

SIMPOSIO

FORMACION DEL PERSONAL PROFESIONAL Y AUXILIAR DE LA SALUD: EL EQUIPO DE SALUD *

I INTRODUCCION

JOSÉ LAGUNA †

Hasta la fecha, el esfuerzo en el adiestramiento de profesionales para la salud se ha dirigido casi exclusivamente a la formación de médicos. En nuestro país, en 1970 se registraron poco más de 34 000 médicos; a partir de ese año se han graduado en nuestras escuelas más de 3 000 médicos por año y de hecho en 1975 se ha alcanzado la cifra de 6 000 graduados; es factible que existan al momento entre 50 000 y 55 000 médicos en el país. Entre 1980 y 1983, los años correspondientes a los ingresos actuales de 16, 18 y aun 20 000 estudiantes a primer año de medicina en más de 50 escuelas, es posible que se gradúen de 10 000 a 12 000 médicos por año.

Por otra parte, se sabe que este número creciente de médicos no ha aumentado la cobertura de servicios de salud, ni los ha hecho más asequibles a las grandes comunidades rurales o marginadas, ni menos aún se ha reflejado en una mejoría de los indicadores de salud, como las tasas de mortalidad perinatal; lo que sí ha ocurrido es una concentración excesiva de profesionales en las grandes ciudades, que ha influido en el deterioro académico, profesional y aun ético del ejercicio de la profesión y una "profesionalización"

de los servicios que son impartidos a alto costo y aun ineficientemente por médicos, que tradicionalmente tienen un enfoque individual, curativo y especializado típico de carácter hospitalario.

Estas circunstancias inciden sobre las escuelas de medicina, que no se sustraen fácilmente a la presión y las demandas, y aceptan números crecientes de estudiantes fuera de toda relación con los planes de salud, sólo para satisfacer a los jóvenes que desean hacerse médicos para ejercer la práctica privada y resolver sus problemas personales.

Por otra parte, en los últimos años se han definido dos conceptos de tipo administrativo de la mayor importancia: 1) el de que la atención de la salud puede impartirse en niveles progresivos de complejidad, desde el cuidado primario al terciario, y que, 2) además es posible regionalizar los servicios. En consecuencia, se ha aceptado que ante los problemas de menor complejidad en todo lo que se refiere a la promoción de la salud, a la prevención primaria y la protección específica, así como en buena parte de las acciones del contacto primario, a nivel diagnóstico y terapéutico, es posible responsabilizar a personal de tipo medio y auxiliar; tal concepto quedó fijado claramente en las conclusiones de la III Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas, en Santiago de Chile, en 1972 y dice: "hemos destacado la prioridad

* Presentado en sesión ordinaria de la Academia Nacional de Medicina, el 19 de noviembre de 1975.

† Académico titular.

que le asignamos a personas y comunidades que carecen hoy de toda atención, o lo que es más grave aún, no tienen acceso a la misma. Con plena conciencia de la situación y de la calidad de los problemas, postulamos la urgencia de entregar a auxiliares capacitados con adecuada supervisión profesional, las responsabilidades compatibles con su experiencia. Con ello responderíamos al sentido social humanitario de nuestro cometido". Destaca en tal conclusión la importancia de la "adecuada supervisión del personal técnico y auxiliar". De aquí se deriva el moderno concepto del equipo de salud formado por elementos auxiliares, técnicos y profesionales, ubicado en un sistema de atención progresiva y regionalizada, con adecuada intercomunicación entre los diversos niveles y con adecuada supervisión del personal técnico y auxiliar. Hemos dado el gran cambio, de la idea de una medicina impartida por médicos a la atención de la salud vigilada por el personal idóneo integrado como equipo de salud. Sólo así podremos dar servicios de contacto primario racionales y a costos adecuados, ya que cuando se basan en médicos resultan totalmente inoperantes, sobre todo en las zonas rurales o marginadas. Los estudios y las observaciones realizadas en países donde se inicia este tipo de acciones demuestran el alto rendimiento del sistema.

El adiestramiento de números crecientes de personal para la salud a nivel medio y auxiliar obliga a dar al profesional médico una responsabilidad hasta ahora no compartida y por ende, a recibir un adiestramiento hasta la fecha no recibido: el de su capacitación para trabajar como miembro y habitualmente como líder del equipo de salud dentro de sistemas jerarquizados y regionalizados.

Es obvio que nada de lo estipulado podría llevarse a la práctica si no se hacen cambios, incluso importantes, en las mismas estructuras de los servicios de atención de la salud; además cualquier tarea de formación de equipos de salud y de atención progresiva o regionalizada, debe tener en cuenta la disponibilidad de recursos del país y se deben aplicar políticas innovadoras que permitan la extensión de la atención de la salud para lograr una más amplia cobertura sin que ello signifique su dependencia de nuevas inversiones de capital ni en aumento de la capacidad física instalada, sino en una reasignación de funciones con base en la más amplia utilización de personal auxiliar.

Como un problema importante está el de la implementación de estas ideas para lo que se requiere la máxima coordinación entre las instituciones educativas, formadoras de personal y las organizaciones aplicativas, empleadoras del mismo, para que entre ambas realicen la planificación y la formación de los recursos

humanos y definan el grado de responsabilidad conjunta de cada tarea.

Procederemos ahora a abordar los distintos aspectos esbozados en esta introducción: el de los componentes y la formación del equipo de salud, su posible aplicación en el campo y en los sistemas institucionales, el asunto de la jerarquización y regionalización de los servicios y lo relativo a la integración de la docencia con el servicio.

II FUNCIONES Y TIPOS DE LOS MIEMBROS DEL EQUIPO DE SALUD

AVELINO LÓPEZ-MARTÍNEZ *

Hacer referencia a los problemas que plantea el equipo de salud, los miembros que lo integran y las funciones que les competen, debe considerarse en el marco general que corresponde a la utilización de los recursos humanos y a las modalidades de organización y propósitos de la administración de salud. De manera general, la política de personal en el campo de la salud depende, entre otros factores, del nivel de desarrollo económico del país, de las condiciones sociales, culturales, educativas, que son las que determinan el nivel de salud, así como la disponibilidad de recursos para su atención.

Basta recordar que todas las posibilidades de disponer de mano de obra técnica dependen de la estructura de la pirámide educativa del país y es a partir de ella que debemos estructurar nuestras consideraciones sobre el equipo de salud. En el estado actual de las disciplinas médico sanitarias, el equipo de salud se considera como el tipo de organización indispensable para el uso eficiente de los recursos y de las técnicas de que disponemos, considerando a éstas como el conjunto de elementos que actúan sobre la población para mejorar la salud.

Por consecuencia, la decisión que involucra la formación de un equipo de salud significa poner en marcha un proceso que conjugue aspectos técnicos y aplicaciones prácticas para dar a las acciones de salud el rigor y la eficiencia que les son indispensables.

Los cambios conceptuales en relación a la salud, el incremento en la demanda de servicios y el inusitado desarrollo de la ciencia y la tecnología, han dado lugar

* Escuela de Salud Pública. Secretaría de Salubridad y Asistencia.

a la aparición de un nuevo enfoque sobre el equipo de salud. Tradicionalmente al entenderse la definición del equipo de salud se ponía especial énfasis en su composición, tratando de señalar cuántos y cuáles profesionales y técnicos debían integrarlo, para obtener una fórmula en relación al número de habitantes.

Se trataba también de estructurar una unidad mínima que pudiera funcionar como equipo de salud y se consideraba como tal a la integrada por el médico, la enfermera y el oficial sanitario.

La experiencia sobre el trabajo de estos y otros grupos muestra con frecuencia que sus funciones son consecuencia de la tradición y que sus actividades se desarrollan sin la conexión adecuada entre los miembros del equipo, además de que su formación y responsabilidad no corresponden a los problemas y necesidades que es preciso atender.

Mientras que en los últimos decenios fuimos testigos de un progreso sustancial en la organización y posibilidades de las instituciones de salud, no ocurrió lo mismo con los recursos humanos que son el componente más valioso de este proceso. Se partió del principio de que la responsabilidad de proporcionar servicios conduciría por sí misma a la selección del número y calidad de profesionales necesarios para el cumplimiento de tales responsabilidades. No se tuvo presente que el personal no actúa en el vacío, desconectado de los problemas concretos de las comunidades, del nivel de desarrollo económico ni de la naturaleza y características de la demanda social.

Como ocurre a menudo, los esfuerzos se orientaron siguiendo modelos de otros países; se trató de imitar sin tomar en cuenta la realidad del país, en lugar de crear de acuerdo con ella. De un tiempo a esta parte han surgido circunstancias y condiciones que aconsejan modificar estos conceptos. En primer término, la complejidad de los problemas de salud ha hecho necesario incorporar a otros profesionales preparados en disciplinas como la economía, la sociología, la antropología, la ingeniería, y otras.

Por otra parte, cada vez resulta más exigente la necesidad de utilizar personal para el desempeño de tareas que el desarrollo de la tecnología hace indispensables, además de que con el paso del tiempo se torna más clara la idea de que la salud debe abordarse con acciones integrales que comprendan la promoción, la prevención y curación, a través de instituciones que por su naturaleza son depositarias de cuantiosos recursos y deben dar cuenta de que sus resultados sean congruentes con los esfuerzos que el país realiza. Esto, a su vez, exige disponer de equipos con personal experto en administración, computación de datos, planificación, contabilidad y otras tareas.

Visto el problema en estos términos, surge la idea de que en el equipo de salud deben estar comprendidos todos los profesionales y técnicos que tienen responsabilidad en la atención de la salud. Reconociendo que hay sectores a los que corresponde específicamente la realización de actividades de salud, es necesario delimitar operativamente a quiénes corresponde esta responsabilidad.

Un elemento de ayuda es considerar que la atención a la salud se realiza en los más diversos lugares y circunstancias; centros urbanos, comunidades rurales, fábricas, escuelas, grandes y pequeños hospitales, consultorios externos, centros de salud. En fin, en todos aquellos sitios donde vive y trabaja el hombre. Al mismo tiempo, los problemas por resolver son distintos de un lugar a otro y la cultura y economía de las comunidades son también diferentes.

Por todo ello, resulta evidente que no pueden señalarse esquemas rígidos sobre los tipos de personal que deben formar el equipo o equipos de salud. Su integración ha de ser consecuencia, en cada lugar, de la naturaleza de los problemas, de los recursos disponibles y de los programas que se formulen. Debe ser también consecuencia del nivel que tomemos en consideración y de las actividades específicas que deben desarrollar sus componentes. En las áreas urbanas donde los servicios de salud disponen de mayores recursos, el equipo puede reunir profesionales en número y especialización que se acerquen a un óptimo, en tanto que en las zonas rurales el equipo puede constituirse con uno o dos auxiliares.

También se entiende que la actividad específica a desarrollar determina la presencia de algunas disciplinas en el equipo. Así, un psicólogo es necesario para un trabajo eficiente en un equipo responsable de la salud de los escolares. En la misma forma, cuando se reúnan los directivos para contabilizar sus programas, también están constituyendo un equipo de salud, de la misma manera que lo constituye el personal de consulta externa o quienes tienen la responsabilidad de la atención a la salud en otras circunstancias.

En consecuencia, podríamos decir que los equipos de salud no pueden definirse por quienes los integran, puesto que su formación depende de factores múltiples que en cada caso deben ser tenidos en cuenta, de acuerdo a los recursos humanos de que se disponga para llevar a cabo programas coherentes que respondan a las necesidades y a la realidad.

Parecería pues poco práctico describir quiénes deben integrar un equipo mínimo de salud como era la postura tradicional. Por el contrario, podríamos encarar el problema expresando que existen grupos de individuos que tienen la responsabilidad directa de las

actividades de atención a la salud; que estos grupos pueden o no constituir equipos según la forma en que se desarrolle su trabajo, es decir, pueden desenvolverse armónicamente, o por el contrario manejarse individual o anárquicamente sin sumar esfuerzos y aun obstruyéndose entre sí. En otras palabras la definición de equipo de salud no está dada por quienes lo integran, sino por su modalidad de trabajo, por la forma en que llevan a cabo sus actividades, por la relación recíproca que mantienen y por la medida en que se complementan sus objetivos.

La salud es un problema social. Por tanto, son la sociedad y sus instituciones las que deben actuar en la búsqueda de una organización que permita proporcionar servicios a toda la población y el desempeño eficiente y eficaz de las tareas que en el proceso de la salud se le asignen al personal.

Las funciones de los miembros del equipo de salud han de corresponder a los problemas que se presenten y ceñirse a los programas que en los distintos campos deben ponerse en operación. Las características y orientaciones de estas funciones rebasan esta presentación por su número y complejidad, pero comprenden la investigación, además de desarrollo de las múltiples tareas para la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención a los enfermos. Ante la responsabilidad de atender la salud de una población cada vez más numerosa, es preciso una revisión de los tipos de personal que deben integrar los equipos de salud considerando los distintos profesionales, técnicos y auxiliares en una relación de interdependencia, lo cual debe estar presente también en la formación, el perfeccionamiento y la capacitación de recursos.

La preparación de este personal constituye una ardua tarea para los responsables de hacer efectiva la política de salud y organizar la prestación de servicios con recursos siempre limitados.

De manera especial es preciso dar la debida atención al personal que ha de integrar el equipo de salud para la *asistencia primaria* ya que este personal es de importancia fundamental no sólo para satisfacer las necesidades de salud de la población sino para que ésta adquiera conciencia de la importancia de la salud y sume sus energías a la acción institucional.

Lo que también vale la pena considerar es que para el eficiente desarrollo de las funciones del equipo de salud será preciso proporcionar a sus integrantes los medios para su trabajo, educación continua, autoridad suficiente, establecer mecanismos para enlazar las acciones de contacto primario con niveles superiores y llevar a cabo una supervisión permanente y cuidadosa.

El Plan Nacional de Salud, formulado en 1974 con metas a cumplir a mediano y largo plazo, señala las

políticas nacionales para la formación de equipos de salud de acuerdo a las necesidades del país.

Si en los próximos años se da la debida atención a la estrategia que considera el Plan, México podrá atender la salud de toda su población, reducir sustancialmente la mortalidad y morbilidad, mejorar las condiciones adversas del medio, lograr una mayor educación y participación del pueblo, y aumentar la esperanza de vida.

Sólo así podría considerarse que las instituciones de salud están contribuyendo a que ésta represente un factor de avance en el contexto del desarrollo nacional, y sólo así podremos sentirnos satisfechos de que el compromiso del sector salud de crear las condiciones para un mayor bienestar, están siendo cumplidas.

III LA INTEGRACION DOCENCIA-SERVICIO COMO REQUISITO PARA LA FORMACION DEL EQUIPO DE SALUD

JOSÉ LAGUNA

En general, aceptamos sin grandes reflexiones que existe una conexión estrecha entre la enseñanza y el ejercicio de la medicina, es decir que existe una adecuada integración docencia-servicio, quizá en gran parte porque observamos que los estudiantes suelen ir a los hospitales y recibir allí sus clases por los propios médicos que tienen a su cargo las labores asistenciales; llegamos incluso a tener la impresión de que los objetivos y los principios de la enseñanza médica representan circunstancias paralelas a las de la atención de los enfermos. Sin embargo, un análisis más cuidadoso de la situación nos hace ver que este aparente entendimiento no existe sino en forma superficial e inconexa e inclusive podemos concluir que muchos de los problemas reconocidos en la práctica médica representan en realidad, limitaciones muy definidas en nuestro sistema educativo así como que muchos de los problemas de la enseñanza son el reflejo de graves deficiencias de nuestros sistemas de atención médica.

Como primerísimo factor disruptor de las relaciones entre la enseñanza y la asistencia, se encuentra la atención a números masivos de estudiantes, quienes son atendidos por médicos que tienen o simulan tener su compromiso mayor en la atención de los enfermos y limitan gravemente el tiempo que dan a los estu-

diantes. Las acciones médicas, las tareas de la salud, en forma última, constituyen situaciones personales entre el estudiante, el maestro y el enfermo (o la persona sana si tal es el caso), aun cuando se realice en el marco familiar y comunitario. Nuestra educación de masas con sistemas de ingreso muy abiertos, fomenta la admisión de alumnos mal preparados, lo que repercute en el precipitado reclutamiento de profesores mal adiestrados y poco interesados y facilita el establecimiento de una relación anónima entre maestros, estudiantes y enfermos, es decir provoca una grave despersonalización, antítesis misma de la acción de servicio. ¿Podremos hablar, en efecto, de integración docente-asistencial cuando todo se enfoca al verbalismo en las actividades teóricas y hay una flagrante falta de participación del estudiante en las acciones médicas?

Algunas características de los médicos en ejercicio, cuando actúan como maestros, restringen las posibilidades de un buen entendimiento entre lo que es la enseñanza y lo que son las responsabilidades asistenciales. Una característica se refiere al concepto que tienen la mayor parte de los médicos sobre lo que realmente es la medicina. Los médicos consideran su trabajo como el tratamiento episódico de enfermedades bien definidas; sólo lo que se clasifica como una enfermedad orgánica es un problema médico "verdadero"; el médico, incluso, llega a menospreciar el hecho de que el hombre forme parte inherente del problema patológico. Para la mayoría de los médicos no son problemas "verdaderos" la malnutrición, el abuso de las drogas, los problemas sexuales, las graves circunstancias que ocurren en la familia y el hogar de un enfermo, la atención del moribundo, etc. Imaginemos entonces la repercusión que tiene esta actitud del médico-profesor, cuando día a día estamos más conscientes de las obligaciones del médico en cuanto a la promoción de la salud, la educación de la sociedad, la atención de los aspectos sociales y de rehabilitación, la preocupación obligatoria por los problemas familiares y de la comunidad, etc.

Una característica de los profesores de clínica que tiene serio impacto sobre el adiestramiento de los estudiantes y que impide una buena relación docencia-servicio es el enfoque egocéntrico del médico, que se siente la figura central en la atención de la salud, al grado que tienden a trabajar separados de otros médicos. Su responsabilidad —el siempre acudir al llamado de quien necesita ayuda— aunque imprime un sello de grandeza a la medicina, es la razón del rechazo del médico a compartir su responsabilidad con otras personas. Piensa el médico que nadie puede dar atención adecuada de no ser un médico, sobre todo tratándose

de los actos secularmente consagrados, el diagnóstico y el tratamiento. Esto es grave pues se observan ahora crecientes tendencias a impartir la salud en niveles progresivos de complejidad, así como a la regionalización de los servicios que obliga cada vez más a delegar funciones en personal medio o auxiliar y a redefinir el papel del médico dentro del concepto funcional del equipo de salud, en contra de nuestro esquema tradicional que no enseña a nuestros alumnos, futuros médicos, a aceptar su capacitación como miembro del equipo de salud, dentro de sistemas jerarquizados y regionalizados. Esta característica, nuevamente, es índice claro de la separación entre la enseñanza de la medicina y el tipo de atención médica o para la salud que deben ofrecer nuestros sistemas.

Otros problemas dependen de la dificultad que tienen la mayoría de los médicos para enfrentarse a la ambigüedad o a la vaguedad que es la regla, más que la excepción, tratándose de medicina de contacto primario. Todos nos damos cuenta de que la autoestimación que tiene un médico de sí mismo y el propio respeto que le guardan sus colegas depende de lo que ese médico sabe y de las destrezas que domina. Es en realidad muy difícil para un médico identificar lo que no conoce y más aún tratar de remediar los problemas cuya causa íntima ignora; por tales razones los médicos prefieren abordar situaciones para las que se ofrece un camino muy claro de acción terapéutica, lo que equivale a estrechar las miras, a concretarse a lo obvio, en otras palabras, a especializarse. Se reduce la ambigüedad de los problemas, se "sabe más y más de menos y menos", se incrementa la seguridad en lo biológico pero se disminuyen las dimensiones humanas, psicológicas y sociológicas del problema. No podemos estar satisfechos de la integración docencia-servicio cuando nuestros planes de estudio, nuestros programas, y sobre todo nuestros profesores y los servicios están enfocados a la atención del problema especializado sabiendo que en un buen sistema de salud, la medicina de especialidades sólo debe existir sobre la base de una buena medicina de contacto primario, capaz de resolver la mayoría de los problemas a nivel preventivo, o de diagnóstico y terapéutica o de rehabilitación, pero sin olvidar por un momento su capacidad para enfrentarse a problemas individuales, familiares o comunitarios.

El aprendizaje de la medicina y la práctica de medicina deben basarse en el dominio de ciertos principios rectores relacionados con el problema de la salud. Uno de ellos nos hace ver el aprendizaje de la medicina como una actividad enfocada primordialmente a la salud de la comunidad; entre otros principios fundamentales se encuentran el de la esencia del hombre

como unidad indivisible; el concepto de comunidad; el bienestar integral del hombre; el crecimiento, el desarrollo y la reproducción de los seres humanos; la historia natural de la enfermedad; la relación entre el individuo y su ambiente como determinantes del equilibrio que llamamos salud o inclusive enfermedad; los servicios y los sistemas de salud; el papel del médico y del personal paramédico, profesional, técnico o auxiliar en la salud, etc.

Una lamentable deficiencia es que los estudiantes de medicina rara vez tienen una idea correcta de los conceptos señalados, entre otras razones porque nunca son sometidos al confrontamiento con experiencias reales y por lo tanto no pueden establecer un marco conceptual acorde con la realidad médica a la que nos enfrentamos.

Al trabajar dentro de la realidad no sólo se logrará reforzar la motivación de los estudiantes para prepararse mejor, sino que ellos podrán ser utilizados como un recurso humano de servicio a la colectividad. Por ejemplo, como ocurre ya en el programa de Medicina General Integral, Plan A-36, de la Facultad de Medicina de la U.N.A.M., iniciado en 1974, desde el principio de los estudios pueden hacer ciertas labores (vacunaciones, programas de detección de enfermedades, nutrición, atención prenatal, etc.) y aceptar más tarde responsabilidades que aseguren su utilización como recurso de salud del sistema.

El estudiante es más atraído al aprendizaje cuando se enfrenta a situaciones de problema que él considere importantes y que lo estimulan a buscar su solución; en la práctica esto sólo se logra cuando dicha solución depende en parte de él mismo. Sin embargo, en nuestros planes de estudio aún no hemos introducido situaciones de aprendizaje aceptables por el estudiante como parte de un problema médico de dimensiones concretas para cuya solución él puede y debe intervenir.

Así podremos cumplir con las tesis educacionales que aceptan que para que el aprendizaje sea efectivo y duradero, se requiere que sea seguido de oportunidades para su aplicación en diversas circunstancias que correspondan a la realidad. En nuestro sistema de enseñanza no se produce este efecto de refuerzo con la práctica y quizá a esto podamos atribuir el hecho de que los estudiantes habitualmente llegan a la clínica con conocimientos muy deficientes de ciencias básicas; es obvio que el estudiante no suele ser motivado por el aprendizaje de hechos no fácilmente relacionados con la realidad o que suelen ser aplicados muchos años después de haber recibido la enseñanza al principio de la carrera. Este concepto, cuando menos en teoría, permite sugerir que las ciencias básicas de preferencia

se adquieran al enfrentarse a problemas médicos reales, para lo cual nuevamente debe facilitarse la participación activa del alumno, dentro de un esquema que le permita desarrollar sus funciones bajo su responsabilidad personal.

Dentro del trabajo educativo debemos dar especial importancia a los profesores que tradicionalmente prefieren desempeñar sólo el papel de transmisores de información, en clases y conferencias; sus actividades prácticas, cada vez más reducidas, se restringen al estudio superficial de algunos enfermos internados en hospitales, típicas instituciones de contacto secundario donde en esencia reciben casos difíciles, complicados o raros. Para establecer una adecuada relación entre la docencia y el servicio lo primero es conservar el marco conceptual definido atrás, basado en las acciones médicas que ocurren en los centros de salud, las escuelas, las guarderías, las clínicas, los hospitales y los propios hogares, quizá haciendo desaparecer la clásica y rígida estructura compartimentalizada en materias. El nuevo enfoque debe hacerse sobre la base de la solución de problemas y por lo tanto los grandes temas de estudio serán los de la adaptación y el equilibrio ecológico, la nutrición, el crecimiento y el desarrollo, el envejecimiento, etc.

Una vez establecido el plan general, debe procurarse que la docencia se realice alrededor de las tareas cotidianas, las que mejor domina el personal de salud, de manera de facilitar el adiestramiento a los estudiantes.

Con estas intenciones se ha trabajado en el Plan A-36 y se establecieron acuerdos con la S.S.A. para trabajar en conjunto, en los centros de salud oficiales y en las comunidades respectivas de los cuatro sitios donde está implantado: Colonia Agrícola Oriental, Cuajimalpa, Ciudad Netzahualcóyotl y Villa A. Obregón. Se ha progresado muy lentamente en la sensibilización y el adiestramiento del personal de los centros de salud (médicos, odontólogos, enfermeras, trabajadores sociales, promotores de salud, etc.) que deben colaborar en el esfuerzo educativo y por otro lado, el personal docente de la Facultad adscrito al programa ha establecido también con grandes dificultades, las relaciones con los miembros de los centros de salud para dar las bases doctrinarias y las responsabilidades de trabajo a los alumnos asignados en los distintos servicios del centro. Una parte muy difícil de la integración ha sido la de elaborar conjuntamente entre los profesores de la Facultad y el personal de salud de los centros las experiencias detalladas y sus sistemas de evaluación sobre todo en lo relativo a la participación de los alumnos en la prestación de los servicios conjuntamente con el personal profesional, técnico,

auxiliar y administrativo, compromiso fundamental para lograr la integración del equipo.

Bien puede verse, a través de estas consideraciones que si a nivel de medicina individual pudiera ser factible no comprometer por igual a la Universidad con las agencias gubernamentales, tratándose de los programas comunitarios crece la necesidad de la colaboración estrecha entre las escuelas y las instituciones aplicativas, para aprovechar los recursos, siempre limitados, que produzcan el máximo beneficio a la colectividad, sin desatender los problemas clínicos individuales, aceptando que no basta con aplicar los conceptos preventivos, las medidas de salud pública o lo relativo a medicina familiar, sino preocuparse seriamente por la atención integral de la salud. Sus decisiones deben comprender una panorámica de todo el sistema con los usuarios, sus problemas y sus recursos, entre los que destacan el personal técnico medio y los auxiliares, todos componentes del equipo de salud como agente integrativo y eficaz para atender los problemas de la salud.

IV EL EQUIPO DE SALUD EN LA ATENCION DEL MEDIO RURAL

José RODRÍGUEZ-DOMÍNGUEZ * y BERTHA MUÑOZ-MIER *

Antecedentes y definición

Cuando se habla del "equipo de salud", lo novedoso no es el concepto sino la importancia que ha adquirido. De las numerosas definiciones disponibles la característica dominante está dada por el hecho de corresponder a un grupo organizado de personas y en segundo término, en destacar la característica del trabajo dentro del marco de la medicina comunitaria.

"Los equipos de salud pueden ser definidos como la agrupación de un número de personas profesionales de la salud y otro tipo de personal asociado, para alcanzar un objetivo común: la atención de la salud por cooperación y acciones coordinadas".¹ Esta definición parece bastante completa, ya que engloba, dentro del equipo de salud, al médico, enfermera y auxiliares, y otro tipo de profesionales, como sería la trabajadora social, el sociólogo y otros; así mismo deja margen para la participación de miembros de la comunidad. La importancia de los equipos de salud con las características señaladas ha sido analizada por

diferentes autores^{1, 2, 3} y la necesidad de su organización e implementación es obvia.

En México las necesidades de salud se han atendido por muchos años, en el medio rural, mediante programas de acción integral en áreas geográficas limitadas, reservándose las acciones de cobertura universal únicamente a los programas de prevención primaria, básicamente en la forma de campañas masivas para la prevención de enfermedades infecciosas epidémicas, como la viruela, la poliomielitis, el sarampión, la difteria, la tos ferina, el tétanos y la tuberculosis. La campaña de erradicación del paludismo es una notable excepción porque abarca acciones de prevención primaria y secundaria y cubre una gran extensión del territorio nacional.

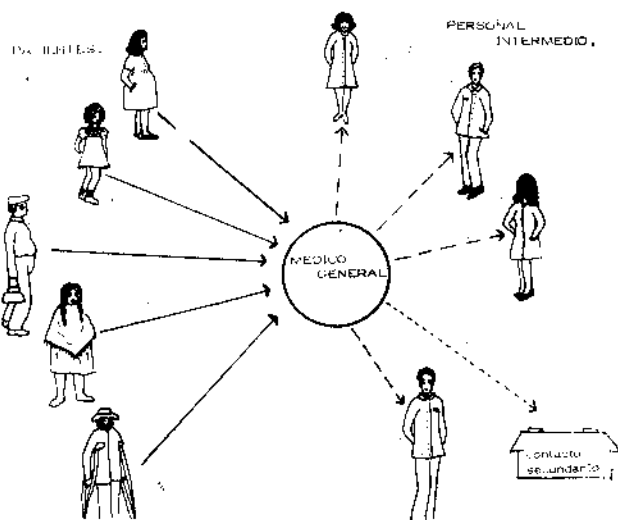
En general puede afirmarse que la política de atención médica a la población rural ha quedado subordinada a la prioridad de la población urbana y sólo recientemente se ha observado una consistente tendencia a dar atención médica integral a la población rural, campesina en su mayor parte; todavía en fechas muy recientes se ha mencionado que persiste una gran población sin servicios médicos efectivos. Es por ello que en este momento en el que los sistemas de atención a la salud se preparan para un aumento importante de la cobertura en el área rural como una expansión natural de los sistemas urbanos, se hace imperativo y urgente replantear el concepto del equipo de salud rural, definir sus posibles variantes de acuerdo al medio local en el que opere, apuntar las tareas generales, esbozar esquemas de organización y adscribir funciones para cada uno de los integrantes de dichos equipos.

Al hablar de equipo de salud en nuestro medio rural nos referimos a la unidad más simple de que disponemos en nuestro país, compuesta generalmente de un pasante de medicina y una auxiliar de enfermería en los centros de salud rurales, incluyendo como parte importante, al personal voluntario de la misma comunidad.

El gran desperdicio de recursos humanos dentro del equipo de salud, tanto del personal auxiliar como del voluntario y en ocasiones el del mismo pasante de medicina, obliga a hacer una revisión de sus funciones, tratando de fijar actividades y crear responsabilidades para cada uno de los miembros del equipo, con el fin de no duplicar esfuerzos y de implementar las acciones de salud dentro de la comunidad.

El funcionamiento de un equipo de individuos, es una tarea que encuentra siempre las dificultades normales para que los seres humanos se coordinen; como el equipo de salud para el medio rural no debe ser muy grande ni diversificado, estos problemas pueden

* Facultad de Medicina. U.N.A.M.



1 Delegación.

reducirse en número, pero como los estímulos del propio trabajo pueden diferir por lo subjetivo de los indicadores de salud y por la respuesta cultural de los grupos de población rural, con concepciones, costumbres y prácticas de medicina tradicional, el equipo de salud rural enfrenta problemas peculiares en la práctica.

La medicina como servicio se ha desarrollado en nuestra sociedad de acuerdo a las demandas de la población, llevando en todo nivel de atención, la máxima representación del progreso científico y tecnológico. Así ha sido en todo el mundo, pero más todavía en aquellos países en donde los gobiernos no han echado a andar programas de atención médica efectiva a toda la población con servicios gratuitos o prepagados por los usuarios o los empleados, que de todos modos el Estado tiene que financiar; en efecto, dice Prywes² "en todas partes, la población demanda más y mejor atención médica, los desprivilegiados, los pobres, los desempleados, los viejos y en general todos deben considerarse como grupos con iguales derechos a la atención médica, que aquellos que han disfrutado de ella hasta hoy. Sin embargo, en el momento de dar el paso debemos estar conscientes de que la sociedad tendrá que pagar los costos de estos servicios, ya que hay una tendencia a querer responder a esas demandas sin saber lo que ello significa. Antes de seguir adelante hay que responder a una pregunta capital: qué cantidad y calidad de atención médica puede ofrecer la sociedad según su producción y su economía".

Considerando lo anterior es que tenemos que buscar en la integración de equipos de salud para el medio rural una solución al problema de alcanzar rápidamente la cobertura del 100 por ciento de la población, sin desequilibrar una sana política financiera.

Diversos autores^{1, 3-7, 9-10} han demostrado que con un adiestramiento previo y trabajando estrechamente bajo la supervisión del médico, el personal auxiliar médico puede responsabilizarse de la atención de las personas dentro de lo que se conoce como medicina de contacto primario, obteniéndose buenos resultados y con riesgos mínimos para los pacientes.⁸ También pueden desarrollar actividades de prevención primaria, teniendo un amplio campo de trabajo, con gran rendimiento del equipo.

Así mismo deben aprovecharse los recursos humanos de la propia comunidad para efectuar acciones específicas de salud, debiendo darse suma importancia a su participación dentro del equipo de salud.^{5, 8, 11} Para mejorar el nivel de salud de la comunidad y como factor decisivo dentro de las políticas de salud se ha recomendado en diversas ocasiones por la OMS y la OPS la implantación del personal de la comunidad tanto el voluntario como el empírico existentes.⁶ Considerando que la comunidad debe responsabilizarse de su salud, hecho de suma importancia para poder mantenerla y mejorarla, dicha responsabilidad debe ir aumentando en forma gradual.

El papel del médico dentro del equipo de salud debe ser fundamentalmente el de un educador, enseñando y asesorando al personal auxiliar y voluntario en las acciones a realizar.

Concepto de equipo y ubicación de los integrantes

En tanto que el "grupo organizado para alcanzar objetivos cooperando coordinadamente", los equipos de salud operan en general en áreas intramurales en espacios reducidos a veces "codo con codo", esto es en consultorios, centros de salud, hospitales, pero en la comunidad, la contigüidad del equipo no puede mantenerse sino en lapsos limitados de la jornada diaria; en el medio rural esta concepción de "grupo que trabaja junto", debe tener mucha elasticidad sobre todo para programas permanentes, pues la dispersión de la población hace poco productiva la atención por varios miembros del equipo simultáneamente; así, es geográficamente como identificamos al equipo, y la cercanía de sus miembros estará dada por la programación de las actividades integradas operacionalmente mediante la coordinación y supervisión del Centro Primario, que concentra la responsabilidad del equipo.

Se han propuesto varios modelos de acción de los miembros del equipo de salud, interactuando con diferentes grados de responsabilidad, que van desde una total dependencia del asistente o auxiliar respecto al médico, hasta llegar a una situación de total inde-

pendencia de cada uno de los miembros del equipo.^{2, 3, 4}

Lo importante en este punto está en considerar la interrelación entre médicos, personal intermedio o auxiliar, médico o paramédico y el nivel de atención de contacto primario o secundario.

Las posibilidades pueden ser de acuerdo con Anderson las siguientes:²

A) *Delegación*. El médico es el responsable de la atención de todos los pacientes y los auxiliares cumplen con todas las instrucciones que el médico da para cada paciente (fig. 1).

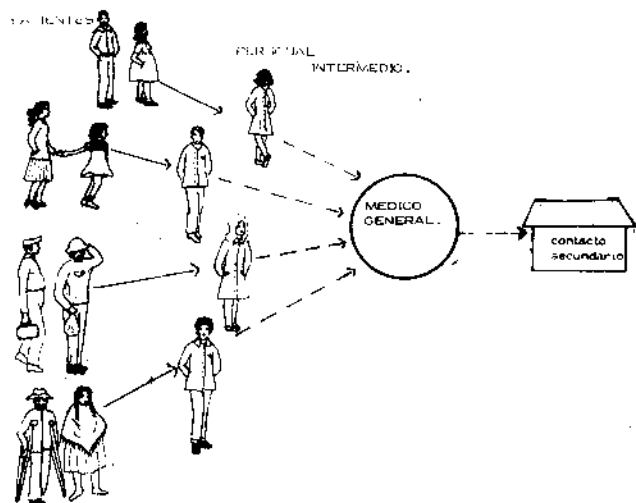
B) *Sustitución*. En este caso el auxiliar actúa en lugar del médico como agente de la atención primaria. Aun cuando tiene siempre el apoyo del médico, el auxiliar decide cuándo resuelve él los problemas del paciente y cuándo lo refiere al médico.

C) *Acceso múltiple*. El auxiliar actúa como agente de la atención primaria en paralelo con el médico.

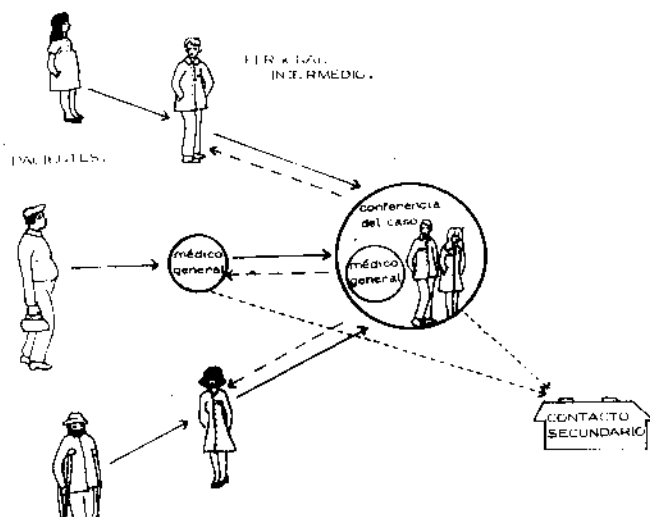
Estos tres métodos se describen por separado, pero en la práctica el equipo de salud puede actuar mezclándolos en circunstancias diversas. A este respecto cabe aclarar que los programas para el medio rural deben plantearse para la atención permanente e integral a la salud en lo que se limita a la atención médica primaria o medicina de primer contacto.

La división del trabajo dentro del equipo de salud rural

Para comprender el porqué de la concepción del equipo de salud en nuestro medio rural, es necesario recordar que las características del equipo de salud están dadas por la complejidad y tecnificación de los servicios que el programa proporciona; si los servicios



2 Sustitución.



3 Acceso múltiple.

fueran demasiado sofisticados se obligaría a una pronunciada especialización de los integrantes del equipo. En México se piensa que los servicios que el equipo básico rural debe proveer son los de la medicina de primer contacto, con énfasis en los aspectos preventivos de materno-infantil y de otras acciones de salud como las que recomienda la guía para la Organización de Servicios de Salud en Áreas Rurales y la Utilización de Personal Auxiliar.⁵ Con base en la experiencia que el grupo de investigación en socio-medicina del Departamento de Medicina General/Familiar y Comunitaria de la Facultad de Medicina de la U.N.A.M. ha recogido, durante tres años de desarrollar programas de atención médica de primer contacto en el medio rural, se ha elaborado una guía para definir la participación de los diversos integrantes del equipo de salud rural. La base para sistematizar dicha asignación de responsabilidades se ha hecho sobre el criterio de los principales servicios que se ofrecen a la comunidad en lugar de programas, aunque en algunos casos los términos pueden confundirse y dar la impresión de que se habla de programas y no de servicios; hecha esta aclaración se sugiere la siguiente distribución de tareas que optimiza el funcionamiento del equipo.

Clave A: Ayuda
H: Hace
S: Supervisa

As: Asesora
R: Refiere

Servicios	Personal voluntario	Personal auxiliar	Personal médico
-----------	---------------------	-------------------	-----------------

Consulta externa

Elaboración de fichas de identificación y carnets de citas

A/H

H/S

—

Servicios	Personal voluntario	Personal auxiliar	Personal médico
Elaboración o actualización de registros clínicos del paciente	A	A/H	H/S/As
Toma de signos vitales	A/H	H/S	—
Diagnóstico, tratamiento y control de pacientes	A	A/H/R	H/S/As
Canalización a contacto secundario	A	A	H
Curaciones	A/H	H/S	S/As
Elaboración de informes de morbilidad	A	H/As	H/S
Preparación de material	H	H/S	—
Surtir y cobrar medicamentos	A	H	S
Educ. Gral. (higiénica, nutricional, sexual y ambiental)	H	H	H/S/As
<i>Hospitalización y urgencias</i>			
Actualización de registro clínico	H	H/S	H/S/As
Toma de signos vitales	H	H/S	—
Aplicación de inyecciones, sueros y vacunas	H	H/S	S/As
Administración de medicamentos	H	H/S	S
Suturas	A	A/H/R	H/S
Atención en picaduras de animales, insectos y mordeduras	A/H	A/H/S/R	H/S/As
Atención de urgencias	A	A/H	H/S/As
Atención a traumatizados	A	A	H
Canalización a contacto secundario	A	A	H
Preparación del material	H	H/S	—
Aseo	H	H/S	—
Educación en general (higiénica, nutricional, sexual y ambiental)	H	H	H
<i>Atención materno-infantil; control prenatal</i>			
Registro de embarazadas en control y número de embarazadas en el área	H	S	S
Toma de T.A. y peso	H	H/S	—
Detección de edema y cefalea	H/R	H/R/S	S/As
Examen de orina	A/H	H/S/R	S/As
Examen de embarazadas	A	H	H/S/As
Clasificación de embarazadas según riesgo	A	A	H

Servicios	Personal voluntario	Personal auxiliar	Personal médico
Detección de infecciones y hemorragias	A	H/R	H/S/As
Tratamiento de infecciones y hemorragias	A	H/R	H/S/As
Canalización a contacto secundario	A	A/H	H/S
Educación higiénica, nutricional y sexual en el embarazo. Higiene y nutrición en el recién nacido	H	H	H
<i>Atención del parto</i>			
Preparativo para el parto	H	H	H
Valoración del trabajo de parto	A	A/H/R	H/S/As
Atención de parto eutócico	H	H/S	H/S/As
Prevención de hemorragia	H	H/S	H/S/As
Examen de placenta	H/A	H/S/R	H/S/As
Observar estado del útero	H/R	H/S/R	H/S/As
<i>Atención inmediata al recién nacido</i>			
Prevención de asfixia e infecciones en el recién nacido (aspiración de secreciones, maniobras simples de reanimación, aplicación método de Credé, ligadura de cordón)	H/R	H/S/R	H/S/As
Educ. cuidados al recién nacido	H	H	S
<i>Atención del puerperio</i>			
Educación higiénica, nutricional y sexual para el puerperio		H	S
Vigilancia involución uterina	H/R	H/S/R	H/S/As
Prevención y detección de infecciones y hemorragias	H/R	H/S/R	H/S
Tratamiento de infecciones y hemorragias	A	H/R	H/S/As
<i>Planificación familiar</i>			
Educación, orientación y motivación, promoción, tipos de métodos	H	H	H
Registro y seguimiento de usuarias	H	H/S	—

Servicios	Personal voluntario	Personal auxiliar	Personal médico
Aplicación de DIU	A	A	H
Administración de métodos hormonales	A	A	H
Promoción y pláticas a grupo sobre cáncer de útero y de mama	H	H	H
Toma y envío de muestras para citología	A/H	H/S	H/S/As
Control y seguimiento de casos positivos	A/H	H/S	S

Atención al recién nacido

Promoción campaña de control al recién nacido	H	H	H
Registro del recién nacido en control y número en el área	H	H/S	—
Control de peso y talla	H	H/S	S
Prevención y detección de infecciones	R	H/S/R	S/As
Tratamiento de infecciones	A	A	H

Control niño sano

Promoción campaña de control al niño sano	H	H	H
Registro de preescolares y escolares en control.			
Número en la zona	H	H/S	—
Control de peso y talla	H	H/S	S
Prevención y detección de infecciones	A	H/S/R	H/S/As
Tratamiento de infecciones	A	A/H/S/R	H/S/As
Prevención, detección y tratamiento de infecciones	H/R	H/S	S/As

Control enfermedades transmisibles

Promoción y plática a grupo	H	H	H
Prevención y detección de TB, fiebre reumática, lepra y paludismo	H/R	H/S/R	H/S
Tratamiento de casos	H/R	H/S/R	H/S/As
Seguimiento y control de casos positivos y contactos	H/P	H/S	S/As

Inmunizaciones

Promoción y pláticas	H	H	H
Censo de población inmunizada	H	H/S	S

Servicios	Personal voluntario	Personal auxiliar	Personal médico
Registro para control de inmunizaciones	H	H/S	—
Citas	H	H/S	—
Aplicación del biológico	H	H/S	S/As
Elaboración de informes	H	H/S	S
Preparación de material y mantenimiento del biológico	H	H/S	S/As

Educación

Planificación y organización de cursos sobre educación (sexual, higiénica, nutricional y ambiental, primeros auxilios) al grupo	H	H	H
Escolares	H	H	H
Adolescentes	H	H	H
Madres de familia y adultos	H	H	H
Planificación y organización de cursos sobre atención prenatal y empíricos	H	H	H

Nutrición

Pláticas individuales y a grupos sobre educación nutricional	H	H	H
Promoción para la creación de huertos y gallineros familiares	H	H	H
Orientación y enseñanza de técnicas para aprovechamiento de alimentos disponibles	H	H	H/As
Orientación y enseñanza para inicio de ablactación y destete	H	H	H/As

Administración

Control de ingresos y egresos	A	H	H/S
Control de medicamentos y material de curaciones	A/H	H/S	H/S/As
Elaboración de informes	P	H	H/S
Mantenimiento del centro de salud	H	H	H/S
Elaboración de cuadro de medicamentos	P	P	H

Reorganización de la comunidad

Estudio de comunidad	A	H/A	H/S/As
----------------------	---	-----	--------

Servicios	Personal voluntario	Personal auxiliar	Personal médico
Identificación de líderes de la comunidad	H	H	A
Identificación de organizaciones o grupos en la comunidad; identificación de las necesidades sentidas en la comunidad	H	H	A
Motivación y promoción para la reorganización de la comunidad aprovechando las organizaciones o grupos ya existentes o formando nuevas organizaciones	H	H	H
Planear soluciones para resolver problemas de saneamiento ambiental con la participación de la comunidad y efectuarlas de acuerdo a los recursos disponibles	H	H	H

Nota: Dentro del personal voluntario se puede incluir a los empíricos de la comunidad.

Conclusión y recomendaciones

Antes de analizar las características recomendables para un equipo básico de salud para la atención de contacto primario en comunidades rurales, conviene recordar que la complejidad del equipo de salud acompaña el avance científico y tecnológico de la medicina y la tecnificación de los servicios; y con la experiencia vivida es de temerse el riesgo de la especialización exagerada, tanto en los niveles profesionales como subprofesionales y su consecuencia directa, encarecimiento, enfriamiento y suspensión del acto médico o sanitario que ha significado la autolimitación de la cobertura. Debemos evitar caer en esta situación, por lo que todas las recomendaciones tenderán a promover una medicina útil, adaptable a las necesidades de la población a la que va dirigida y por lo mismo preventiva, sencilla, prudente, equilibrada y progresiva; que sea el punto de acceso al sistema nacional de salud y que facilite la llegada al contacto secundario con el criterio de que esto debe representar una ventaja para el paciente y para el trabajador de salud.

Los equipos de salud rurales deben:

- Estar centrados alrededor de un coordinador representado por el médico pero con capacidad

del trabajador de salud (enfermera o promotor) de sustituir la decisión médica y tratar los casos sencillos y frecuentes, y referir directamente al contacto secundario cuando se requiera.

- Funcionar como equipo de salud contando con el auxiliar de salud polivalente, como el recurso básico para establecer comunicación continua con la comunidad.

REFERENCIAS

1. *Health teams*. Calif. Med. 110:520, 1969.
2. Prywes, M.: *Comparative international characteristics*. J. Med. Ed. Supl. 48:11, 1973.
3. Anderson, J. A. D.: *The health team in the community*. Lancet 27:679, 1969.
4. Sadler, A. M.; Sadler, B. L. y Bliss, A. A.: *The physician's assistant*. Yale University Press, 1972.
5. Barkin, R. M.: *Need for statutory legitimation of the roles of physician's assistants*. Health Serv. Reports. 89:31, 1974.
6. *Guía para la Organización de Servicios de Salud en Áreas Rurales y Utilización de Personal Auxiliar*. O.P.S.-O.M.S., Publicación Científica No. 290, 1974.
7. Richter, R. W.: *A resource for improved health care delivery*. Am. J. Pub. Health. 64:1056, 1974.
8. Partridge, K. B.: *Community and professional participation in decision making at a health center*. Health Serv. Rep. 88: 527, 1973.
9. Gay, K. E.: *The health team in family practice*. Can. J. Public Health. 62:101, 1971.
10. Coulehan, J. L. y Sheedy, S.: *The role training and one-year's experience of a medical nurse practitioner*. Health Serv. Rep. 88:827, 1973.

V EL EQUIPO DE SALUD EN LOS SISTEMAS DE SEGURIDAD SOCIAL

LUIS CASTELAZO-AYALA *

En todas las civilizaciones el hombre ha aspirado a gozar de salud. En la actualidad se considera que disfrutar de salud plena es un derecho inherente a la condición humana. Los sistemas de seguridad social tratan de que los individuos alcancen y mantengan la salud por medio de la asistencia médica, la protección a los medios de subsistencia y los servicios sociales, todos necesarios para lograr el bienestar individual y colectivo.

En un régimen de seguridad social las acciones de salud requieren de la participación activa tanto del equipo de salud como del sujeto de salud, es decir, de todo integrante de la comunidad. El equipo de salud de cualquier institución, en su sentido más amplio, lo constituye la totalidad del personal que lo integra, tanto médico y paramédico como administrativo.

* Académico titular.

Cada miembro de la sociedad es de hecho un sujeto colocado en un amplio rango de situaciones de riesgo que conforman distintos gradientes de salud, que exigen en su atención, diferentes niveles de acción por parte del agente de salud. De la interacción y vinculación permanente de estos dos elementos, deben esperarse los mejores resultados. El equipo de salud —desde el más sencillo hasta el más complejo— ha de responder a las necesidades o demandas presentadas por un individuo o por una comunidad, de acuerdo con estándares teóricos y con aspiraciones de las personas y de las comunidades.

Si se toma en cuenta la relación existente entre estructuras y función, se pueden sentar las bases para la operación. Se debe partir, por lo menos en una argumentación de tipo teórico, del hecho de que una unidad social tiene ciertas necesidades o presenta ciertas demandas, para ser resueltas por estructuras que realicen determinadas funciones. En el caso de un equipo de salud, por ejemplo, el equipo primario, la unidad social sería un paciente o una familia que presentara una necesidad —un problema de salud—, el cual es atendido por una estructura —el equipo primario de salud—. Para resolver el problema el equipo lleva a cabo ciertas acciones, moviliza recursos y recurre a otros expertos en caso necesario. Entre los recursos que se puede y debe movilizar se encuentran las propias personas de una comunidad dada.

El Instituto Mexicano del Seguro Social, considerado en su totalidad como un equipo de salud, tiene una estructura que en forma esquemática cuenta con tres niveles: el responsable de la planificación de los servicios y administración de los recursos humanos, materiales y financieros; el operacional constituido por una red amplia de unidades de atención médica y de prestaciones sociales que ejercen la acción directa a través del tercer nivel, constituido por los equipos de salud mismos, que realizan sus actividades de acuerdo con un plan institucional denominado Programas Básicos de Salud.

La estructura institucional permite la coordinación tanto en sentido vertical como horizontal, de forma tal que las acciones particulares del equipo de salud se apoyan en los preceptos de la ley y las estructuras que planifican, toman en cuenta a los individuos que realizan acciones y a quienes reciben sus beneficios.

Cada unidad de atención médica, a excepción de las correspondientes a los centros médicos y algunos hospitales de concentración, elabora su propio programa básico de salud como resultado de los subprogramas formulados por todo el personal de la unidad.

El nivel directamente responsable de ejercer acciones identifica los problemas de salud, así como las

necesidades sentidas, expresadas, reales, normativas y comparativas, programando en acciones, de acuerdo con tres áreas generales: promoción de salud, atención médica y enseñanza e investigación.

Los problemas identificados se ubican para su jerarquización dentro de los marcos de referencia que representan los aspectos bioestadísticos, demográficos, geopolíticos y económicos, tanto de una localidad, como de los niveles estatal, regional y nacional.

Al mismo tiempo se hace el recuento y la evaluación objetiva de los recursos humanos, materiales y financieros que se pudieran aprovechar en un momento dado para la solución de problemas o para la realización de tareas específicas.

Un elemento definitivo para precisar la problemática lo aportan las propias comunidades, mismas que expresan necesidades sentidas, las cuales se toman en cuenta en la elaboración del programa junto con las necesidades normativas y las comparativas.

El análisis conjunto de datos individuales y generales, así como de necesidades y recursos, permite enumerar los problemas. Acto seguido éstos son jerarquizados y así se señalan objetivos y metas que se pretende alcanzar en un tiempo determinado.

Por parte del nivel planificador se proporciona la asesoría y la información necesarias para la elaboración del programa, se supervisa su realización y se facilita la ayuda requerida para su evaluación.

Transcurrido el tiempo previsto, un año, se hace la evaluación final, que se utiliza en la retroalimentación a la institución, a la unidad de atención médica, a los elementos del equipo de salud y a la propia comunidad, para la elaboración del nuevo programa.

La realización de las acciones contempladas en los programas básicos de salud significa que se ejecutarán actividades relacionadas con la promoción y mantenimiento de la salud, atención médica para la curación y rehabilitación de los enfermos, enseñanza para la formación y capacitación continua de los miembros del equipo de salud, así como la necesaria evaluación de la comunidad en materia de salud. De igual modo se emprenden las tareas de investigación biomédica y operacional indispensables a fin de encontrar soluciones a interrogantes que surgen en la actividad de todos los días.

Las acciones tendientes a la formación y capacitación del personal de salud se consideran primordiales, ya que a través de ellas se intenta integrarlo en equipos de trabajo para que sea capaz de propiciar mediante actividades docentes:

- a) experiencias de aprendizaje en tal forma sistematizadas, que permitan adquirir los cono-

cimientos, las habilidades y las destrezas necesarias para llevar a cabo las actividades del ejercicio profesional —aprender a hacer—;

- b) la adquisición de la metodología del estudio y la investigación que garanticen la posibilidad real de la educación continua —aprender a aprender—;
- c) la formación de sentimientos, actitudes y valores que una vez integrados a las capacidades de análisis, creatividad y juicio crítico, permitan la plena realización personal y social —aprender a ser—.

Las características del equipo de salud requieren ser definidas y precisadas de acuerdo con el sistema de prestación de servicios y las necesidades por resolver. Si se toman en cuenta las condiciones económicas, políticas, socioculturales y religiosas de una comunidad y se las relaciona con el concepto de historia natural de la enfermedad, se podrá señalar quiénes deberán ser los miembros que constituyan el equipo de salud para una situación dada, cuáles han de ser las características de su formación e integración y qué acciones precisas deberán emprender.

Por consiguiente, el equipo de salud no debe concebirse como una estructura rígida, de composición única, a base de un número determinado de elementos.

Su integración estará acorde con el tipo y magnitud de la acción que se ha de realizar, lo cual significa que sus características habrán de orientarse y adecuarse a los problemas por resolver. Para algunas de las acciones, el número de elementos y su nivel de preparación pueden ser mínimos, en tanto que otras requerirán que el equipo sea amplio, complejo, de alta profesionalidad, multidisciplinario. El equipo de salud representa un concepto de alto dinamismo y flexibilidad.

El equipo de salud no debe operar de manera estereotipada en la que el médico asume siempre el rol central. Si ha de haber un coordinador, éste será seleccionado por los propios miembros del equipo, en función de la tarea principal por realizar o de las necesidades por atender.

En el Instituto Mexicano del Seguro Social, la preocupación por dar cumplimiento a las disposiciones del Ejecutivo Federal de hacer llegar la salud al campo, generó cambios en la Ley del Seguro Social, que se instrumentaron mediante esquemas modificados de atención y programas de solidaridad social, cuyo resultado ha sido el rápido desarrollo de personal sanitario de primera línea que constituye el equipo de salud más sencillo con el que se cuenta.

Este personal, encargado de la atención de primer contacto en las comunidades más pequeñas, dispersas

y aisladas del país, está constituido por elementos de la propia comunidad que han sido adiestrados en lugares próximos a ella, con el propósito de que se hallen identificados y vinculados a su problemática, con lo cual es más factible que se logre la doble función que la Organización Mundial de la Salud considera debe cumplir este tipo de personal: ser un elemento para lograr el desarrollo de los servicios sanitarios y constituirse en un factor para el desarrollo de su comunidad como un todo.

En este último aspecto, el aporte que los salarios y prestaciones representan para la economía de estas localidades, cumple con un propósito definido de estos programas.

El equipo sanitario de primera línea está constituido por una auxiliar de área médica que realiza acciones de enfermería, administración e intendencia muy sencillas y por un pasante de medicina en servicio social. Estas dos personas tienen como centro de operaciones un local construido exprefeso —el consultorio médico rural— en cuya área de influencia se realizan las acciones.

El elemento central en la operación de este equipo de salud es la información y la organización de la comunidad para que su participación en la solución de los problemas sea verdaderamente activa.

La problemática que no puede ser resuelta se canaliza a clínicas hospital de solidaridad social, que cuentan con equipos de salud con características tales que les permiten resolverla.

Los principales elementos del equipo de salud de las clínicas hospital de solidaridad social son: promotores voluntarios de salud, técnicos en salud, auxiliares administrativos, operadores de equipos de laboratorio y radiodiagnóstico, auxiliares de área médica, pasantes de enfermería, de medicina, de odontología, de trabajo social y de química, así como especialistas en medicina familiar y un cirujano general.

Es evidente que la política de organización de la comunidad en el consultorio médico rural se continúa a nivel de la zona de influencia de las clínicas hospital de solidaridad social.

Los integrantes de la comunidad son extraordinarios agentes para el desarrollo comunitario debido a que en lugar de cotizar, pagan los servicios médicos directos que reciben, mediante jornadas de trabajo cuya característica singular es que se aplican al mejoramiento de las condiciones de vida de la comunidad, como son empedrar una calle, construir y operar un horno de ladrillos, encalar las casas, construir corrales, recolectar y disponer las basuras, acondicionar sistemas de almacenamiento de agua, construir letrinas, asear la unidad de atención médica.

En los niveles primarios de prevención y de atención médica, las acciones que se requieren con prioridad son las que tienden a resolver las necesidades en relación con promoción de la salud y protección específica e inespecífica. Conforme se progresa hacia los otros niveles de prevención, las tareas previstas deben ser acordes con los niveles de atención médica. Así mismo, la complejidad del equipo de salud y de sus tareas se incrementa.

A manera de ejemplo, citaremos dos situaciones reales con problemática semejante, que demuestran formas diferentes en la integración de equipos de salud y de asignación de tareas a sus integrantes.

En una unidad pequeña de las que denominamos Tipo 3 en el Instituto, se captó que la gastroenteritis ocupaba el segundo lugar como causa de mortalidad en el municipio, y el primero como padecimiento transmisible, motivo de consulta en la propia unidad.

Los recursos humanos para la salud en dicha clínica están constituidos por dos médicos familiares, una auxiliar de enfermería, un auxiliar administrativo, dos auxiliares de intendencia y un chofer, así como un interno de pregrado y un pasante de química.

Para abordar el problema, el equipo hubo de integrarse con la totalidad de dicho personal, diseñando un programa que en distinta forma los involucra a todos, tanto en acciones de asistencia médica como de promoción de la salud y de educación continua. Entre las primeras, programaron acciones destinadas a lograr por ellos mismos un mejor manejo del proceso infeccioso, de la corrección de sus complicaciones, así como de las medidas de carácter dietético. Por lo que se refiere a promoción de la salud, el equipo diseñó programas específicos, subprogramas de educación nutricional, educación higiénica y saneamiento am-

biental, y en el capítulo de educación continua, discusión de casos clínicos, revisión bibliográfica, criterios de manejo y de hospitalización.

En todas estas acciones, y en diversa medida de acuerdo con sus funciones y preparación, se asignaron responsabilidades a cada uno de ellos.

Por otra parte, en una clínica hospital Tipo 1, la gastroenteritis ocupa el segundo lugar entre las causas de mortalidad y el tercero entre las diez principales enfermedades transmisibles. La unidad es responsable de la salud del 20 por ciento de la población de un municipio formado por 463 000 habitantes de los cuales el 47 por ciento son niños y tienen como características importantes la de vivir en hacinamiento, carecer de agua potable en el 45 por ciento de las viviendas y de drenaje en el 33 por ciento.

Por tratarse de una unidad con recursos materiales y humanos considerablemente más amplios, 366 camas, 642 trabajadores, 112 de ellos médicos de todas las especialidades, 283 enfermeras, 125 de ellas graduadas, y 31 elementos de trabajo social entre asistentes y trabajadoras sociales, las acciones hubieron de ser más amplias, fundamentalmente en los capítulos de promoción de salud y educación continua, y necesariamente involucraron a un mayor número de elementos, incluidos expertos en salud pública.

Es necesario enfatizar que las acciones de salud que han de realizar las instituciones de seguridad social, requieren de grupos de trabajo flexibles, dinámicos, integrados por elementos de su "equipo de salud", en rigor todo su personal, por elementos en formación de las distintas disciplinas de la salud, y por aquellos que, por surgir de su propia comunidad, se encuentran, con razón, más estrechamente vinculados a su problemática.

HECHOS EQUIVOCOS EN PATOLOGÍA DEL HIGADO

Hallé en efecto un tumor perfectamente fluctuante y prominente en el epigastrio, que se había presentado y crecido rápidamente en tres días, después de una indigestión, á la que inmediatamente había seguido un dolor violento con náuseas y vómitos y un tinte muy amarillo de los ojos y de la orina. El tumor era mucho mayor que una naranja, tan sensible que la enferma no permitía que se le tocara; levantaba un poco las falsas costillas derechas, á cuyo lado se inclinaba; pero limitando con cuidado el hígado por medio de la percusión, y siguiendo su borde cortante, se llegaba á sentir que el tumor ocupaba la cara cóncava de ese órgano, que era independiente de él y que su fluctuación era muy superficial en todos sus puntos, é inmediatamente debajo de las paredes del vientre, con las que no tenía conexión alguna. En virtud de estos datos, juzgué que se trataba de una repleción exagerada de la vesícula; y en consecuencia, cloroformada la enferma, procedí á la expresión metódica de ese divertículo; lo que conseguí fácilmente, dejando á la enferma de todo punto restablecida. (Jimenez, M. F.: *Diagnóstico diferencial en los abscesos del hígado*. GAC. MÉD. MÉX. 10:345, 1875.)