

Papel médico de los niveles de atención médica

I. INTRODUCCION

CARLOS ZAMARRIPA-TORRES*

Consideramos la atención médica como una actividad compleja, que sólo con la participación de todos, por modesta que sea, puede rendir sus mejores frutos.

El concepto sobre niveles de atención médica es reciente y ahora se emplea con gran amplitud, cuando aspiramos a conciliar lo diferente y crear la unidad que subyace en lo distinto, para crear nuestro Sistema Nacional de Salud. Vieja aspiración que se ha intentado lograr, unas veces por necesidades propias; otras por recomendaciones de organismos internacionales; algunas por políticas prioritarias de los gobiernos en turno. Cada uno ha dejado su semilla de renovación.

Como todo cambio no debe perder su pasado para nutrirse mejor, mencionaremos algunos antecedentes: en 1945, durante la Primera Asamblea de Directivos Médicos del Instituto Mexicano del Seguro Social, se señaló la necesidad de integrar un sistema coordinado de unidades y servicios médicos con atención domiciliaria, puestos de fábricas,

consultorios periféricos, clínicas, hospitales generales y hospitales de especialidad.¹ Sistema que se ha desarrollado en forma importante para el propósito de alcanzar el Plan Nacional de Salud.

Años después, en 1974, se elaboró el Plan Nacional de Salud,² con el concurso de las instituciones y sociedades médicas del país, y con los programas de salud de los Estados y Municipios, enfatizando la necesidad de ampliar la cobertura de la atención médica por medio de cinco niveles, que comprendían desde la atención primaria mínima, otorgada por personal auxiliar, promotoras voluntarias y empíricos adiestrados, pasando a médicos generales, para llegar a la atención especializada de alto nivel en los institutos nacionales.

Los cambios sociales y políticos del país, hicieron que se formulara el Programa Quinquenal del Sector Salud y Seguridad Social 1978-1982³ como sustitutivo del Plan Nacional de Salud. Entre los objetivos y estrategias del nuevo programa estaba proporcionar atención a toda la población, dar prioridad a la atención primaria, hacer que en forma coordinada participaran los Estados y los Municipios en la programación, control y financiamiento de éstos, mediante la adopción de medidas en términos de la reforma administrativa.

Presentado en sesión ordinaria de la Academia Nacional de Medicina, el 4 de abril de 1984.

* Académico titular.

Después, como resultado de estudios del Gabinete de Salud, las orientaciones de la Organización Mundial de la Salud y algunas experiencias nacionales y extranjeras, la Secretaría de Salubridad y Asistencia publicó, en 1981, el "Sistema de Servicios de Salud";⁵ que enmarcó en tres niveles, escalonados y regionalizados, la atención médica para la población marginada, los cinturones urbanos de miseria y las áreas rurales.⁶

Cuatro programas destacan en la S.S.A. en relación con nuestro tema durante los años 1981 y 1982, la desconcentración de los Servicios Coordinados de Salud Pública, para permitir la autosuficiencia de cada entidad federativa en cuanto a acciones de salud; la integración de los servicios; las dos reuniones nacionales sobre niveles de atención a la salud⁷ y la introducción del sistema de la medicina de enlace.⁸

El 25 de agosto de 1981, por acuerdo presidencial, se creó la coordinación de los servicios de salud como unidad de asesoría y apoyo técnico del Ejecutivo Federal, encargada de proponer las bases para establecer un Sistema Nacional de Salud. Esta coordinación, con la colaboración de varias dependencias gubernamentales federales y estatales, pero siguiendo los lineamientos del plan global de desarrollo y del sistema nacional de planeación, realizó diversos estudios para conformar un sistema de salud, que tuviera presentes los niveles de gobierno municipal, estatal y federal.

El gobierno actual, 1982-1988, se comprometió al establecimiento del Sistema Nacional de Salud y prometió diversas iniciativas, decretos, acuerdos y disposiciones administrativas. Sobresalen entre todas, la consagración constitucional del derecho a la salud, como garantía social para toda persona en nuestro país,⁹ las reformas al Código Sanitario, a la Ley Orgánica de la Administración Pública y la instalación del nuevo Gabinete de Salud del Poder Ejecutivo Federal, el 5 de enero de 1983.¹¹ En la estructura de este plan se señalan tres niveles de atención, coordinados en una adecuada jerarquización y con una racional regionalización de los servicios, de salud integrales, administración descentralizada y participación activa y conciente de la comunidad.¹²

En estas circunstancias, nos permitimos presentar algunas experiencias y comentarios sobre aspectos médicos-sociales de los niveles de atención médica.

REFERENCIAS

1. CORDERA PASTOR, A.: *Es posible planear los servicios a partir de las necesidades básicas de la población*. Gac. Méd. Méx., 1983; 119: 229.
2. IBARRA, J.: *Relato de la primera asamblea de directivos médicos*. Arch. Méd. IMSS, 1945; 1: 1.
3. PLAN NACIONAL DE SALUD: Secretaría de Salubridad y Asistencia, México, 1974.
4. PROGRAMA QUINQUENAL DEL SECTOR SALUD Y SEGURIDAD SOCIAL, 1978-1982. Serie programación y organización 1. Secretaría de Salubridad y Asistencia, 1979.
5. SISTEMA DE SERVICIOS DE SALUD. Publicación de la coordinación general. Planeación Secretaría de Salubridad y Asistencia, 1981.
6. CALLES LOPEZ NEGRETE, M.: *La salud no debe ser privilegio*. Salud-SSA, No. 26, 1981, pág. 10.
7. BELTRAN BROWN, F.: *Primera reunión nacional sobre niveles de At. a la salud*. Salud SSA, No. 26, 1981, pág. 13.
8. BELTRAN BROWN, F.: *Medicina de enlace, su aplicación*. Salud SSA, No. 43, 1983, pág. 11.
9. EDITORIAL: Boletín informativo de la coordinación de los servicios de salud. Año 1, No. 1, enero de 1982, pág. 2.
10. DE LA MADRID HURTADO, M.: *Decreto por el que se adiciona un párrafo al Art. 4o. de la Constitución política de los Estados Unidos Mexicanos*. Salud Pública de México, 1983; 25: 231.
11. INTRODUCCION: *Las reformas jurídicas para el Sist. Nat. de Salud*. Cuadernos de la SSA, 1983; 1: 11.
12. SOBERON ACEVEDO G.: *El proceso de integración de los servicios de salud*. Salud Pública de México, SSS, 1983; 25: 11.
13. LAGUNA GARCIA, J.: *El proceso de integración de los servicios de salud*. Los programas prioritarios, 1983; 119: 219.

II. CONCEPTOS GENERALES

ARMANDO CORDERA*

El concepto de sistema de atención médica es reciente. Si bien los servicios a pacientes se han prestado desde que se inicia la historia de la humanidad, estos eran individuales y posteriormente, se organizaron hospitales para recibir a moribundos. Michel Foucault menciona que es sólo a partir del siglo

* Académico numerario.

XVIII cuando alguien sale vivo de un hospital.¹ El mismo autor señala que por primera ocasión se intenta integrar algunos servicios, en Prusia durante el mismo siglo XVIII, cuando Frank y Daniel crean un mecanismo del Estado para llevar un registro de los enfermos con fines de reclusión o segregación, y para identificar las condiciones de salud de la población con propósitos de producción o de adiestramiento para la guerra.

Más tarde, Bismark, a fines del siglo XIX, crea la Seguridad Social como un mecanismo político-social para detener el avance de los grupos socialistas. Este tipo de atención médica se desarrolla en otros países europeos. Todas estas formas de organización médica utilizaban la medicina como un medio, pero el bienestar individual o social estaba ausente.

Al terminar la primera guerra mundial, los países que tomaron parte en ella iniciaron programas parciales para proteger a los veteranos.

El año de 1920 marca grandes cambios en los enfoques de la atención médica. La Unión Soviética inicia un programa con propósitos preventivos y curativos para toda la población, lo cual causa un impacto internacional y se convierte en tema de estudio por parte de muchos países.² Así se modifica el concepto de seguridad social con objetivos similares, siendo Japón el primero en aplicarlo en 1922, Chile en 1924 y Francia en 1928.³

La atención médica, tiene un nuevo impulso en 1942, en plena segunda guerra mundial, cuando Lord Beveridge, en Gran Bretaña, logró que el Parlamento votara la ley de derecho a la salud, que es un concepto más profundo que el derecho a la vida.⁴ Al terminar esta Segunda Guerra Von Bertalanffy propone la teoría general de sistemas, que tiene una rápida aceptación y se manifiesta en nuestro campo de interés cuando los países socialistas y la Gran Bretaña adoptan la modalidad de Sistema Nacional de Salud, que intenta afrontar todos los problemas de salud en forma sistemática, ordenada y coherente. Suecia, que no había participado en la guerra, pasa la ley correspondiente en el año de 1948, pero diversos problemas sociales retardan su aplicación hasta 1955. Noruega organiza su Sistema de Salud en 1957. Después siguen muchos países avanzados, excepto Estados Unidos que sigue siendo el único país que tiene una organización dominante basada en la ley de la oferta y la demanda.

En la década de los años cincuenta se considera que el modelo sueco y norteamericano, cuya base

son los hospitales, debe ser imitado y la construcción de grandes edificios se convierte en el objetivo primordial; cuando ya no hay más recursos económicos, lo cual sucede en la siguiente década, se recomienda la remodelación de los viejos nosocomios, que además, tienen la ventaja de estar muy bien situados.⁵

Muchos países, como consecuencia de la especialización, de la variedad de hospitales, de los costos que aumentaban sin cesar, y de la falta de médicos para manejar adecuadamente sistemas de gran complejidad, encontraron como solución lógica la de escalonar los servicios. Los países con mayor desarrollo social estimularon la formación de profesionales no médicos para atender problemas rutinarios o repetitivos.

Varios autores comienzan a escribir acerca de tres enfoques que tienen que tratarse conjuntamente, la descentralización, la regionalización y los niveles de atención.

Los investigadores buscaron información al respecto y encontraron dos documentos que desde entonces son la base teórica de estos puntos de vista: los trabajos realizados por Alfred Sloan,⁶ director de General Motors de Estados Unidos que descentralizó la producción y distribución de automóviles a partir de 1920 en base a planeación y control central; y el estudio del geógrafo alemán Walter Christaller en 1930 en relación al acceso de la población a los mercados centrales, que 25 años después fue la base de la planeación médica de la República Popular China.⁷ Robert Bridgman estudió la forma en que distintos países habían intentado solucionar el problema y lo publicó en su clásico libro "El Hospital Rural"⁸ donde hacía notar que hospitales aislados sólo existen en islas pequeñas, en valles rodeados por montañas y con dificultades de transporte la mayor parte del año, los puertos en costas inhóspitas, pero en el resto hay alguna forma de integración.

Es bien sabido que el comportamiento de los sistemas de atención médica en distintos contextos ha sido siempre diferente, pero a pesar de ello, muchos países tratan de copiar la organización de los que han tenido mejores logros. Para buscar cuál es el ejemplo a seguir, varios expertos han tratado de ordenarlos en categorías, Milton Roemer inició un estudio durante cerca de 20 años y que publicó en 1976,⁹ Kohn y White hicieron un aporte valioso para conocer los patrones de uso.¹⁰ Pero fue Alastair Campbell, de Escocia, quien logró una clasificación

de gran utilidad.¹¹ El autor señala que hay tres tipos de sistemas de atención médica en el mundo: los de tipo administrativo profesional, que son aquellos en los que profesionistas diversos, bajo el control estatal, definen las necesidades sociales y en razón de ello organizan los servicios; este tipo de sistema coexiste con uno de tipo comercial competitivo que es la llamada medicina privada, que se rige por las leyes de la oferta y la demanda.

Un tercer tipo es el Democrático-Consultivo, que es el sistema único en los países socialistas.

Es evidente que las estrategias de descentralización, regionalización y niveles de atención tendrán comportamientos diferentes en cada uno de esos tipos de sistema. En el comercial competitivo sus manifestaciones serán limitadas al autofinanciamiento de los servicios. En los de tipo administrativo profesional y en los democrático consultativos es donde potencialmente se pueden desarrollar mejor.

Si decimos que el concepto de niveles de atención médica es una estrategia, resulta útil recordar que a ésta se la define como la forma eficiente de relacionar los recursos internos para obtener el máximo impacto social positivo,¹² por lo cual se tiene que relacionar con un excelente diagnóstico situacional y una planificación con enfoque totalizador que produzca mejores resultados de bienestar biopsicosocial, a la vez que prestando al individuo la atención óptima, en el lugar adecuado, en el tiempo oportuno y con alto sentido humano.

El concepto de niveles obliga a estudiar primero los de tipo funcional y en razón de su comportamiento real definir los de tipo administrativo: sin embargo, es frecuente que en la práctica se definan inicialmente los administrativos. El estudio funcional de los niveles de atención médica parte de las observaciones de Edward Suchman, profesor de sociología de la Universidad de Pittsburgh, quien identificó las conductas de los individuos a punto de declararse enfermos en un estudio publicado hace 20 años.¹³ El autor señala que hay varias fases secuenciales que son:

1. Aparición de los síntomas: a) convicción de sentirse mal; b) la interpretación del significado por parte del individuo que tiene los síntomas; c) la reacción emotiva de temor o ansiedad. Su respuesta puede ser de negación de la enfermedad que se traduce en dilación para buscar atención médica; o bien la hipocondría, entendida como experimentar síntomas de enfermedades por razones sociales o psicológicas.

2. En la segunda fase, el individuo acepta su papel de enfermo y la necesidad de buscar atención médica. Primero trata de aliviar él mismo sus síntomas y si no lo logra, busca informes y consejos, pero al mismo tiempo la aceptación temporal de sus núcleos primarios, familiares, amigos y compañeros de trabajo respecto a su condición de enfermo que le autoriza a excusarse de cumplir con sus obligaciones.

3. Si los síntomas persisten o aumentan, el individuo busca y obtiene atención médica con el objeto de saber su diagnóstico y recibir un curso prescrito de tratamiento de fuente científica. El enfermo puede rehusarse a aceptar el diagnóstico o el tratamiento y buscar otra fuente de atención médica.

En nuestro país hay varios ejemplos de como se aplican las ideas sobre niveles funcionales. El programa de Servicios Coordinados del Estado de México lleva a cabo acciones de auto atención y sólido trabajo de personal profesional.

El programa de IMSS-COPLAMAR, tiene un buen desarrollo en acciones sociales básicas, como elevar el fogón, mejorar el piso de la vivienda, descacharrización, huertas familiares, colaboración para el saneamiento, etc., pero su acción más importante es en el nivel profesional médico de contacto directo con la familia.

Cuando el médico es el primer contacto con el paciente y tiene que llevar a cabo otras actividades administrativas que él juzga intrascendentes o atender nuevos pacientes con padecimientos banales que podrían ser manejados por personal adiestrado o paramédico, entrega su paciente al segundo nivel administrativo con problemas que al personal de ese hospital le parecen banales y así sigue la cadena que da por resultado una baja calidad de la atención.

Conclusión

El concepto de niveles de atención médica es extraordinariamente útil y puede repercutir en una mejoría del sistema si se relaciona con otras estrategias para lograr un mejor estado de salud de la población y una satisfacción del personal que presta los servicios. También se puede apreciar que existe gran interés de nuestras instituciones para ensayar nuevos enfoques que puedan ser útiles en cada diferente contexto.

REFERENCIAS

1. FOUCAULT, M.: *Historia de la medicalización*. Educ. Médica y Salud, 1977; 2: 1.
2. ROEMER, M.: *Health care systems in world perspective*. Ann Arbor, Mich. Health Administration Press, 1976.
3. Ibid.
4. COQUET, B.: *La seguridad social en México*. México, IMSS, 1964.
5. GARCIA, J. C.: *La medicina estatal en América Latina*. Rev. Lat. Med. Social, México, 1981.
6. SLOAN, A. P.: *My years with General Motors*. Garden City, N. Y. Doubleday Co. Inc., 1963.
7. PLATTNER, S.: *Rural Markets Networks*. Sci. Am. Sept. 1979.
8. BRIDGMAN, R. F.: *El hospital rural. México*, Editorial Interamericana, S. A., 1964.
9. ROEMER, M. I.: *op. cit.*, No. 2.
10. KOHN, R. y WHITE, K. L.: *Health care. An international study*. Oxford Medical Pub. Oxford University Press.
11. CAMPBELL, A.: *Medicine, health and social justice*. Edinburgo. Churchill-Livingstone, 1978.
12. ANSOFF, I. H.: *Corporate strategy*. Nueva York. Mc Graw Hill Book Co. 1965.
13. SUCHMAN, E. A.: *Fases de la enfermedad y atención médica*. Fac. de Sociología, U. de Pittsburgh, Pa., copia mimeográfica.

III. PRIMER NIVEL DE ATENCION MEDICA

RAUL GOMEZ-GARZA*

Tras muchos años de especialización y superespecialización médica se observa de nuevo en la última década de todo nuestro mundo, un frecuente movimiento hacia el desarrollo de la atención médica primaria; el cual está enfocado principalmente a conocer y promover la salud de la población, así como el control de enfermedades transmisibles y prevenibles por vacunación; la orientación nutricional; la detección oportuna de enfermedades crónicas y degenerativas; la atención médica general; la planificación familiar y la detección y control de problemas de saneamiento del ambiente, para lo cual los servicios de salud deberán organizarse

* IMSS.

de manera racional y evitar así dispendio de recursos y duplicidad de funciones.

En nuestro país, en la mayoría de los países en vías de desarrollo y aun en los desarrollados, se utiliza el método llamado de prevalencia que organiza específicamente la atención médica según la frecuencia con que se presentan los diferentes problemas de salud en la población, esto se basa en el triángulo de morbilidad con objeto de establecer tres niveles de atención por arriba de los factores de riesgo. De acuerdo al lugar que ocupan en el modelo piramidal de la atención, se denominan primero, segundo y tercer niveles de atención.

El tercer nivel de atención que se encuentra en el vértice, ocupa aproximadamente el 3 por ciento de los problemas de salud de la población y cuenta con medicina superespecializada e investigación.

El segundo nivel de atención se localiza en la parte media de la pirámide y se responsabiliza aproximadamente del 12 por ciento de los problemas de salud. Para lo cual cuenta con hospitales generales donde se realizan actividades de especialidades básicas: cirugía general, medicina interna, pediatría, ginecología y obstetricia.

En cuanto al primer nivel de atención, que es el tema a desarrollar, constituye la base de la pirámide y resuelve aproximadamente el 85 por ciento de los problemas de salud de la población en la cual se aprecian: un primer subnivel o de autoatención, que se refiere a las actividades que en materia de salud, lo realizan las familias, sin intervención del trabajador de la salud, cuyo objetivo principal es mantener, o restaurar la salud. Estas actividades se realizan siempre en el hogar de las familias, sitios de reunión o de trabajo: en los cuales la comunidad en general lleva a cabo acciones de autocuidado de su salud, prácticas derivadas de la medicina, con el empleo adecuado de métodos y técnicas de educación para la salud y actividades de higiene obtenidas casi siempre por hábitos y costumbres.

El segundo subnivel equivale al de "monitoreo" se refiere a la participación de líderes formales e informales en la comunidad, contratados por las instituciones de salud o que participan en forma voluntaria, en la organización y desarrollo de la comunidad; las actividades correspondientes a este subnivel que se realizan en consultorios, casas de salud y rurales y de zonas marginadas, tienen como

acciones predominantes: la educación para la salud, la prevención de ciertos padecimientos transmisibles, la orientación médica simplificada y el saneamiento ambiental básico.

El tercer subnivel o de atención profesional, se refiere a la atención médica general, con actitudes simplificadas de consulta general, las cuales se efectúan en consultorios rurales o en centros de salud de áreas suburbanas y el grupo de participantes en este subnivel lo constituyen los médicos en servicio social, los médicos generales de base y las auxiliares de enfermería; cuyas acciones se orientan a resolver los problemas médicos más comunes y de poca complejidad, así como la detección y canalización de aquellos más complejos.

Un ejemplo lo constituye Ciudad Nezahualcoyotl que actualmente cuenta con una población aproximada de 2 150 000 habitantes en una extensión de 63 Km² con aproximadamente 18 000 lotes habitacionales en 83 colonias, su atención para la salud también se encuentra organizada en niveles, en donde el segundo y porcentajes muy limitados del tercer nivel de atención, están bajo la responsabilidad del Hospital General que cuenta para brindar una atención adecuada con los servicios que identifican a estos niveles en lo que se refiere al primer nivel. El sistema de salud de Ciudad Nezahualcoyotl, cuenta con 7 centros de salud tipo a y 13 centros de salud comunitarios T III, que se han organizado de acuerdo a los tres subniveles en módulos de atención médica o equipos multidisciplinarios de salud, integrados por un médico en servicio social o médico general, una auxiliar de salud o de enfermería y un promotor de salud, además de contar con el apoyo de otros profesionales del campo de la salud para responsabilizarse de sus estados de salud en un promedio de 500 familias o tres mil habitantes aproximadamente de acuerdo a una regionalización previa que es flexible tanto como el número de recursos lo exija. Estos, realizan sus actividades según el subnivel que les corresponda y están en estrecha relación con las autoridades municipales e intersectoriales.

Es importante señalar además, que estos módulos cuentan también con el apoyo de profesionales del campo de la odontología, que se encuentran adscritos a las unidades de primer nivel de atención y que tienen bajo su responsabilidad la atención, prevención y educación odontológica de la población.

Dentro de las actividades de salud que desarrollan estos equipos multidisciplinarios se destacan los siguientes programas:

- Planificación familiar.
- Atención al menor de 5 años.
- Higiene materna, embarazo, parto-puerperio.
- Saneamiento básico.
- Control de enfermedades transmisibles y prevenibles por vacunación.
- Control de enfermedades no transmisibles.
- Detección oportuna de cáncer cérvicouterino y mamario.
- Nutrición y alimentación complementaria.
- Atención médica a sanos y enfermos.
- Atención odontológica.
- Educación para la salud.

Este último es un programa básico que comprende actividades que sirven de apoyo para que se efectúen los anteriores, y su objetivo es el de poder lograr la modificación de la conducta, que en materia de salud realiza la población. El concepto de educación para la salud puede ser orientado como proceso, disciplina o conducta y en conjunto la aplicación práctica de todo el programa persigue tres objetivos:

- a) Que la población eleve el concepto de salud en su escala de valores.
- b) Que la población acepte y coopere con la enseñanza que le facilite el aprendizaje de conducta, para conservar y mejorar su salud.
- c) Que la población haga uso oportuno y adecuado de los servicios de prevención y restitución de la salud en los diferentes niveles de atención.

Con objeto de resaltar la importancia que representa la educación para la salud, no sólo para llevar información a la población sino también para planeación de los servicios y programas de salud es imprescindible establecer las condiciones y características mediante las cuales se inicia el contacto entre la población y los recursos de salud.

Existen tres formas de contacto con los servicios de salud: la primera cuando la población acude espontáneamente y solicita una acción preventiva de salud, con lo que se integra la demanda espontánea. La segunda cuando la población acude a los servicios orientada por la promoción de los programas lo que constituye la demanda provocada, en ambas formas la población no presenta sintomatología específica o tan solo puede presentar signos y síntomas de enfermedades incipientes que

se pueden resolver con la medicina general del primer nivel. La tercera cuando la población acude a los servicios por urgencias debidas a diferentes tipos de eventualidades, fisiológicos o ambientales cuya atención exige la organización de un sistema caracterizado por la máxima rapidez del desplazamiento y el inicio pronto de la acción de la salud, lo que da lugar a la atención llamada de emergencia.

En base a todo esto se considera que en este modelo de 3 niveles de atención una de las características básicas de acceso a los servicios debe ser a través de las unidades de atención primaria, y en muy contadas ocasiones de las unidades secundarias o terciarias.

De la experiencia obtenida por revisiones de las diferentes instituciones de salud, los resultados en nuestro país y la propia en el sistema de salud de Ciudad Netzahualcóyotl, lugar donde se maneja la atención escalonada por niveles, podemos concluir lo siguiente:

- a) El modelo de atención a la salud es un instrumento básico para la adecuada planeación, programación, presupuestación y evaluación de los servicios.
- b) Es necesario elaborar el diagnóstico de salud del área de responsabilidad, antes de iniciar cualquier actividad.
- c) Hacer que el diagnóstico de salud, sea un instrumento que facilite la implementación de estrategias y hacer de esta manera funcional el modelo de atención, además de facilitar la toma de decisiones, para la planeación, la operación y control de los programas del sector.
- d) Desarrollar un programa de capacitación continua para personal técnico y profesional de los servicios.
- e) Capacitar y motivar a la comunidad en materia de salud pública, para que colabore en el desarrollo de los programas básicos, para lo cual se utilizará como estrategia fundamental la adecuada aplicación de las actividades del programa de educación para la salud.
- f) Que la estructura planteada en el primer nivel de atención es hasta el momento, el camino más adecuado para que todas las instituciones de salud y su comunidad, logren solucionar la mayor parte de los problemas de salud, tal como (en la mayoría de los conceptos) se ha podido comprobar en Ciudad Netzahualcóyotl.

IV. EL SEGUNDO NIVEL DE ATENCION MEDICA

LAZARO BENAVIDES-VAZQUEZ*

El perfil epidemiológico de la población mexicana es el de una patología mixta propia de los países del primer mundo así como de los que están en vías de desarrollo. Los factores condicionantes a esta paradoja quedan insertos en un deprimente medio ambiente, contrastantes situaciones políticas y económico-sociales, y un crecimiento demográfico no controlado.

El perfil operacional del sistema tradicional de atención a la salud en el país, adolece de rasgos como la dispersión de esfuerzos institucionales, superposición de recursos, alto costo de prestaciones, presión de una demanda creciente, desigualdad en el acceso y aprovechamiento de los servicios, y cobertura global incompleta, rasgos que provocan graves fallas operacionales. A esta situación se agregan la despersonalización y deshumanización en la atención médica, carencia de un sistema único de información y uniformidad de programas, normas técnicas y procedimientos.

El perfil financiero para 1982 se manifestó en un gasto público en salud de 1.4 por ciento en relación al producto interno bruto y de 3.8 por ciento en relación al presupuesto del sector público, la quinta parte de lo registrado a nivel internacional. La aplicación presupuestal observó una mala distribución programática:

Setenta y ocho por ciento para la atención médica, 3 por ciento para el mejoramiento ambiental, 1.5 por ciento para la asistencia social y 12 por ciento para los servicios administrativos.¹

Es bien sabido que las condiciones económicas, socioculturales y ecológicas de un país presentan una estrecha relación con la salud y la patología manifiestas en su población. De ahí que se acepte que para entender mejor el proceso salud enfermedad sea necesario abordarlo aplicando interdisciplinariamente las ciencias afines biológicas, ecológicas y sociales, y que en igual forma se aprovechen dichas disciplinas científicas para programar y ejecutar toda acción que promueva la salud y combata la enfermedad.²

* Académico titular.

En nuestro país tal enfoque global de ataque lo viene realizando el Sector Salud, constituyendo un claro motivo de esperanza de mejoría en la calidad de vida nacional; así lo manifiesta el gran impulso puesto en marcha para el establecimiento escalonado de un sistema de atención a la salud que cubre toda la población tanto en el área urbana como en la rural.

Con esta decisión se espera lograr un impacto notable en beneficio de la salud del mexicano al cumplir el sistema con las características de que los servicios lleguen a todos sin distinción y con calidad básica uniforme; sean accesibles en el momento preciso que se requieran; tomen en cuenta los aspectos preventivos, curativos, de rehabilitación, enseñanza e investigación, en acción paralela al desarrollo de la educación y la economía de la comunidad y el saneamiento ambiental; y por último, que se otorguen en su máxima eficiencia, con mínimos costos, óptimo aprovechamiento de los recursos disponibles y criterio humanitario.³

La funcionalidad objetiva del sistema ha de alcanzarse estratificándolo en niveles de atención determinados por la presencia de necesidades médico sociales de diversa complejidad, abordables por combinaciones y apoyos diferenciados de recursos de toda índole que caractericen a los servicios por su eficaz productividad y benéfica prestación. En otras palabras la programación de los niveles se basa en el análisis de las necesidades por atender y se complementa con la disponibilidad de recursos. Tal concepto relaciona entonces la progresiva severidad de las situaciones con un grado crecientemente complicado de integración de métodos y recursos para resolverlas.

En esta forma el proceso de integración y consolidación del sistema acepta como indispensable la cobertura de varios requisitos: precisión de las necesidades a cubrir y actividades a realizar en cada nivel; ministración funcional de los recursos convenientes por niveles de atención; establecimiento de vías de referencia de pacientes, y por último, selección y escalonamiento de las unidades en grado creciente de complejidad dentro de su respectivo nivel.

Como es natural, aunque se han englobado acciones genéricas en cada nivel, los límites de las áreas para cada uno de los escalones concebidos no pueden ser clara y exactamente definidos en cuanto a funciones, servicios y recursos.

Al segundo nivel se le ha reservado restaurar la salud y rehabilitar los daños asignándosele teóricamente la problemática de la patología nacional entre el 12 y el 30 por ciento de su volumen global, así como aceptar el papel fundamental de formar recursos humanos y llevar a cabo estudios sociomédicos diversos regionalizados.

Este cúmulo de objetivos y metas ha de realizarse en la red de hospitales generales del país, a través de actividades de atención medicoquirúrgica de las cuatro especialidades consideradas básicas: medicina interna, cirugía general, gineco-obstetricia y pediatría, más algunas otras definidas según la región geográfica; así como también a través de programas específicos de enseñanza e investigación.

La atención médica, la docencia y la investigación deben apoyarse en otros sectores hospitalarios mínimos de integrarse, como son la anestesiología, anatomía patológica y radiología, y los laboratorios clínicos. El conjunto de estas acciones requieren la combinación de recursos de variada complejidad, tanto para la atención ambulatoria y la que lleva a cabo la hospitalización de los pacientes, como para el desarrollo de los programas educativos a la comunidad y los estudiantes de diversos grados y el desempeño de investigaciones clínicas, epidemiológicas y sociales. A pesar del extraordinario esfuerzo que en los últimos 40 años ha realizado nuestro país con la introducción de conceptos programáticos en la práctica hospitalaria en busca de más amplios horizontes, mayor eficiencia en los servicios y uniformidad en la atención médicoasistencial, los hospitales generales todavía pertenecen a diferentes sistemas del Sector Salud y ofrecen contraste en condiciones de trabajo, servicios, recursos y población beneficiada. Estas discrepancias se equilibran por el peso mismo de dos rasgos unificadores:

a) Por una parte, todo hospital constituye un complejo formado por tres componentes: el sector receptor, o sea la población que recibe la atención médica (individuos o familias); el sector profesional que otorga la atención médica (médicos, enfermeras, administrativos, técnicos diversos, trabajadoras sociales, etc.); y el sector u organización social y física que facilita la atención médica (el hospital propiamente y su estructura orgánicofuncional).

b) Por otro lado, aun cuando cada uno de estos tres componentes puedan mostrar características especiales determinadas por diversos factores, e inclusive la propia institución incline su productividad con mayor ponderación hacia uno u otro objetivo según la orientación que se le haya dado, el complejo hospitalario realiza o debe realizar funciones básicas universales, a saber: atención médica, docencia e investigación, y relaciones públicas.

Un sinnúmero de condiciones externas que repercuten sobre la estructura orgánicofuncional interfiere en la ministración oportuna y adecuada de la atención en este segundo nivel.

Un ejemplo es la sobrecarga de pacientes indebidamente situados; toda unidad sanitaria u hospitalaria, cualquiera que sea su nivel de servicio, viene resolviendo problemas indiscriminadamente de los tres escalones, al grado que, digamos, una institución del tercer nivel se ve diariamente saturada con consulta externa y problemas de urgencia propios del primer nivel, como por ejemplo un simple cuadro dermatológico o un dedo magullado. Se establecen así barreras técnicoadministrativas que impiden la solución de problemas de mayor gravedad en el nivel correspondiente por la concentración excesiva en él de pacientes que deban atenderse en otro escalón de consulta.

Esta sobrecarga de pacientes debe atacarse y se evitará paulatinamente impulsando la coordinación entre los diferentes niveles de atención; orientando e informando al público que espera ser atendido e inclusive dentro de la misma institución sobre los servicios que prestan para que acudan al debido escalón; educando para la salud a los pacientes y a las familias sobre sus problemas, y fomentando la canalización o referencia de los enfermos de uno a otro nivel.

Estos apoyos representativos de otros más que deben hacerse, manifiestan puntos a ser cubiertos por un buen programa de información y relaciones públicas.

Discusión

La pregunta que salta de inmediato ante estas consideraciones es conocer los objetivos básicos del hospital. Alrededor de 1958 la OMS lo definió como "una organización médica y social cuya misión consiste en proporcionar a la población una

asistencia médica sanitaria completa, tanto curativa como preventiva, y cuyos servicios externos irradian hasta el ámbito familiar; el hospital es también un centro de formación de personal médico sanitario y de investigación biosocial". Concebido en esta forma el hospital servía a la comunidad ofreciendo todos los medios y recursos para fomentar la salud, prevenir y tratar las enfermedades y rehabilitar las invalideces; se integraba a los programas de los otros organismos de salud del lugar, desbordando con esta actitud el campo de la asistencia médica, pero de ninguna manera responsabilizándose de todos los problemas sanitarios de tal comunidad; aceptaba, además, programas de docencia e investigación médicas y sociales, bien sea en colaboración con otras instituciones, escuelas de salud o por sí mismo.⁴ Este concepto priva aún en algunos países.

Por la década de los 70, la Asociación Americana de Archivistas Clínicos, en traducción de la Oficina Sanitaria Panamericana, definió al hospital como "un establecimiento con personal organizado, instalaciones permanentes además de las camas para pacientes internos, y servicios que incluyen atención por médicos y cuidados continuos de enfermería para proporcionar diagnóstico y tratamiento a los pacientes".⁵ Tal definición, más precisa y delimitada que la anterior, cambia en forma definitiva el concepto médicosocial que sostenía la primera pues reduce la acción que ésta ofrecía para el hospital en el amplio campo de la medicina integral, a la más concreta, pero más estrecha, que establecen los límites de la medicina curativa.

Se puede aceptar que la primera definición está más acorde con las necesidades de nuestro país, pues orienta su labor en base a la medicina integral al incorporar en su doctrina la medicina preventiva, la medicina curativa y la rehabilitación de los pacientes, se refuerza con las ciencias de la conducta y las ciencias sociales, y entrelaza todas estas íntimamente con la administración médica.

Por fortuna, la estrategia que el Sector Salud ha establecido con el sistema de atención en tres niveles, no ha olvidado el enfoque epidemiológico que la definición de la OMS precisó en 1958 para el hospital. Simplemente lo ha desplazado como concepto básico hacia el nivel de atención primaria, según lo ha ejemplificado el Dr. Gómez Garza, sin desde luego, erradicarlo del segundo nivel ni tampoco del tercero.

V. TERCER NIVEL DE ATENCION MEDICA

JORGE SONI*

En la década de los años cuarenta surgen los institutos de alta especialización, los cuales tipifican la atención del tercer nivel.

La creación de estos centros de atención del tercer nivel se debió a la necesidad de tener fuentes de entrenamiento de alta calidad, así como para solucionar problemas complicados, resueltos con equipos de complicada tecnología y especialistas en problemas de difícil resolución.

Mucho se ha especulado y dicho acerca de la conveniencia de la creación y existencia de estos centros. Puede afirmarse ahora, cuarenta años después, que su existencia se ha justificado y es indispensable.

Los centros de atención médica del primer y segundo niveles son la base, el recurso primordial del país para la atención médica. Estos centros realizan una labor de incalculable importancia, manteniendo la salud de la mayoría de los habitantes del país. Baste decir que el 90 por ciento de los tratamientos de urgencia son resueltos por centros de estos niveles.

Similarmente, la carga asistencial de pacientes del país, entre el 90 y 95 por ciento está sostenida por los antes mencionados niveles de atención.

¿Cuál es la razón que justifica las unidades de atención del tercer nivel?

A los centros del primer y segundo niveles por la elevada carga asistencial no les es posible ciertas actividades, tales como el entrenamiento de especialistas a alto nivel.

Los recursos de que disponen deben utilizarlos correctamente, como lo hacen, en tratamientos y técnicas terapéuticas que beneficien al mayor número de pacientes.

No pueden dedicar sus recursos al estudio o tratamiento de procesos esotéricos y de poca incidencia. Los integrantes de estas unidades no pueden permitirse el lujo de escoger o rechazar pacientes con fines de realizar investigaciones perspectivas.

Proveer a centros del primer y segundo nivel de equipos e instrumentos cuyo manejo requiere

años de entrenamiento es totalmente incoachable e impráctico, ya que sería imposible contar no se diga con expertos calificados, sino imposible de contar con segundas manos experimentadas.

La investigación, exceptuando situaciones excepcionales, no es posible que se efectúe en los centros del primer y segundo niveles.

¿Qué constituye un centro del tercer nivel? La definición en unos casos es clara; en otros, puede parecer artificial. Una institución del segundo nivel que cuente con un especialista altamente entrenado y con un equipo dedicado a estudios de alta tecnología puede definirse como centro de atención del tercer nivel.

Podría suceder, como aconteció recientemente, que todos los integrantes de una unidad denominada como instituto del tercer nivel decidieron y se declararon que todos, por el solo hecho de pertenecer a esta institución, convertía a todos sus integrantes en investigadores y por lo tanto se consideraban investigadores a nivel de excelencia.

En los países más desarrollados científicamente no existe una definición clara de lo que constituye un centro de atención del tercer nivel.

La definición en sí es difícil de delimitar en términos precisos.

Existen entidades que se han distinguido por uno de sus departamentos que ha realizado una labor extraordinaria. En esto se ha basado el hecho de que desean que se les otorgue la denominación de centros del tercer nivel.

¿Cuáles deben considerarse centros del tercer nivel para atención médica?

Sobre este tema nuestro país ha predicado con el ejemplo. Creó los institutos con una clara definición de sus metas.

En el reconocimiento de extraños, ningún país ha alcanzado las metas propuestas en forma tan equilibrada como la hay en algunos de los institutos existentes en nuestro país.

Los institutos, no en mi concepto sino en el de los creadores, deben cumplir básicamente tres funciones:

La enseñanza especializada sobre la especialidad y sus ramas colaterales, para preparar especialistas de los centros del segundo nivel.

El entrenamiento de especialistas evitará el gigantismo de los centros del segundo nivel. No puede existir un centro del segundo nivel capaz de atender las necesidades de cuidados especializados en ninguna de sus ramas, de una ciudad con una población de mediana importancia en nuestro país.

* Académico titular.

Por lo tanto, es indispensable que exista el mayor número de centros del segundo nivel con especialistas debidamente entrenados.

La investigación debe tener cuatro funciones: la investigación básica, la investigación aplicada, el entrenamiento de investigadores de carrera y la función de investigación tecnológica, que yo creo es la fundamental para nuestro país. La situación actual nos ha obligado a reforzar nuestros esfuerzos y a inventar, improvisar y producir elementos diagnósticos, terapéuticos, así como de investigación propiamente dichos.

Siempre estuvieron al alcance de nuestra mano. No se hacía el esfuerzo de tener una tecnología nacional por diversos motivos.

Entre las funciones de los centros de atención del tercer nivel debe existir la obligación de establecer pautas directamente para el desarrollo de campañas de prevención, preparando además material informativo para el público.

Sugerir recomendaciones para elaborar reglamentos que fijen los mínimos sobre seguridad en las instalaciones eléctricas e hidráulicas, así como de materiales y forma de construcción de las instalaciones dedicadas a la atención de enfermos.

Deben establecer las reglas para los trabajos de investigación cooperativos de tipo internacional.

En el aspecto asistencial, las instituciones del tercer nivel deben estar tecnológicamente preparadas y con el personal altamente calificado para la atención de casos complejos.

Es obvio que la función asistencial deberá limitarse a un corto número de pacientes. No debe tratar de competir en cifras de pacientes atendidos en los centros de atención del segundo nivel. En la actualidad, la proporción de pacientes atendidos es alrededor del 4 por ciento de la población enferma.

El estudio de las características de atención médica existentes revela que las definiciones de nivel de atención varían drásticamente de país en país.

Aun cuando se tilde de exageración quizá debería existir a nivel de definición y acorde con las idiosincrasias nacionales una definición de un cuarto nivel, sugerido por un investigador sanitario mexicano.

¿En qué se basaría esta designación? En el hecho de que existen en la actualidad sitios de atención del tercer nivel comparables en equipo y elementos humanos para la asistencia médica a los existentes en los institutos, pero carecen de in-

vestigadores de ciencias básicas que puedan aportar contribuciones originales para el avance de las especialidades.

El denominarlas del cuarto nivel no implicaría rango de superioridad. Sería exclusivamente definición de metas y de satisfactores para lograrlos.

Los investigadores esotéricos de limitada o nula aplicación práctica, pero indispensables científicamente tendrán centros y justificación para su realización.

Debe insistir en que estas reglas, definiciones y funciones para los centros de atención del tercer nivel no pueden ser universales. Las condiciones y situación circunstancial nacional las hará variar de país en país.

Debo subrayar que las afirmaciones hechas por mí son aplicables a nuestro país.

VI. CONCLUSIONES

CARLOS ZAMARRIPA-TORRES*

El tema Papel Médico Social de los Niveles de Atención Médica es extenso y acerca del mismo se han escrito y publicado numerosos estudios directos y colaterales.

Por esos motivos, circunscribimos nuestras conclusiones generales sobre aspectos que nos parecen de interés y que se ventilan actualmente.

El funcionario por niveles de la atención médica, iniciado en México hace más de 10 años, exige la colaboración conciente y coordinada de todos los sectores sociales. Sean oficiales o descentralizados, privados o semiprivados, particulares, organizados o como simples miembros de la comunidad. Actuando bajo normas unitarias dictadas por autoridad competente y legalmente reconocida, para dar vigor a sus disposiciones y mantener una sólida continuidad. Hoy que tenemos derecho constitucional a la protección de la salud, es cuando estamos obligados a garantizar ese derecho, con el cumplimiento estricto de nuestros deberes ciudadanos.

La separación por niveles de atención es una división operativa. No puede tomarse como una repartición absoluta y tajante de actividades en campos diferentes. Hay que pensar que son un

todo, como en cualquier problema de salud. Las variantes de métodos serán indicadas por la intensidad de las causas y sus efectos, los recursos indispensables para corregirlas, el tipo de personal requerido y las verdaderas necesidades de la comunidad.

Siempre será aconsejable enterarse de experiencias similares. Es bueno conocer sus resultados favorables y evitar sus errores, para dar mejor sentido a nuestros planes y programas en las disciplinas básicas de la moderna atención médica, que comprende promoción y educación para salud, protección específica, diagnóstico temprano de los daños, limitación de las incapacidades, rehabilitación de invalideces y acciones sociales apropiadas.

Sabemos que se emprenden reformas administrativas para afinar los servicios de atención médica y que se pone énfasis en el aprovechamiento óptimo de la capacidad instalada y en la distribución equitativa de los recursos disponibles, de manera que garanticen su eficaz utilización en las regiones menos prósperas; hacer análisis de costos y tomar medidas para un racional funcionamiento; establecer sistemas de evaluación; emplear una terminología unificadora; superar la administración empírica y fomentar excelentes relaciones humanas.

La atención médica es una responsabilidad común a todo ser humano, por la interdependencia de intereses y sentimientos. Pero los médicos y todo trabajador de la atención médica, son los más indicados para esta empresa. Por esto es indispensable la actualización y el perfeccionamiento de los programas de formación y desarrollo del personal. Aumentar sus conocimientos científicos, su habilidad tanto técnica como administrativa y su conciencia médicosocial. Planes y programas diri-

gidos a cada categoría, desde los promotores de la comunidad, los empíricos, los auxiliares y técnicos necesarios, las enfermeras y trabajadoras sociales, los médicos generales, hasta los profesionales altamente especializados en medicina o en otras facultades, o los administradores de diversas ramas, los investigadores y educadores en ciencias de la salud, con grados de maestría o de doctorado. Pero capaces de ser efectivos ante cualquier cliente, aun con el que no habla español, no sabe leer ni escribir o que piensa y practica la medicina empírica o tradicional.

Es indudable el fomento que ha de recibir la investigación en la atención médica local y estatal, regional o con dominio en todo el país. Bien coordinados entre sí, para desarrollar modelos propios, consecuentes con las verdaderas necesidades y posibilidades del país.

Ante las dificultades económicas que padecemos, parece indicado cuidar lo que tenemos y hacerlo rendir al máximo. Estamos obligados, ahora más que otras veces, a incrementar los programas de mantenimiento de inmuebles y sus instalaciones, de equipo de cualquier índole, y a cuidar los suministros y el material de consumo.

El personal de la atención médica ejercerá su importante papel y moverá directa o indirectamente las fuerzas sociales y políticas para el mejoramiento ambiental del medio en que vive y el de la población que está a su cuidado.

El tiempo programado se acaba y algunas cosas han quedado sin expresar o nuestras limitaciones no las han hecho aflorar. Para terminar recordaremos que no hay filosofía de la atención médica decente, si no se ejerce con espíritu de solidaridad social y con auténtico sentido humanitario.