

Prevención y Atención Primaria en Salud Mental Infantil¹

MARIA ISABEL LIRA*

Resumen

El presente trabajo intenta, desde la perspectiva de la salud mental infantil, definir y caracterizar los principales aspectos de la atención primaria. Se revisan los planteamientos teóricos básicos (Conferencia de Alma-Ata, 1978) y se analizan en relación a un programa de estimulación temprana, experiencia que se ha intentado realizar en Chile, vinculada al Programa Materno-infantil. Se comenta qué elementos podrían explicar la distancia entre teoría y práctica y cómo éstos podrían orientar las acciones en el futuro.

Abstract

This paper attempts to illustrate, from the point of view of child mental health, the basic principles of primary health care. The main theoretical statements (Alma-Ata Conference, 1978) are reviewed and discussed in relation to an early stimulation program developed in Chile. Comments are made concerning the aspects that would explain the gap between theory and practice, and suggestions are given to improve future programs.

INTRODUCCION

La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, reunida en Alma-Ata (URSS) hace 15 años, emitió una declaración de diez planteamientos básicos (OMS, 1978), los que sin duda constituyeron un hito en las formulaciones sobre el tema. A partir de entonces, numerosos documentos publicados por la Organización Mundial de la Salud han intentado operacionalizar los principios formulados (OMS, 1979; OMS, 1982; OMS, 1984; OMS, 1988; OMS, 1991). En esta presentación se han seleccionado sólo algunos planteamientos que tienen especial relevancia para la comprensión de este enfoque y para la salud mental infantil.

CONCEPCION DE SALUD

La Declaración de Alma-Ata (OMS, 1978) formula en su primer artículo: "La Conferencia reitera firmemente que la salud, estado de completo

bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, es un derecho fundamental..." (p. 2). El primer comentario comparativo entre teoría y práctica que deseamos hacer apunta precisamente a la descripción que se hace de la salud. En la mayoría de los países latinoamericanos, si se revisan los programas de salud infantil, sus actividades, los profesionales que en ellos trabajan, la asignación de los recursos, etc., debería llegarse a la conclusión que el principio al cual adhieren es que la salud es el estado de completo bienestar físico. Los programas de salud mental son marginales, y en los demás programas se desconoce de hecho la interacción existente entre lo físico y lo psíquico. A este tema se refiere un Grupo de Estudios de la OMS (OMS, 1984) que señala que, en términos generales, hasta "el 20% de los pacientes que concurren a centros generales de salud en los países en desarrollo y en los desarrollados lo hace por síntomas psicológicos. Tales pacientes suelen quejarse de diversas molestias somáticas. Son sometidos a exámenes innecesarios y costosos. Además, como con frecuencia sus padecimientos no se diagnostican ni se tratan, acuden repetidamente a esos centros y por último los abandonan para intentar alguna otra forma de tratamiento" (p. 14). Agrega posteriormente: "Que el trabajador de salud sólo trate las manifestaciones físicas resulta ineficaz y es, por lo

¹ Conferencia expuesta en el XXIV Congreso Interamericano de Psicología. Santiago de Chile, 1993. Publicación autorizada por el Comité Ejecutivo.

* Psicóloga. CEDEP. Dirección: Román Díaz 26, Of. 63. Santiago, Chile.

tanto, un desperdicio de recursos, amén de ser inapropiado para las necesidades del paciente" (p. 23).

La investigación y el sentido común han entregado consistentemente, y a lo largo de décadas, información en relación a la interacción entre lo físico y lo psíquico. Ya en los años 40 el Dr. Spitz (Spitz, 1946) señaló que en los orfanatos, niños bien cuidados desde el punto de vista físico, se enfermaban y morían más que los que estaban en hogares, simplemente por falta de cariño. La intuición de Spitz se ha puesto a prueba en estudios experimentales, mostrando en incontables oportunidades que lo físico y los psíquico interactúan en el bienestar humano. Comprobadas son las relaciones entre depresión y disminución de la capacidad inmunológica; entre tensiones y colon irritable; entre angustia y problemas cardiovasculares; entre rechazo materno y mala absorción de los nutrientes, etc. Los resultados de las investigaciones se divulgan y, no obstante, los servicios mantienen en su mayoría una orientación marcadamente organicista. Cuando se diseñó y propuso en los años 70 el Programa de Estimulación Temprana, la respuesta en muchas instancias fue: "Primero hay que evitar que los niños se desnutran, después se verá cómo estimularlos". Esta afirmación no se sostiene científicamente. Sin embargo, los programas materno-infantiles no han logrado superar, en forma significativa, este enfoque disociado. En el control de salud del lactante se suele incluir la evaluación del desarrollo psicomotor como expresión de una "atención integral", pero sus resultados quedan por lo general encapsulados y no se les utiliza como factores posiblemente participantes en las diarreas, enfermedades respiratorias, mayor vulnerabilidad general, etc. En otras palabras, en el control de salud y en gran parte de la atención prestada se han agregado ocasionalmente, más que integrado, algunas actividades relativas a la salud mental del niño.

Resumiendo lo señalado podríamos afirmar que la mayoría de nuestros servicios de salud son más bien servicios médicos y que los médicos han sido formados tradicionalmente en un enfoque marcadamente organicista. Los profesionales de salud mental han debido hacer grandes esfuerzos para ganarse un espacio digno en los servicios de salud y desgraciadamente su formación tampoco ha estado siempre a la altura de lo necesario.

El artículo primero de la Conferencia de Alma-Ata no sólo describe el concepto de salud, sino que la define como un derecho humano fundamental. Es decir, todo niño tiene derecho no sólo a no desnutrirse, no contraer infecciones, o no mo-

rir, sino tiene derecho a desarrollar al máximo su potencial emocional, social y cognitivo.

En 1972 un grupo de profesionales de salud mental intentamos introducir modificaciones al control de salud de los menores de dos años, con el propósito de llevar a la práctica la idea de considerar el bienestar psíquico del niño, una parte esencial de su salud, indisolublemente ligada a su bienestar físico. Las actividades que para ese efecto se diseñaron (procedimientos de evaluación y de intervención) fueron primero evaluadas en una experiencia piloto (Montenegro *et al.*, 1978) y posteriormente incorporadas en 1979 al Programa de Salud del Niño (Ministerio de Salud, 1979). A pesar de los años transcurridos desde su aprobación, la cobertura es todavía muy inferior a la de aquellas actividades que se refieren a aspectos físicos. Esto no es raro, ya que por lo general estas propuestas han sido aprobadas pero no se las ha respaldado con financiamiento para implementarlas.

Con una mirada optimista podría decirse que en Chile la evaluación del desarrollo psicomotor, actividad típica de prevención primaria en salud mental, aunque no siempre tenga la rigurosidad y la frecuencia deseables, se ha ganado un lugar en el control de salud de los niños. Pero, si se tiene una mirada realista hay que reconocer que esto no significa que a nivel de atención primaria las actividades reflejen la concepción de salud enunciada en Alma-Ata. Por tratarse de un derecho humano fundamental, el análisis de los factores que frenan el cambio es de gran importancia y la traducción de los principios en programas reales es de suma urgencia.

Teniendo como punto de partida la revisión crítica del concepto de salud a partir de lo que ocurre en la práctica, conviene avanzar hacia el análisis de la atención primaria.

Definición de atención primaria

La declaración de Alma-Ata (artículo V) establece que la atención primaria de salud es la clave para lograr que todos los pueblos del mundo alcancen en el año 2000 un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva.

¿En qué consiste esta atención primaria? La atención primaria es el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema de salud. Ha sido definida como la atención de salud esencial basada en tecnologías prácticas, científicamente fundadas, socialmente aceptables y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar (artículo VI).

En Chile la atención primaria de salud se desarrolla a través de consultorios y postas rurales con accesibilidad geográfica, financiera, cultural y funcional aceptables. Mientras en los comentarios iniciales se destacaron los sesgos de la formación médica que inducen a una atención parcializada, justo es criticar ahora las grandes deficiencias existentes en psicología, en términos de aportar "tecnologías prácticas, científicamente fundadas, socialmente aceptables y a un costo que la comunidad pueda abordar". La gran mayoría de los procedimientos de diagnóstico y tratamientos psicológicos son largos, complejos y realizables sólo por especialistas; es decir, no son prácticos para la atención primaria. Además de la concepción dualista del desarrollo, éste fue el segundo gran problema con que nos topamos al diseñar el Programa de Estimulación Temprana; las pruebas de evaluación del desarrollo disponibles eran largas, costosas y requerían ser aplicadas por especialistas. Los programas de estimulación tendían a proponer un trabajo en centros especializados a cargo de equipos multidisciplinarios.

Debimos partir por generar las tecnologías prácticas, rigurosas y baratas que la atención primaria requería. La rigurosidad debe mantenerse en el proceso de simplificación. Lamentablemente, en muchas ocasiones se intenta simplificar un procedimiento (por ejemplo: selección de ítems de un test de desarrollo para construir un tamizaje de retraso psicomotor), pero no se utilizan los procedimientos científicos requeridos en psicometría para pasar de un test de diagnóstico a uno de "screening". Además, sabemos que si las tecnologías psicológicas disponibles fueran socialmente aceptables, muchas veces no lo son por su costo, serían accesibles no sólo para una minoría sino para la población general.

A partir de los comentarios formulados es posible visualizar las carencias de la tecnología psicológica en relación a la atención primaria. Si se nos abrieran de par en par las puertas en los consultorios de salud, si los programas decidieran entregar una atención realmente integrada, es probable que los psicólogos tuviéramos que lamentar el tener poco que ofrecer. En Chile, en lo que se refiere a la atención del preescolar, hemos desarrollado, por ejemplo, un tamizaje (Lira, 1992; 1993); una escala de evaluación del desarrollo psicomotor para el período 0-2 años (Rodríguez, Arancibia & Undurraga, 1974); un inventario para detectar problemas socioemocionales entre los 3 y los 5 años (Rodríguez, Lira, Arancibia & Bralic, 1992); un test de desarrollo psicomotor: 2-5 años (Haeussler & Marchant, 1985), y programas educativos para prevenir retrasos del desarrollo desde el nacimiento

hasta los 5 años (Montenegro *et al.*, 1978; Haeussler, Izquierdo & Rodríguez, 1990), todos utilizables en atención primaria porque cumplen con los requisitos señalados en el artículo VI. Pero esto no es suficiente y, obviamente, falta mucho por hacer. Cada país debiera revisar las patologías más prevalentes en la población infantil, preguntándose frente a cada una de ellas: *¿Cómo se pueden prevenir a nivel primario?, ¿cómo se pueden detectar tempranamente? y ¿cómo se pueden tratar a nivel primario antes de referir al especialista?*

Una iniciativa interesante es la que fue presentada por la Unidad de Salud Mental del Ministerio de Salud en noviembre de 1991 (De la Barra *et al.*, 1992). Se revisó el Programa del Niño y del Adolescente, definiendo para cada actividad los componentes de salud mental que habría que integrar. Sin recursos, la propuesta quedará en el papel, pero al menos en forma teórica ofrece un camino a recorrer.

LA SALUD: TAREA DE MUCHOS SECTORES

Aunque la visión integradora de la salud estuviera encarnada en todos los servicios, disponiendo de tecnologías prácticas, científicamente fundadas, socialmente aceptables y de costo moderado, la salud no sería un logro posible sin la intervención de otros sectores sociales y económicos. Por ejemplo, clara es la relación entre diarreas y suministro de agua potable; entre enfermedades respiratorias y contaminación ambiental; entre retardo del lenguaje y nivel socioeconómico, etc. Para disminuir la incidencia de estas patologías, el sector salud necesita coordinarse con otros sectores. Ni la atención clínica, a nivel secundario, ni la atención primaria lograrán disminuir la prevalencia de los problemas de salud mental, si no se define la influencia de determinantes ajenos al sector salud, coordinando con ellos acciones preventivas. En relación al desarrollo psicomotor de los preescolares, estudios efectuados en Chile (Bralic *et al.*, 1989; Lira, 1993) han mostrado asociaciones entre retraso psicomotor y baja escolaridad de los padres (educación), bajo ingreso (economía), promiscuidad (vivienda), etc., por nombrar algunos. En otras palabras, es importante que el sector salud evalúe periódicamente el desarrollo psíquico de los niños y lleve a cabo programas de estimulación. Pero, paralelamente a esto ha de intentarse que esos niños lleguen a crecer en una vivienda digna, con posibilidades mínimas de juego y exploración; que sus padres reciban un ingreso que les

permita vivir sin tensiones permanentes, y que tengan un nivel educacional suficiente para apoyar en forma adecuada su desarrollo. Sólo así se logrará prevenir real y establemente los retrasos ahora observados.

Pareciera obvio que todos los países deben intentar mejorías económico-sociales. Menos obvio ha resultado en la práctica que los profesionales de salud mental estudien, informen y denuncien los daños en la salud producidos o potenciados por condiciones económico-sociales específicas. En otras palabras, el psicólogo, psiquiatra, etc., ha de preguntarse frente a cada patología de prevalencia significativa: *¿Qué debo solicitar, y a qué sectores, para que este daño no siga produciéndose?* Desgraciadamente, la formación de los psicólogos ha priorizado no sólo el enfoque curativo por sobre el preventivo, sino también el unisectorial por sobre el multisectorial.

Es importante destacar que los efectos de las relaciones intersectoriales son recíprocas. Tal como lo señala el documento de Alma-Ata, cuando mejoran las condiciones socioeconómicas mejora la salud, y cuando mejora la salud mejoran las condiciones socioeconómicas. Esto significa que el gasto directo o indirecto en salud tiene un retorno importante. Debe considerarse, por tanto, más que un gasto, una inversión.

COBERTURA TOTAL Y FOCALIZACIÓN

Es frecuente encontrar en el área de salud mental programas creativos y de buena calidad para resolver distintos problemas: comunicación, asertividad, estimulación de funciones básicas, etc. Pero cuando ellos se aplican, su cobertura en términos de la población general suele ser mínima. Más aún, los que se benefician no son siempre los que más necesitan ayuda. En oposición a esto, lo que caracteriza la atención primaria es que debe ser de cobertura total, atribuyendo prioridad a las necesidades de los más expuestos y los más desfavorecidos. En Chile, el control del niño sano y el programa de inmunizaciones son, por ejemplo, actividades de cobertura total (95% aprox.). Aprovechando el hábito que las familias tienen de llevar a sus hijos a este control de salud y la frecuencia con que lo hacen, se propuso hace 15 años incorporar a dicho control la evaluación del desarrollo psicomotor de los lactantes. No obstante, la cobertura de esta actividad ha sido insuficiente, alcanzando en el mejor de los casos un 54% (Lira & Gálvez, 1988).

El control de salud sin evaluación del desarrollo psicomotor demanda 15 minutos. La evaluación

del desarrollo toma 10 a 15 minutos adicionales, lo que supone duplicar los recursos en términos de horas de atención. Esto es obviamente un problema. Frente a él hay dos alternativas que se pueden conjugar: por una parte, simplificar los procedimientos, y por otra, focalizar la atención hacia los niños de mayor riesgo. Con este propósito hemos diseñado una técnica de tamizaje (2-3 minutos) mucho más breve que la Escala de Evaluación disponible y que podría constituir un primer filtro, restringiendo las evaluaciones sólo a los casos dudosos (Lira, 1992; 1993). Por otra, se ha intentado evaluar algunos factores de riesgo de fácil detección con el objeto de permitir la focalización de la atención hacia los niños más expuestos. Ejemplo: niños hijos de madres o padres con menos de 4 años de escolaridad, hijos de madres afeadas, niños con bajo peso de nacimiento, etc. (Lira, 1994). Cuando no se sigue este criterio de cobertura y focalización se pueden reportar muchas actividades, pero por lo general no se logra impacto en los indicadores de salud. Desgraciadamente, esto ha ocurrido en cierta medida con el Programa de Estimulación Temprana (Lira & Gálvez, 1988).

LA PARTICIPACION DE LA COMUNIDAD EN SALUD

La Declaración de Alma-Ata (artículo VII, 5) señala que la atención primaria requiere y "fomenta la responsabilidad y la participación de la comunidad y del individuo en la planificación, la organización, el funcionamiento y el control de la atención primaria, sacando el mayor partido posible de los recursos locales y nacionales y de otros recursos disponibles, y con tal fin desarrolla mediante la educación apropiada la capacidad de las comunidades para participar" (OMS, 1978, p. 5).

Las comunidades se componen de personas que viven juntas en una u otra forma de organización y cohesión sociales. Obviamente varían mucho en cuanto a su magnitud y perfil socioeconómico. El fundamento de la participación es que la confianza en el propio esfuerzo y la conciencia social son factores clave en el progreso humano. La idea es que la comunidad llegue a conocer mejor su propia situación, encuentre incentivos para resolver sus problemas y se constituya en agente de su propio desarrollo en vez de beneficiaria pasiva de ayuda. La participación de la comunidad debiera darse en la planificación (selección de prioridades), la ejecución y la evaluación de los programas. El sistema de salud tendría la función de explicar, asesorar y dar clara información sobre las consecuencias favorables y adversas de las actividades propues-

El personal de salud debería mantener con la comunidad un diálogo continuo para conocer sus opiniones, las razones de sus puntos de vista, sus aspiraciones y su organización. El diálogo permitiría que el grupo fuera asumiendo que la salud no sólo es un derecho, sino además una responsabilidad de todos.

La participación de la comunidad requiere una política nacional que no sólo no reprima su organización sino que la promueva, estableciendo los mecanismos de coordinación en los distintos niveles administrativos, aprobando legislaciones pertinentes y aportando recursos humanos, materiales, técnicos y financieros (OMS, 1978). Hasta aquí los aspectos teóricos.

En la práctica, la participación de la comunidad, tal como se ha descrito, no ha logrado concretarse en ningún país de América Latina en términos significativos. Las experiencias más frecuentes se refieren a la participación de agentes de salud: personas de la comunidad que son capacitadas para colaborar en forma gratuita en los programas de salud elaborados por los técnicos. Debe señalarse que incluso esta primera aproximación no ha estado exenta de conflictos. La incorporación de agentes comunitarios a los programas de salud, sin mayores consideraciones, suele generar problemas institucionales, conflictos de roles e incluso rechazo de la población. Resulta evidente que cambios de esta naturaleza, que resultan a veces amenazantes porque acarrear redistribución del poder, no pueden improvisarse.

En Chile, durante los diecisiete años del gobierno militar, no hubo participación comunitaria en salud. Es más, un estudio sobre desarrollo infantil en una muestra representativa de familias pobres de Santiago finalizado en 1989 (Bralic *et al.*, 1989) reveló que, excluyendo las comunidades religiosas y los clubes deportivos, la participación de los varones en alguna actividad comunitaria era inferior al 3% y en las mujeres no llegaba al 7%. Como parte de ese mismo estudio se intentó reunir a grupos de pobladores para informar y discutir los resultados obtenidos en cada sector, acerca del desarrollo de los niños; esto, por considerar que la información es un primer paso para la toma de conciencia. De 290 invitados personalmente a asistir a los distintos talleres, se logró una asistencia de 28 personas. El análisis de ese fracaso llevó a una reflexión que intentó explicar la falta de participación. Los argumentos más plausibles fueron: temor (derivado de experiencias directas o percibidas de represión política), cansancio (explicable por la lucha diaria para sobrevivir), estilo de vida que fomenta el individualismo y experiencias grupales previas negativas, entre otros.

Las dificultades descritas no pretenden generar escepticismo en torno a la participación comunitaria; muy por el contrario, para resolver las dificultades que han impedido progresar en algo que se considera fundamental, el primer paso es reconocerlas.

En este ámbito, los psicólogos pueden hacer un aporte específico. Tal como se señala en un informe de la OMS (1984): "Las ciencias del comportamiento sirven no sólo para hacer más eficaz la atención general de salud, sino también para robustecer el desarrollo de la comunidad en todos sus aspectos. Aunque esta función no corresponde únicamente a los profesionales de salud mental, en países donde los recursos escasean se puede recurrir a estos profesionales a fin de que apliquen su experiencia en las ciencias del comportamiento a terrenos ajenos al de la atención psiquiátrica..." (p. 25).

FORMACION DEL PERSONAL DE SALUD

Los programas son conducidos y desarrollados por personas; es en ellas donde radica parte importante del impulso o el freno a las actividades que se proponen. La Conferencia de Alma-Ata, con clara conciencia de la importancia de la capacitación del personal de salud, formuló entre sus recomendaciones: "Que los gobiernos emprendan o apoyen actividades de orientación y capacitación para todas las categorías del personal existente y revisen los programas para el adiestramiento de nuevo personal de salud de la comunidad; que el personal de salud (...) reciba una formación social y técnica y esté motivado para servir a la comunidad" (OMS, 1978, p. 31). Posteriormente, en el capítulo sobre aspectos operativos, se señala: "Las características de ese personal varían de uno a otro país y de una a otra comunidad, en función de las necesidades y de los recursos disponibles para atenderlas. Así pues, en diferentes sociedades puede haber en ese personal individuos muy poco instruidos que han recibido una preparación elemental en asistencia sanitaria." (p. 71). En cuanto a los profesionales, se señala que sus funciones aumentarán "por el hecho de que habrán de aplicar sus conocimientos técnicos tanto a la solución de los problemas de salud (...) como a la orientación, la enseñanza y la supervisión del personal de salud que trabaje en las comunidades (...). En consecuencia, además de sus funciones técnicas tendrá funciones sociales y docentes..." (OMS, 1978, p. 73).

En términos generales es posible afirmar que las actitudes y la formación técnica que se imparte

a los psicólogos es, al menos en nuestro país, funcional a la atención secundaria. Los egresados pueden trabajar en servicios especializados de salud mental y asumir con cierta destreza estudios de diagnóstico o tratamientos. En los servicios públicos la demanda suele ser muy superior a la oferta de atención; razón por la cual las sesiones son más cortas que lo deseable, o menos frecuentes. En los sectores populares, barreras culturales limitan además las posibilidades de uso de las tecnologías aprendidas. Atrapado en esa realidad, el psicólogo intenta rescatar cierta satisfacción de los resultados positivos que obtiene en algunos casos individuales; pero la mayoría de las veces termina frustrado por la falta de impacto de su quehacer y por el aislamiento en que trabaja. Esto pone en evidencia que la atención secundaria no puede sustentarse sin la atención primaria. Sin duda, habrá siempre profesionales que por las necesidades del sistema y por su vocación personal trabajarán en la atención secundaria. Sin embargo, incluso ellos debieran tener una formación en atención primaria con objeto de lograr una integración eficiente con el primer nivel de atención.

Así, el psicólogo de un servicio de salud mental que atiende, por ejemplo, niños referidos por trastornos del aprendizaje debiera: contribuir a partir de su experiencia a mejorar los criterios de referencia desde el nivel primario; individualizar los procedimientos de diagnóstico y tratamiento que son delegables a personas no especializadas; identificar los antecedentes que aparecen con mayor frecuencia en los niños afectados para orientar la prevención, etc. Cuando se carece de la formación que permite ver los fenómenos en una perspectiva más amplia, la atención se torna puntual, no produce impacto en los problemas de salud (disminución de la incidencia), tornando el quehacer si no frustrante al menos poco eficaz. Desde este punto de vista, todo psicólogo, cualquiera sea el nivel en que desee ejercer, debiera tener una sólida formación básica en salud pública.

Para trabajar en atención primaria la formación que reciben los psicólogos es por lo general muy deficiente. Entre los aspectos a reforzar estarían al menos los siguientes:

- Actitud de respeto por la creencias, intereses y prioridades de la comunidad en que se trabaja. La formación universitaria, y muy especialmente la que se imparte en las carreras de la salud, se ha dado asociada con frecuencia a actitudes autoritarias y arrogantes que se expresan con mayor facilidad en el trabajo con grupos pobres.
- Genuina preocupación y actitud de servicio hacia los grupos más vulnerables. Estos grupos suelen ser los más marginales, los menos motivados y los menos colaboradores. Los profesionales tienden a atribuir los fracasos a la población atendida; pero con frecuencia su respuesta no es la esperada porque buscan a veces sin clara conciencia servirse de las personas para sus estudios o planes personales más que responder a las necesidades de la comunidad.
- Entrenamiento para incorporarse productivamente a grupos multidisciplinarios. Todas las profesiones tiene un vocabulario y un enfoque que les es propio; pero en Psicología esto suele acentuarse de manera que la comunicación y el trabajo conjunto se hacen difíciles.
- Conocimientos para generar e interpretar cifras de salud. La formación en estadística suele ser buena, pero no siempre egresan los psicólogos con destrezas para aplicar estos conocimientos en salud pública.
- Conocimientos sobre planificación y evaluación. Lo básico es que estos conocimientos sean aplicables no sólo a nivel de acciones individuales sino de grandes grupos de población.
- Entrenamiento para capacitar y supervisar a personal colaborador. El psicólogo o psiquiatra que trabaja en atención primaria debe saber transmitir sus conocimientos con distinto grado de complejidad a los profesionales, técnicos y personas de la comunidad. Tal como lo señalara en sus recomendaciones el Comité de Expertos de la OMS, en la Organización de Servicios de Salud Mental: "El personal especializado en salud mental deberá dedicar sólo una parte de su jornada laboral a la asistencia clínica de los pacientes y reservar la mayor parte de su tiempo para la formación y supervisión del personal no especializado, que habrá de encargarse de la atención básica de salud mental de la comunidad" (OMS, 1975, p. 8).

A lo largo de más de 15 años hemos trabajado con egresados de psicología y hemos observado las deficiencias descritas; pero, al mismo tiempo, hemos constatado que un porcentaje de ellos tiene una fuerte vocación de servicio y una gran motivación por formarse adecuadamente para trabajar en atención primaria. La creación de departamentos de salud pública en nuestras escuelas de psicología es una tarea que nos espera.

COORDINACIÓN ENTRE LOS DISTINTOS NIVELES DE ATENCIÓN

Al definir la atención primaria se señaló que era el primer nivel de contacto de la gente con el sistema de salud. En este nivel la cobertura es total y la complejidad de los problemas que se atienden es baja. Cuando éstos no pueden ser resueltos es necesario que existan niveles en los cuales se preste atención de mayor complejidad para referir allí los casos que proceda. Siempre habrá una proporción de consultas que requerirán una tecnología más elaborada que la que puede proporcionarse en el nivel de la comunidad. Estos niveles (secundario o terciario) deben estar coordinados y deben establecer con claridad el procedimiento de referencia para cada uno.

Es evidente que no tendría sentido desarrollar, por ejemplo, a nivel primario un programa de detección precoz del cáncer si no hubiera centros para tratar los casos detectados. Igualmente, no tiene sentido invertir una cantidad importante de recursos en evaluar el desarrollo psicomotor de los niños si no hay lugares para tratar aquellos que tengan retrasos. Esto último ha ocurrido (Lira & Gálvez, 1988) y desgraciadamente sigue ocurriendo en nuestro país.

Porque las condiciones que afectan la salud son cambiantes al igual que el perfil epidemiológico de una población, las relaciones entre los niveles de atención deben ajustarse permanentemente.

COMENTARIO FINAL

A sólo siete años del año 2000, fecha propuesta para alcanzar la "salud para todos", es poco probable que se logre en todos los países y para la población general un nivel de bienestar físico, mental y social que permita a cada uno llevar una vida social y económicamente productiva. Pero sí es posible consolidar un sistema de salud que permita acercarse cada vez más a esa meta. La lógica y también la experiencia acumulada indican que dicho sistema requiere un primer nivel de atención masivo, asequible a toda persona y cuya acción primordial es prevenir, detectar precozmente y tratar todos los problemas simples: el nivel de atención primaria. El sistema se complementa con niveles de atención más complejos, a los cuales son derivados los casos que el primer nivel no pudo resolver. Desde el punto de vista de la salud mental ha habido aportes y progresos significativos en los niveles secundario y terciario, pero

existe un déficit, una deuda en lo relativo a la atención primaria que engloba carencias en la investigación, en la formación y en la atención prestada. No será posible avanzar si no se abordan estos tres frentes en forma coordinada.

BIBLIOGRAFÍA

- Bralic, S. et al. (1989). *Estrategias de alimentación, crianza y desarrollo infantil*. Santiago de Chile: CEDEP.
- De la Barra, F. et al. (1992). *Propuesta de un programa nacional de desarrollo de la atención en salud mental infante juvenil en los servicios de salud*. Santiago de Chile: Documento de trabajo, Ministerio de Salud, Departamento de Programas.
- Haeussler, I.M., Izquierdo, T. & Rodríguez, S. (1990). *Aprendiendo a crecer como persona. Guía de actividades para la educación parvularia, Tomos I, II, y III*. Santiago de Chile Universidad Católica de Chile.
- Haeussler, I.M. & Marchant, T. (1988). *Test de Desarrollo Psicomotor 2-5 años (TEPSI)*. Santiago de Chile: Universidad Católica.
- Lira, M.I. & Gálvez, G. (1988). El programa de estimulación precoz: diez años después de una experiencia piloto. En M. Cusminsky, E. Moreno & N. Suárez-Ojeda (Eds.), *Crecimiento y desarrollo, 510*. Washington: Publicación Científica de la OPS.
- Lira, M.I. (1992). Construcción y evaluación de una técnica de retrasos del desarrollo psicomotor (segundo año de vida). *Rev. Chil. Pediatría* 63, 159-165.
- Lira, M.I. (1993). Construcción y evaluación de una técnica de tamizaje de retrasos del desarrollo psicomotor (primer año de vida). *Revista Chilena de Psicología*, 13, 15-22.
- Lira, M.I. (1994). Factores de riesgo para el desarrollo psicomotor del lactante de nivel socioeconómico bajo. *Revista Chilena de Pediatría* (en prensa).
- Ministerio de Salud (1979). *Programa de salud del niño y del adolescente*. Santiago de Chile.
- Montenegro, H. et al. (1978). Programa piloto de estimulación precoz para niños de nivel socioeconómico bajo entre 0 y 2 años. En S. Bralic et al., *Estimulación Temprana*. Santiago de Chile: UNICEF/CEDEP.
- Organización Mundial de la Salud (1975). *Organización de servicios de salud mental en los países en desarrollo*. Serie de Informes Técnicos, 564.
- Organización Mundial de la Salud (1978). *Atención primaria de salud*. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud realizada en Alma-Ata, URSS.
- Organización Mundial de la Salud (1979). *Formulación de estrategias con el fin de alcanzar la salud para todos en el año 2000*.
- Organización Mundial de la Salud (1982). *Séptimo programa general de trabajo para el período 1984-1989*.
- Organización Mundial de la Salud (1984). *Glosario de términos*.
- Organización Mundial de la Salud (1984). *Atención de salud mental en los países en desarrollo: análisis crítico de los resultados de las investigaciones*. Serie de Informes Técnicos, 698.
- Organización Mundial de la Salud (1988). *Octavo programa general de trabajo para el período 1990-1995*.

Organización Mundial de la Salud (1991). *De Alma-Ata al año 2000*.

Rodríguez, S., Arancibia, V. & Undurraga, C. (1992). *Escala de Evaluación del Desarrollo Psicomotor: 0 a 24 meses (EEDP)*. Séptima edición. Santiago de Chile: Galdoc.

Rodríguez, S., Lira, M.I., Arancibia, V. & Bralic, S. (1992). Inventario de problemas conductuales y socioemocionales: 3-5 años (IPCS). *Rev. Chil. de Psic.*, 3, 33-40.

Spitz, R. A. (1946). Hospitalism: a follow-up report. *Psychoanalytic Study of the Child*, 2, 113-117.