

CONFERENCIA MAGISTRAL

LOS NIVELES DE ATENCION DE LA SALUD EN MEXICO*

JOSÉ LAGUNA †

La salud se considera como el equilibrio de un individuo con su ambiente, físico y social. Para determinar la salud, además de los agentes patógenos propiamente dichos, intervienen variadas características del medio que hacen a la salud la resultante de factores multicausales, entre los que dominan el empleo, la educación, la nutrición, el acceso al agua potable, el alejamiento de los desechos, el aire puro y la vivienda adecuada. La salud, por lo tanto, no puede considerarse de manera aislada de los otros elementos del proceso de desarrollo; la planificación de la salud es la planificación del desarrollo en general. Sin embargo, existen aspectos de la salud que históricamente y funcionalmente se ligan de modo más directo a las actividades relacionadas con la medicina, realizadas por el equipo humano médico —médicos, enfermeras, auxiliares, técnicos, promotores— y que tienen a su cargo tareas concretas en relación con el reforzamiento de la salud, la atención de la enfermedad, sobre todo en sus fases diagnóstica y terapéutica, y la práctica de la rehabilitación.

Esta doble perspectiva —la salud como consecuencia del desarrollo o la salud como resultado de las

actividades del sector médico— desde la que puede contemplarse el asunto de la salud, tiene implicaciones de orden práctico de gran importancia. Por ejemplo, en nuestro país existe una estructura bimodal —hay quien habla de la existencia de dos Méxicos— en la que se registra, en materia de salud, la constante paradoja de vivir simultáneamente en la falta y en el exceso, en la carencia y en la abundancia.

Por una parte, somos un país en desarrollo, con una extensión geográfica enorme, con problemas de transculturación, mala nutrición, elevada incidencia de afecciones intestinales y respiratorias de predominio infantil, población muy dispersa, expansión demográfica vertiginosa, sistemas precarios de transportación y recursos económicos modestos. Tal estado de cosas, desde el punto de vista de la atención de la salud, orienta hacia las acciones de salud pública, a formar cuadros de sanitaristas con destrezas concretas y muy especializadas que deberán distribuirse en todo el sistema a través de programas precisos, adecuadamente regionalizados; tales acciones incidirán preferentemente en los aspectos preventivos, en los métodos de planificación familiar, en la educación de la comunidad, el reforzamiento de la higiene, el cuidado del ambiente.

El énfasis se aleja de los intereses médicos estrictos y permite reconocer que, con recursos limitados, la

* Presentada en las XIX Jornadas Médicas Nacionales de la Academia Nacional de Medicina, celebradas del 18 al 21 de enero de 1978 en Morelia.

† Académico titular. Subsecretario de Planeación, Secretaría de Salubridad y Asistencia.

producción agrícola, el transporte y la ingeniería sanitaria pueden ser más eficaces para la promoción de la salud que poner en servicio grandes hospitales, adquirir el último equipo disponible y aumentar el número de especialistas.

Por otra parte, México tiene también características equivalentes a las de una nación industrializada, con grupos de población compacta, con recursos adecuados, con programas de atención social eficientes, con mortalidad infantil baja, patología derivada de problemas degenerativos crónicos y accidentes, población estable, creciente número de ancianos y buena relación médico-población. En estas circunstancias, el sistema de salud debe ofrecer, no sólo las facilidades fundamentales para la atención primaria, la medicina ambulatoria y la consulta externa general, sino también los recursos de la medicina de especialidades y de hospitalización del máximo nivel, sitios donde deberán resolverse los grandes problemas médicos.

Sin embargo, en última instancia, México no es una sola de las dos situaciones extremas señaladas, sino la mezcla inextricable de ambas, para la que debemos buscar la mejor utilización de los recursos disponibles, a fin de hacer óptima la atención de la salud. La mejor estrategia será la que respete el correcto equilibrio entre los recursos con los que se cuenta y los problemas tan variados que se deben atender. En la solución final se deberá, por una parte, reforzar la interacción del equipo de salud —profesionales, técnicos y auxiliares— con la sociedad; estudiar el número, el tipo y la óptima distribución del personal, así como reforzar las actitudes sociales y el desarrollo de la comunidad en materia de salud; definir los programas de trabajo y establecer sus sistemas de supervisión y evaluación. Así mismo, es preciso atender a la estructura de ciertos escalones del sistema sobre las bases de la investigación científica y la enseñanza de alto nivel, garantizar el dominio de las ciencias biomédicas y las psicosociales y abrir caminos sólidos de educación continua y elevado aprendizaje tecnológico.

Esta situación bimodal se refleja en el diagnóstico de salud de nuestro país. Así, las cifras de mortalidad y morbilidad representan una mezcla de todo tipo de enfermedad: las transmisibles, ligadas a un pobre saneamiento, como son las neumonías, las bronquitis y las diarreas, de predominio infantil, y las de origen degenerativo, relacionadas con el aumento de esperanza de vida, tales como los tumores malignos (más de un cuarto de millón de personas), las cardiopatías y las enfermedades cerebrovasculares (medio millón de pacientes), la diabetes (200 000 enfermos) y la cirrosis hepática (150 000 casos) o por accidentes, en buena parte debidos a la industrialización y al urbanismo. No debe pasarse por alto que más de la tercera

parte de las muertes ocurre en niños menores de un año y en la etapa preescolar, las cuales, aunque en apariencia atribuibles a infecciones intestinales o respiratorias, en realidad son causadas por la mala situación socioeconómica y educacional, así como por la falta de servicios asistenciales adecuados.

Desde el punto de vista de los recursos disponibles conviene, en términos muy generales señalar que la atención de la salud en México está muy fragmentada. Existen tres grandes organismos oficiales; la Secretaría de Salubridad y Asistencia (S.S.A.), el Instituto Mexicano del Seguro Social (I.M.M.S.) y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (I.S.S.S.T.E.), así como muchas agencias gubernamentales o privadas, con escasa coordinación entre ellas. Esta situación hace difícil definir objetivos de salud nacionales, establecer prioridades y programas, planear el gasto y evitar duplicaciones o carencias. En todo caso, desde el punto de vista cuantitativo, el I.M.M.S., en cifras redondas, ampara a 20 millones de mexicanos, el I.S.S.S.T.E. a 3.5 millones y el resto de independencias asiste a 1.5 millones más. Existen en el país unos 10 millones de personas que se atienden dentro de la medicina particular, lo que arroja un total de 35 millones con atención relativamente formal. De los 28 millones restantes, 10 son objeto del cuidado parcial por parte de la S.S.A. y de organismos oficiales de los estados y del Distrito Federal. Por lo tanto, hay una población seriamente desprotegida de cerca de 18 millones de personas, las cuales forman el grueso de los habitantes de las zonas marginadas de las grandes ciudades y de la población rural dispersa. Son éstas las áreas más necesitadas, pero al mismo tiempo las más difíciles de alcanzar con transporte, equipo, materiales y sobre todo, con recursos humanos. Del otro lado, la presión social e incluso la presión profesional inciden en una política de atención urbana y determinan mayor gasto en las ciudades, en los grandes hospitales, en las costosas facilidades tecnológicas.

Todas las razones expuestas han orientado las políticas gubernamentales de una manera primordial a lograr "la extensión de la cobertura de los servicios de atención de la salud a los mexicanos que actualmente no disfrutaban de ella" y la "definición y establecimiento de los niveles de atención de la salud con prioridad en los servicios de contacto primario". Las estrategias diseñadas para cumplir con tales tareas tratan de lograr los mejores resultados, sin aumentar exageradamente los costos, a través de una reorganización de los servicios de atención de la salud como un sistema de cuidados progresivos, en que desde el punto de vista de los recursos humanos —como siempre los más importantes— se reasignen funciones

a todos los componentes desde la comunidad misma hasta los especialistas de alto nivel. Entre todos ellos se tratará de alcanzar la meta ideal de impartir una medicina integral, que tenga por objeto la totalidad de las acciones médicas orientadas a promover, reforzar o restablecer la salud a través de actividades de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

Para estos fines se han dividido las acciones en tres grandes niveles.

1. Atención médica de primer nivel

El primer nivel de atención, denominado a menudo de contacto primario, es el primero de los sectores de trabajo y el más importante. Constituye el primero y único sitio de entrada al sistema de salud; todos los individuos, incluso aquellos a los que es necesario buscar o atraer, entran en el sistema de salud y mantienen contacto con él por intermedio de este primer nivel. Aquí se aplican los conocimientos y se toman las medidas generales en relación tanto con la salud como con la enfermedad; todos los problemas de salud y médicos deben ser abordados, analizados, tratados o referidos en este nivel.

En general, las acciones de atención primaria se llevan a cabo en consultorios, casas de salud y centros de salud, en sitios donde puede hacerse medicina ambulatoria, cercanos a los sitios donde la gente vive o trabaja. La atención primaria también se realiza en la comunidad cuando el sistema de salud se pone en contacto con núcleos familiares o comunitarios de diversa índole. Sin embargo, existen ocasiones en que el contacto primario se establece a través de centros de mayor complejidad tecnológica, es decir aquellos que no son estrictamente de nivel primario, como ocurre con la atención de las urgencias, que requieren servicios de hospitales bien equipados, sin necesidad de que el paciente sea atendido primero en un consultorio o en un centro de salud.

Las acciones de salud a nivel primario pueden estar a cargo de personal de muy diversa formación y responsabilidad, pero en general se puede decir que dependen, como un todo, del "equipo de salud" cuya composición (médicos, sanitarios, enfermeras, técnicos, auxiliares, promotores) es variable, pero que debe atender los asuntos de promoción de la salud, protección específica contra padecimientos prevenibles y los aspectos educacionales, así como los cuidados asistenciales, el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación.

Es precisamente esta diversidad en la composición del personal a nivel primario lo que permite reconocer ciertas categorías en el conjunto de actividades las cuales, como es natural, a menudo se sobreponen y

hacen difícil establecer jerarquías precisas de responsabilidad.

a) En un primer término, se reconocen las acciones para la promoción y la conservación de la salud realizadas por el propio individuo, o por las familias u otros grupos sociales. En este aspecto, se considera conveniente ayudar a los individuos, sanos o enfermos, y a sus familias, a identificar y atender sus problemas de salud y tratar de obtener de sí mismos el máximo potencial para su óptimo desarrollo. Siendo las acciones responsabilidad de la comunidad o de sus miembros, tienen lugar casi siempre en los sitios donde transcurren las actividades habituales de la población, sobre todo el hogar, las escuelas, los centros de trabajo y de recreación.

b) Ascendiendo en grado de complejidad, se encuentran las acciones de salud relativamente sencillas que no requieren adiestramiento técnico complejo y por ello pueden ser realizadas también en el hogar, las escuelas y los centros de trabajo, por individuos preparados en cortos lapsos que deben proceder de la misma comunidad y, por tal hecho, tienen gran aceptación en ella.

Estos trabajadores sanitarios han recibido diversas denominaciones: promotor de salud, monitor de salud, trabajador primario de sanidad, auxiliar de salud de la comunidad, ayudante de medicina, médico descalzo, auxiliar de enfermería, *medical corpsman*, *infirmier*, *feldscher*, aunque conviene señalar que varían su nivel de formación y sus responsabilidades de un país a otro. En nuestro país está en plena actividad el caso de los centenares de promotores de salud que están siendo adiestrados en decenas de poblaciones para cumplir con los objetivos de los programas de ampliación de la cobertura a las zonas rurales.

En ciertos casos, como sucede con el personal auxiliar, nuestros promotores reciben un salario simbólico de fuentes oficiales. En muchos países estas personas no dependen para su subsistencia del desempeño de dichas actividades y actúan como voluntarios; en otros casos se trata de individuos sostenidos parcial o totalmente por la gente de la localidad.

c) Las acciones de mayor complejidad y que representan cierta dificultad técnica deben ser responsabilidad de personal de nivel técnico o intermedio, del tipo de las bien conocidas enfermera técnica o la enfermera de acción ampliada. Se trata de personal ligado habitualmente a actividades institucionales y por lo tanto labora dentro de programas de salud establecidos.

d) Por fin, en el sector de atención primaria, se reconocen las acciones de mayor complejidad atendidas por personal profesional, con adiestramiento más elevado y que se realizan en consultorios y en clínicas que, con el apoyo tecnológico correspondiente, abor-

dan con gran capacidad los problemas más comunes y frecuentes de la patología. El típico profesional de este nivel es el "médico general", término con el que establecemos su equivalencia con el médico familiar o médico de familia, o el *general practitioner* clásico de los países de la Comunidad Británica o el *generaliste* francés.

Este tipo de medicina general, medicina práctica, es la función más antigua y tradicional, a pesar de que en los últimos años ha sufrido una grave crisis en vista de la evolución del progreso médico, de la invasión tecnológica y de un creciente atractivo que manifiesta la sociedad para ser atendida por médicos altamente especializados y con gran dominio de la compleja tecnología médica actual. Se ha llegado a pensar hasta en su desaparición; sin embargo, existe un sentimiento universal de que el papel del "médico general" es irremplazable. A este respecto conviene hacer ciertas reflexiones.

En primer término, consideramos que la medicina general debe existir por ella misma, por su importancia y papel, y no sólo para llenar los vacíos que dejan la medicina de especialidades y la medicina de hospital. Los tres tipos de medicina, interdependientes y coordinados, son indispensables para configurar un sistema de salud adecuado y eficaz.

El perfil profesional del médico general/familiar

El concepto de medicina general debe derivarse de las funciones realizadas por el recurso humano central a este tipo de actividades, o sea el médico general. La siguiente descripción del puesto, originada en 1974 por un grupo de expertos de 12 países europeos, sirve al momento actual como inmejorable punto de referencia.

"El médico general es un médico que proporciona atención personal, primaria y continua a individuos, familias y a una población a la que sirve sin distinción de edad, sexo o enfermedad. . . Atiende a sus pacientes en su consultorio o en sus hogares y ocasionalmente en hospitales. Un objetivo de su trabajo es establecer diagnósticos precoces. Comprende e integra los diversos factores físicos, psicológicos y sociológicos en sus consideraciones sobre la salud y la enfermedad. Toma la decisión inicial sobre cualquier problema que se le presente como médico. Se hace cargo de la atención continua de sus pacientes con problemas crónicos, reinicidentes o terminales. . . Practica en colaboración con otros colegas, médicos o no médicos. Sabe cuándo y cómo intervenir por medio de la prevención, el tratamiento y la educación para promover la salud de sus pacientes y sus familias; reconoce que tiene una responsabilidad profesional hacia la comunidad."

Están presentes con gran claridad, en esta definición, las capacidades relacionadas con la atención integral, con la atención continua y personal, con el equilibrio entre lo biológico y lo psicosocial. Sin embargo, más allá de los conceptos enunciados detrás de tal definición, debemos observar otros aspectos. El médico general debe ser un profesional con una educación muy amplia, seleccionado inicialmente por su genuino interés en la sociedad, por su capacidad para "preocuparse" por la gente; tiene un adiestramiento que le permite integrar una enorme cantidad de información procedente de las ciencias biológicas y sociales; muestran gran interés por resolver los problemas y escudriñar en su origen; tiene capacidad para tolerar la ansiedad y tomar decisiones en circunstancias de incertidumbre y puede resolver a sus pacientes los constantes y comunes problemas de la vida, de la enfermedad y de la muerte.

El médico general tiene grandes responsabilidades en los aspectos de prevención y educación para la salud, pues sólo él conoce la historia médica de sus pacientes, el grupo social al que pertenecen, el medio en que se mueven y donde han evolucionado.

El médico general debe estar muy consciente del límite de sus capacidades y tener acceso al nivel de medicina especializada, de consultantes o de cuidados de alta tecnología. Dentro de las posibilidades, debe tener abierto el camino para referir adecuada y oportunamente a los enfermos a los niveles secundario y terciario. De hecho, el médico general, el "generalista", sólo existe en la actualidad porque está también presente el especialista.

Desde el punto de vista estrictamente médico, en la atención primaria se encuentra una patología común al grado de que debe aceptarse que todo ser humano presentará alguna o más veces una afección de este tipo a lo largo de su vida. Aquí se observan las infecciones respiratorias, las formas más comunes de cardiopatías, hipertensión, diabetes, reumatismos, asma, obesidad, trastornos visuales, una diversidad de problemas gastrointestinales, accidentes menores y problemas emocionales o psicosociales.

Estos problemas son tan comunes que incluso poblaciones muy pequeñas del orden 5 000, 2 000 o aun de 1 000 habitantes podrían generar una constante demanda del médico general y de quienes integran su equipo de salud.

2. La atención médica del segundo nivel o de especialidades

El segundo nivel, de atención secundaria o contacto secundario, es aquel en que las tareas de promoción y preservación de la salud son de menor envergadura;

lo que domina es el interés por el campo de la enfermedad, el diagnóstico y el tratamiento de casos y la recuperación lo más rápida posible. El nivel primario es el camino de acceso al contacto secundario; cuando el médico general refiere un caso a un especialista "consultante" está en principio aceptando que ha rebasado sus capacidades por tratarse de un caso difícil, complicado o raro que necesita ser sometido para fines diagnósticos o terapéuticos, a un manejo que requiere en recursos humanos y técnicos especializados.

El especialista de contacto secundario tiene como finalidad la atención del individuo enfermo, o más aún, de la enfermedad, en principio por la necesidad de atender asuntos definidos en el área biológica.

La atención del especialista en este sentido no es del tipo continuo típico del médico general y aunque esto no quiere decir que un especialista no pueda dar atención personal a un paciente, apoya el hecho de que es más difícil para el especialista tener un enfoque personal, del mismo modo que a los médicos generales les resulta más complicado entrar en el campo de la alta tecnología.

La medicina de especialidades es muy diversificada. Existen los especialistas que podrían llamarse de tipo "generalista" como el internista y, en cierta forma el pediatra; en el caso muy concreto de la medicina interna, es obvio que se trata de médicos de medicina general de un alto nivel de calificación. El resto de los especialistas ejerce una actividad profesional enfocada a un aspecto fisiológico, un aparato u órgano, en forma altamente objetiva y científica, pero muestran poca capacidad para estudiar en forma integral al paciente; a menudo se necesitan varios especialistas para estudiar un caso y en ocasiones se requiere una síntesis a la luz del estudio general del paciente.

El contacto secundario se ejerce en consultorios de especialidad para pacientes ambulatorios y en hospitales de tipo general donde dominan las actividades médico-quirúrgicas de las grandes especialidades, medicina interna, cirugía general, gineco-obstetricia y pediatría. La existencia de otros subespecialistas (contacto terciario) es común, y entre ellos destacan los oftalmólogos, los ortopedistas, los traumatólogos, así como los urólogos, los neurocirujanos y otros.

La atención secundaria se dirige a problemas de frecuencia relativamente escasa en un individuo determinado, pero que se observan con regularidad cuando se trata de poblaciones de unos veinte mil a doscientos o trescientos mil habitantes; los asuntos médicos que dominan aquí son los accidentes debidos al desarrollo urbano e industrial, es decir, del tránsito, o laborales

o del hogar, las quemaduras, las fracturas, tumores atacables por radioterapia, trastornos cardiacos, renales, neurológicos o endocrinos seleccionados o las urgencias que requieren laboratorio hematológico o químico relativamente especializados.

3. La atención médica de tercer nivel o de subespecialidades

Tercer nivel, de atención terciaria o contacto terciario, es fundamental el nivel de las subespecialidades donde se atiende al paciente con problemas de patología orgánica muy concreta y específica abordables con métodos en centros de referencia. El trabajo de atención terciaria representa el grado más alto de actividad a nivel profesional y a menudo constituye prácticamente la frontera entre los conocimientos biomédicos, la investigación y sus aplicaciones. Sus acciones se realizan en los hospitales de los llamados en ciertos países hospitales universitarios, en los grandes centros hospitalarios o en los centros médicos de las grandes urbes, o en instalaciones geográficamente individualizadas provistas de unidades técnicas reducidas, institutos o unidades altamente especializadas, donde se pueden realizar de manera favorable las tareas de enseñanza, investigación y servicio típicas de estos organismos.

La patología atendida en el contacto terciario comprende problemas que tienen una probabilidad mínima de afectar a un individuo dado a lo largo de toda su vida, pero que sí tienen una frecuencia determinada y aun previsible en poblaciones grandes, por ejemplo del orden de medio millón o más de habitantes. Aquí se registran ciertas anomalías congénitas, aberraciones genéticas y moleculares raras, algunos neoplasmas malignos, los grandes traumatismos, ciertos problemas endocrinos y metabólicos raros, los envenenamientos agudos, las reacciones inmunológicas complicadas, las enfermedades "exóticas".

La organización de la medicina en estos tres niveles fundamentales tiene como objeto el de ofrecer atención integral a base del uso correcto de los recursos del contacto primario, el secundario y el terciario. Así, el sistema de salud queda formado por todos los componentes, desde la propia comunidad hasta el gran hospital de referencia o el centro médico. Sólo con un sistema jerarquizado como el descrito se podrán ofrecer los servicios preventivos, curativos y rehabilitatorios que garanticen las óptimas condiciones para toda la población, a través del uso efectivo de los recursos disponibles.