratamiento, asuntos que, por otra parte, es imposible ponerlos en los formularios de la historia clínica, con el tiempo disponible. Una encuesta a los profesores, a los padres o los líderes podría detener a los sanos (primer filtrado) y ojalá incrementar a los enfermos para que fueran vistos en cola o en grupos simultáneos: con una hoja de listado de los pacientes con columnas para los síntomas y signos claves (Hoja de recolección de datos de una investigación) en un segundo filtrado de acuerdo a la normatización. El tercer filtrado sería el de los exámenes complementarios para entregar finalmente los siempre escasos medicamentos sólo a los casos comprobados.

Esta última metodología es también recomendable para aquellos médicos jóvenes que se quejan de que "nadie viene a la consulta".

Para las visitas "casa por casa" obviamente una hoja grupal de recolección de datos es más económica en tiempo, materiales y normatiza-

ción, y más manejable que una historia clínica. Unas cuantas hojas de aquellas, listadas en orden alfabético, y accesibles en el sistema de información y estadística, facilita por otra parte el llenado de los formularios diarios y consolidados, y permite trasladar fácilmente los datos, cuando el paciente llega de manera individual.

Las modificaciones en el proceso formativo exigen planteamientos más profundos. El primero sería la introducción del concepto de valores grupales o poblacionales, a través de la investigación, tanto para la Anatomía "de Vesalio" como para las "tecnológicamente modernas" Ciencias Fisiológicas. Numerosas placas de radiología con y sin contraste, o de tomografía axial computarizada o de ecosonografía, y múltiples resultados de exámenes de laboratorio, de electrocardio o encefalografía, podrían contribuir con los estudiantes a manejar en el contexto de valores poblacionales, aquellos límites objetivamente dialécticos entre la salud y la enfermedad.

En las materias preclínicas y clínicas el planteamiento se vuelve más claro y necesario: sólo la permanente práctica en múltiples casos permite un manejo cabal de la técnica. Cuando se propone mejorar la calidad de los datos clínicos mediante el control de la repetibilidad y validez de las técnicas e instrumentos, se escucha que "es contraproducente en los estudiantes porque los lleva a la agnosia", pero el argumento sólo muestra la falta de consistencia de la formación preclínica o clínica, determinada seguramente por la aplicación técnica e instrumental escasa, en pocos individuos, durante el proceso formativo.

La modificación arquitectónica de los servicios de salud para una atención grupal parece ciertamente lejana, pero no cabe duda que debe estar precedida por una profunda modificación de la concepción misma del proceso salud-enfermedad colectivo en las facultades de arquitectura y medicina, y obviamente primero en esta última, para proponer, a los especialistas en el manejo del espacio, qué es lo que queremos hacer y cómo.

BIBLIOGRAFIA

1. Fierro, R., and Hermida, C.: The clinical pattern of cretinism as seen in Highlands Ecuador, *Symposium on Endemic Cretinism*, Sain Ynz, California, USA, 1972.
2. Hermida, C.: *Crecimiento Infantil y Supervivencia*, Ed. E. Espejo. Quito, 1981.
3. Fierro, R., y Hermida, C.,: Efectos de la suplementación temprana de yodo sobre la inteligencia. *Actas de la IX Reunión Hispano-Lusa de Endocrinología*. Sevilla, Octubre 1972.
4. Hermida, C., y Fierro, R.: Yodo y desarrollo del lenguaje. *Actas del III Congreso Bolivariano de Endocrinología*. Caracas, 1971.
5. Fierro, R. y Hermida, C.,: Estudio longitudinal del desarrollo neuromotor en niños campesinos andinos de 0 a 4 años de edad. *Actas del II Congreso Español de Neuro-Psiquiatría Infantil*. Madrid, 1971.
6. Hermida, C.: Atención grupal de la morbilidad en Centros Urbanos, (en proceso).
7. Hermida, C.: Diagnóstico y tratamiento de la Leishmaniasis, (en proceso): CONUEP, 1985.
8. Hermida, C., y Fierro, R.: La dentición en los niños campesinos serranos. *Actas del I Congreso Odontológico Regional Andino*. Quito, 1970.
9. Hermida, C. y Estrella, R.: Desarrollo testicular en escolares. Galápagos. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas*, G: 32, 1981.
10. Hermida, C.: El Auxograma para el diagnóstico del crecimiento infantil y la desnutrición. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas*, 7: 14, 1982.
11. Hermida, C. y Molina, M.,: Diagnóstico de la desnutrición infantil, Galápagos. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas*, 6: 17, 1981.
12. Fierro, R. y Hermida, C.: Prevención del cretinismo y otros defectos asociados al bocio endémico mediante aceite yodado. *Revista Ecuatoriana de Medicina*, 7: 53, 1970.
13. Hermida, C. y Cevallos, R.: Difteria: Clínica, epidemiología y operación de los servicios. *Revista de Ciencias Biológicas*, CCE 1985.
14. Hermida, C.: El Método en Investigación y en Administración para la Salud. *Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Central, Quito, 1983*.