

Los retos actuales de la atención a la salud y la enfermedad.

La respuesta del IMSS*

Norberto Treviño García Manzo **

I. Introducción

Aunque se considera a la Carta Magna Inglesa de Juan sin Tierra, de 1215, como la primera expresión jurídica del reconocimiento de los derechos individuales frente al poder absoluto del soberano, fue después de la Declaración Universal de los Derechos del Hombre y del Ciudadano, propalada en Francia en 1789, y de la promulgación de la Constitución de los Estados Unidos de América, que muchos países incorporaron a sus legislaciones los derechos a la vida, a la integridad física, a la libertad, a la expresión de las ideas, al libre tránsito y a la propiedad. Las luchas sociales del siguiente siglo, el XIX, enriquecieron las libertades del hombre con la incorporación de los derechos sociales y económicos, destacando la obligación del Estado de proteger la salud de los ciudadanos.

Con estos antecedentes, el canciller alemán Otto von Bismarck fue el creador de la seguridad social moderna al promulgar en 1882 la Ley que protegía a los miembros de las fuerzas armadas contra los riesgos de la existencia. Finalmente, al término de la primera Guerra Mundial se fundó la *Organización Internacional del Trabajo*, que promovió la seguridad del hombre con la consigna "Paz por la Justicia Social".

Con tales premisas, el surgimiento de instituciones de seguridad social se generalizó a partir de la segunda década de este siglo y Chile fue el primer país latinoamericano en hacerlo en 1924.

En nuestro país, la Constitución de 1917 estableció en su Artículo 123 el derecho a la justicia y la previsión social; derecho que dio lugar, tiempo después, en los años 40, al inicio del desarrollo de la medicina institucional. Se crearon el Instituto Mexicano del Seguro Social IMSS, la Secretaría de Salubridad y Asistencia y numerosos hospitales especializa-

dos, al tenor de las tendencias estadounidenses, que iniciaban su liderazgo mundial en la medicina.

La Ley del Seguro Social, publicada el 19 de enero de 1943, dio vigencia a la voluntad del constituyente al garantizar la asistencia médica, la protección de los medios de subsistencia y los servicios necesarios para el bienestar individual y colectivo; además, estableció los seguros de riesgos de trabajo y enfermedades profesionales, enfermedades generales y maternidad, de invalidez, vejez, cesantía en edad avanzada y muerte. Desde luego dio lugar al nacimiento del Instituto que dedicó su primer año a tareas de planeación y afiliación para iniciar, el 1 de enero de 1944, la impartición de servicios médicos, primero en forma subrogada y después directamente. Más tarde, en la reforma de 1973 incorporó el seguro de guarderías y la protección de la salud a la población rural sin capacidad de cotización.

Hoy estamos aquí, en la Academia Nacional de Medicina, para conmemorar el medio siglo de los servicios médicos del IMSS. Durante 50 años hemos atendido la salud, y sobre todo la enfermedad, de manera cada vez más eficiente, pero nunca excelente, ni mucho menos. Hemos contribuido, como Institución, a mejorar el panorama nacional de salud y, evidentemente, la situación de nuestros derechohabientes es, en general, mejor que en 1944. Los académicos Alberto Lifshitz y Onofre Muñoz, apoyarán con su exposición esta afirmación. Ellos mismos se encargarán de señalar, explícita o implícitamente los retos que surgen de las nuevas situaciones y, por qué no, los que acarrearán nuestros errores y deficiencias. Un servidor y el académico Carlos Varela procuraremos dejar en claro qué dirige y orienta a la Subdirección General Médica para enfrentar, más ordenada y sistemáticamente, los retos actuales y futuros de la atención a la salud y la enfermedad.

* Presentada en la Academia Nacional de Medicina el 9 de febrero de 1994.

** Subdirector General Médico del Instituto Mexicano del Seguro Social.

II. El escenario

Alberto Lifshitz*

Esta presentación intenta describir el ambiente en el que ocurren retos que hoy en día constituyen la atención a la salud y a la enfermedad y las circunstancias que rodean. Esto abarca la evolución y las características de la sociedad mexicana contemporánea, su sitio en el panorama mundial, el desarrollo que han alcanzado los servicios médicos institucionales en 50 años de historia y algunas tendencias que permitan prever el futuro.

En estos cincuenta años México ha vivido acontecimientos que han transformado a la sociedad. El panorama demográfico y el epidemiológico son hoy en día totalmente diferentes. Hace cincuenta años teníamos poco más de 20 millones de habitantes y 65 por ciento de ellos vivían en el medio rural. Hubo más de 100,000 muertes por diarrea en un año y la viruela aún llevaba una tendencia ascendente. Las principales causas de muerte eran la tifoidea, la influenza y el paludismo.¹ Hoy en día la población se ha cuadruplicado; menos de 30 por ciento viven en el medio rural, la esperanza de vida al nacer casi se ha duplicado, han descendido notablemente las tasas de mortalidad por enfermedades infecciosas mientras que la mortalidad por tumores malignos y por diabetes se ha multiplicado por 2 y por 7 respectivamente.² Al prolongarse la supervivencia y reducirse la tasa de natalidad, el promedio de edad de la población tiende a aumentar, lo que plantea nuevos desafíos, tanto en un terreno cuantitativo por el número de ancianos que actualmente alcanza entre 6 y 8 por ciento de la población total, como desde un punto de vista cualitativo porque los individuos mayores de 60 años representan una población específica con características distintivas comunes.

Los avances en el conocimiento han permitido la supervivencia de enfermos que en otras épocas hubiesen fallecido en edades más tempranas, lo que ha contribuido a una acumulación de enfermos crónicos por aumento en la duración de sus enfermedades. Los cambios en los estilos de vida, muy relacionados con la migración de la población rural a las ciudades, han propiciado que se manifiesten enfermedades que en otras épocas no habían sido reconocidas como problemas graves de salud pública.³ La reciente encuesta de enfermedades crónicas realizada por la Dirección General de Epidemiología y el Instituto Nacional de la Nutrición "Dr. Salvador Zubirán",⁴ mostró que 23.8 por ciento de los individuos mayores de 20 años son hipertensos, 6.7 por ciento tienen diabetes no dependiente de insulina, 21.5 por ciento son obesos y 8.8 por ciento tienen hipercolesterolemia.

Además de las transiciones demográfica y epidemiológica, y de la migración de la población rural a las ciudades, México

ha entrado en una etapa de globalización económica y social aunque no ha resuelto totalmente las grandes desigualdades internas. Las enfermedades emergentes en el mundo, como las infecciones por virus de la inmunodeficiencia humana, los problemas iatrogénicos y las adicciones, se van reconociendo como problemas de salud de importancia creciente. La propia globalización y el avance en las comunicaciones han hecho que muchas de las circunstancias que enfrenta nuestro país sean las propias de la etapa histórica que vive el mundo: la revolución informática, la acelerada evolución de la tecnología, la rapidez en la renovación del conocimiento científico, el desafío ecológico y los nuevos dilemas bioéticos que nunca se hubiesen siquiera imaginado hace 50 años son algunos ejemplos. El financiamiento de la atención médica y de la seguridad social se ha constituido en una preocupación central de los gobiernos. Las sociedades se debaten entre tendencias muchas veces opuestas: la subespecialización y la desespecialización, la tecnificación y la destecnificación, la búsqueda de profundidad en el conocimiento y la búsqueda de extensión en el mismo, la medicina científica y las medicinas alternativas, la competitividad internacional y la competencia local, el énfasis en el contacto primario o en la medicina de alta tecnología, la inversión en investigación o en transferencia tecnológica.

El mismo año que nació el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) los Hospitales General y Juárez atendían a la población de escasos recursos y en el interior del país había un rudimentario sistema de atención médica estatal.

Al paso de los años, el crecimiento de los servicios del Instituto Mexicano del Seguro Social le ha permitido amparar a 60 por ciento de la población, aportar 25 por ciento de las investigaciones en salud y contribuir a la formación de miles de médicos, enfermeras y técnicos y colaborar substancialmente al desarrollo de los programas del Sector Salud. En 1990, el IMSS contaba con 36 por ciento de las unidades de atención médica del Sector Salud, 46 por ciento de las camas censables, 47 por ciento de las camas no censables, 49 por ciento de los quirófanos, 42 por ciento de los gabinetes de rayos X, 44 por ciento de los consultorios y 28 por ciento de los laboratorios. Con 49 por ciento de los médicos del Sector Salud y 51 por ciento del personal no médico para la atención de la salud, realizó 64 por ciento de las intervenciones quirúrgicas, 58 por ciento de las consultas, atendió 61 por ciento de los partos, egresó a 58 por ciento de los pacientes y atendió 65 por ciento de las urgencias.⁵

*Jefe de Servicios de Educación Médica del IMSS.

A pesar de los avances, los retos son aún formidables si se comparan nuestros logros con los de los países más desarrollados. Los conocimientos de hoy en día permiten aspirar a incrementar la esperanza de vida al nacer al menos hasta los 78 años, a acelerar las tendencias descendentes en la mortalidad materna e infantil y la que se debe a enfermedades infecciosas, y a reducir la pendiente en las curvas de incremento de incidencia y mortalidad de las enfermedades crónico-degenerativas.

Referencias

1. Secretaría de Salud. Libro del Cincuentenario. México. 1993.
2. Kumate J, Sepúlveda J, Gutiérrez G. Información en salud: la salud en cifras. Fondo de Cultura Económica. México. 1993.
3. Lifshitz A. El fracaso del éxito. Consideraciones sobre la epidemia de diabetes mellitus. Gac Med Mex 1992;128:87-90.
4. Secretaría de Salud: Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas. México 1993.
5. Instituto Nacional de Estadística, Geografía e Informática. Información estadística del Sector Salud y Seguridad Social. Cuaderno No. 8. México. 1993.

III. Atención a la salud

Norberto Treviño García Manzo*

Antes de dedicarme a desarrollar el tema que se me asignó en el presente simposio, me permitiré relatar, brevemente, los dos más importantes pasos que recientemente dio la Subdirección General Médica para cumplir mejor con su responsabilidad fundamental, derivada del articulado de la Ley del Seguro Social, que también es su objetivo más general, y que se refiere a la atención del proceso salud-enfermedad.

1º. Le dimos a la Subdirección General Médica una estructura más lógica y más completa en función del objetivo y responsabilidad antes señalado. Para ello nos apoyamos en las cuatro funciones generales de la medicina: Salud pública, Atención médica individual y familiar, Educación médica e Investigación médica, ya que su cumplimiento conjunto constituye la *atención integral del proceso salud-enfermedad* o *ejercicio integral de la medicina*. Por razones que en esta ocasión no explicaremos, pero que en todo caso se entienden fácilmente, las Jefaturas de Salud Reproductiva y Materno Infantil y de Salud en el Trabajo, junto con la Jefatura de Salud Pública propiamente dicha, conforman la primera función general de la medicina y entre las tres se ocupan de atender el subproceso de la salud.

2º. La construcción de un modelo de atención que pudiese responder a las exigencias conceptuales y de operación que, obviamente, nos planteaba nuestra nueva estructura y lo que al través de ella, reitero, se debe lograr el *ejercicio integral de la medicina*, o *atención integral del proceso salud-enfermedad*. Debido a que el modelo resultante aprovechó los aspectos positivos del anterior, modificó los ya superados e incorporó aquellos indispensables para satisfacer las necesidades de atención a la salud y las demandas de atención de la enfermedad y sus secuelas, no se le llamó *nuevo modelo*, sino *Modelo Moderno de Atención a la Salud*, que también consta de cuatro funciones:

Primera. Incrementar el nivel de salud, disminuir los riesgos y prevenir los daños.

Segunda. Otorgar atención médica integral.

Tercera. Formar, capacitar y desarrollar al personal para la atención de la salud, y

Cuarta. Realizar investigación médica.

Cada una de estas funciones está caracterizada por diversos atributos que son la cualidad que las califica, pero que, además, también definen sus acciones, tareas, operaciones y pasos, cuyo cumplimiento las hace realidad en el sitio en donde, finalmente, se da la importante interrelación entre el prestador y el usuario de los servicios.

Creo que ahora, con esta sucinta información, estamos en condiciones de ocuparnos de la respuesta del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) a los retos actuales de la atención a la salud.

Como marco de referencia necesario para desarrollar lo anterior, es conveniente, además, tomar en cuenta los siguientes conceptos:

Entendemos como *Atención a la salud* al "proceso cuya finalidad es promover el bienestar, disminuir los riesgos, prevenir los daños a la salud y mantener el equilibrio dinámico del individuo con su ambiente". Nótese que esta definición (que debe guiar todas nuestras acciones) se apoya de manera fundamental en la primera función del Modelo Moderno de Atención a la Salud y, además, se ubica conceptualmente como una de las funciones generales de la medicina moderna: la Salud Pública. En el Instituto Mexicano del Seguro Social esta función considera como parte de sus componentes sustanciales los relacionados con la epidemiología, la medicina preventiva y el fomento de la salud, así como, desde luego, la salud reproductiva y materno infantil y la salud en el trabajo.

* Subdirector General Médico del Instituto Mexicano del Seguro Social.

El reconocimiento de la salud pública como principal estrategia y baluarte, no sólo de la atención a la salud, sino también como fundamento de la salud positiva, se manifiesta claramente en la consolidación de los programas prioritarios institucionales y nacionales; pero además establece importante nexo dinámico y de respeto con la comunidad, situación que permite incluir al derechohabiente no como receptor pasivo sino como elemento activo en el autocuidado de su propia salud.

Estos conceptos no son nuevos, pero por razones que no es éste el momento de discutir, han permanecido en el olvido o en el subconsciente. Permitamos que surjan, que afloren para estar en condiciones de reorientar la dirección de nuestras acciones. Es decir, debemos agregar a la promoción de la salud y la protección específica, acciones tendientes a identificar, por medio de la epidemiología, poblaciones singulares o determinadas en función de ciertas características comunes, como por ejemplo los diversos grupos de riesgo alto, y debemos ocuparnos no sólo de evitar la enfermedad, sino de mantener e incrementar la salud positiva, entendida como "La reserva física, mental o social con que cuenta el individuo o la población para disminuir los riesgos y prevenir los daños", todo a través de la educación y el fomento de la salud. De esta manera, la atención a esta última, y en particular la salud pública, poco a poco dejarán de ser un paliativo paternalista del Estado y sus instituciones -entre ellas, la nuestra- para transformarse en un bien social que todos estamos comprometidos a preservar. La disminución en la prevalencia de enfermedades prevenibles por vacunación; la prevención y mejor control de las enfermedades diarreicas y el cólera, la tuberculosis, el paludismo y el SIDA, entre los principales; el nexo dinámico y de respeto mutuo con la comunidad a través de acciones de educación y fomento de la salud, son algunos de los resultados que paulatinamente nuestra Institución ha obtenido con el esfuerzo de muchos.

Pasemos ahora al segundo componente organizacional que en el Instituto Mexicano del Seguro Social forma parte de la salud pública, me refiero a la *salud reproductiva y materno-infantil*, misma que puede definirse como "la capacidad de la pareja humana de disfrutar su vida sexual, regulando su fecundidad, vigilando el embarazo, parto y puerperio, así como la nutrición, crecimiento y desarrollo de los niños, para que la reproducción ocurra en las mejores condiciones de salud y bienestar tanto para la pareja como para sus descendientes". En esta definición se encuentran involucrados varios procesos cuyo cumplimiento cabal será la respuesta que el Instituto Mexicano del Seguro Social dará a los retos que surjan de ellos mismos, a saber: educación para la salud reproductiva, vigilancia epidemiológica de la salud reproductiva, promoción de la planificación familiar, vigilancia y control epidemiológico de la salud materno-infantil y promoción de la salud materno-infantil. Los retos que surgen para el cumplimiento operativo de estos procesos son obvios, pero debemos informar que la integración estructural en

materia de planificación familiar y materno infantil está propiciando en nuestra institución cambios positivos, tanto cualitativos como cuantitativos; veamos algunos de ellos: incremento en la cobertura de la vigilancia prenatal, que en nuestra institución alcanza casi seis consultas antes del parto; disminución progresiva de la fecundidad y la natalidad; mejoramiento de la nutrición de la madre y su producto, con relación a este último, mediante el impulso del alojamiento conjunto y la alimentación al seno materno; mejoramiento del crecimiento y desarrollo del menor de cinco años, y sobre todo mayor oportunidad en el inicio de todas estas acciones. El "Hospital Amigo del Niño y de la Madre" es una excelente estrategia en camino y poco a poco vamos tomando conciencia que cuidar la salud de la madre y su bebé es casi asunto de seguridad nacional.

Pasemos ahora al último elemento que integra el trípedo sobre el cual se apoya la Salud Pública Institucional, y desde luego la primera función del Modelo Moderno de Atención a la Salud.

La misión básica de nuestro Instituto ha sido desde sus inicios la atención de la salud de los trabajadores y el otorgamiento de las prestaciones que señala la Ley del Seguro Social, en específico lo que se refiere a los servicios de salud en el trabajo y las rentas que debe recibir el asegurado por riesgos calificados presentes en el trabajo y, desde luego, por la invalidez. Tradicionalmente los servicios de medicina, ahora, salud en el trabajo, se dedicaron fundamentalmente a la elaboración de dictámenes de invalidez para el otorgamiento de las prestaciones económicas correspondientes, tal como señala y lo manda la Ley del Seguro Social. Esta tarea aún absorbe parte significativa del personal y los recursos; sin embargo, la orientación moderna de salud en el trabajo tiene su punto de partida en la identificación de los procesos que la integran y le permiten tomar la parte que le corresponde para coadyuvar al cumplimiento de la primera función de nuestro modelo, mismos que a continuación enumero:

Prevención de los riesgos de trabajo, y de los daños a la salud originados en el trabajo, educación para la salud laboral, vigilancia y control epidemiológico de los riesgos de trabajo y vigilancia y control epidemiológico de la invalidez.

Es necesario subrayar que en este campo nuestra institución ha obtenido avances importantes en los últimos 10 años. Vale la pena recordar que tanto en riesgos de trabajo y accidentes de trabajo por cada 100 trabajadores, y en accidentes en trayecto por cada 1000 trabajadores hubieron, en dicho lapso, descensos significativos que van de casi el 8 al 30 por ciento.

"Realizar actividades para incrementar el nivel de salud, disminuir los riesgos y prevenir los daños".

Recuerdo e insisto: esta función del Modelo Moderno de Atención a la Salud, en total concordancia con la primera función general de la medicina, la *salud pública*, orienta, y así lo hará en el futuro, la respuesta que el IMSS dará cuando se

trate de la atención a la salud, atención que deberá cumplirse de acuerdo a los atributos que la caracterizan, algunos de los cuales recordaré a continuación:

Dirigidas a los problemas de salud más frecuentes, transcentes y vulnerables.

• Dirigidas a poblaciones específicas y a grupos de riesgo alto.

- Extensivas al individuo, su ambiente laboral y su familia.
- Dirigidas a mantener e incrementar la salud positiva, y
- Realizadas por medio del fomento y educación para la salud, entre las que más nos ayudan para contribuir a explicar la respuesta que el IMSS da y dará en relación a la Atención a la Salud.

IV. Atención médica

Carlos E. Varela Rueda

La enfermedad ha existido desde siempre. Para el hombre primitivo era causada por dioses o por demonios y, desde esa visión, se ha llegado a la época actual en la que se conocen con precisión los agentes causales de muchos padecimientos. La evolución que ha experimentado la medicina le ha permitido pasar de los diagnósticos y tratamientos de tipo mágico-religioso, a la identificación y manejo científico que en la actualidad se puede hacer de un buen número de daños a la salud.

La atención a la enfermedad se refiere al proceso de interacción que se realiza para solucionar en forma conjunta un problema de salud y, por lo tanto, involucra una gran variedad de factores humanos como son, entre otros, las necesidades, el comportamiento, la responsabilidad, los valores, la actitud y la ética. Dicha interacción ocurre entre personas que solicitan y reciben la atención y personas que se las proporcionan.

Dado que en el Instituto Mexicano del Seguro Social la interacción se lleva a efecto en un ambiente especial, se debe tener en cuenta que en ella intervienen factores de tipo político, social, económico y organizacional propios del medio institucional, el cual, a su vez, tiene como entorno las condiciones de todo tipo existentes en el país, mismas que constantemente sufren cambio y transformación.

El Instituto ha cumplido cincuenta años de proporcionar atención médica, es decir, atención a la enfermedad. Invariablemente, la evolución gradual de su estructura y organización se ha sustentado en el cumplimiento de las responsabilidades que le han correspondido en cada uno de los momentos históricos de su existir, siempre dentro del marco de la Ley del Seguro Social, de sus políticas en materia de oferta de servicios y de las sectoriales que se derivan de los problemas de salud existentes y de los recursos disponibles en el país.

El reto actual de la atención a la enfermedad se presenta en medio de un conjunto de circunstancias que es preciso superar. La institución padece gigantismo y en muchos

órdenes priva el burocratismo; su estructura y organización sufren sus efectos. Más que regular la dinámica de la operación, una normatividad excesiva la obstruye y la hace ineficiente.

Por su parte, los costos de operación son cada vez más altos. El desarrollo tecnológico deslumbrante de nuestro tiempo nos ha situado en el riesgo de caer en la tentación de buscar más estar a la moda que en el camino de realizar proyectos que den lugar a un beneficio social efectivo, lo que ha contribuido en forma importante al incremento casi desmesurado de los costos.

También se observa una limitante considerable en los recursos disponibles, la que, además del alto costo de los equipos y de los insumos para la salud, es atribuible a factores como son el elevado nivel de desempleo y los bajos ingresos, con deterioro importante en las condiciones de vida de los grupos más necesitados de la población y, por ello, a mayores demandas de servicios de atención médica.

A lo anterior se suman dos fenómenos que son fundamentales para entender la respuesta que la institución debe dar a los retos actuales o, por lo menos, para orientar sus esfuerzos en ese sentido. Me refiero a las transiciones demográfica y epidemiológica que ya fueron analizadas por los doctores Lifshitz y Muñoz.

La ~~escasez~~ de recursos, tanto para la inversión como para la operación, determina la necesidad de planear cuidadosamente las acciones que permitan mejorar el otorgamiento de los servicios en los términos que las necesidades sociales, las demandas de atención y las políticas sanitarias lo exigen.

El desafío que significa la racionalización de los recursos obliga a hacer un análisis concienzudo de las demandas de atención médica, así como de los servicios y recursos adecuados para atender a los enfermos.

La organización del personal y la de los servicios es el elemento básico de la respuesta de la institución para aprovechar más los recursos y atender mejor y con mayor oportunidad a la gente que enferma. La respuesta se da en el marco del

Modelo Moderno de Atención a la Salud, en particular, en lo establecido en su función dos que se refiere al otorgamiento de la atención médica integral.

Para mejorar la atención a la enfermedad, en el Instituto se aplica la estructura por procesos, misma que da lugar a secuencias de actividades que ocurren en forma más lógica, ordenada y racional; son secuencias que favorecen la continuidad de la atención y facilitan la coordinación entre los elementos interactuantes.

El gran reto se ubica en los extremos de una balanza que luchan entre sí: el incremento en el costo de los insumos y los costos de operación por un lado, y el deterioro en la calidad de la atención por el otro, que en muchos casos ha alcanzado niveles alarmantes.

Así, la respuesta a dichos retos que estarán presentes durante los años que restan de este siglo y los primeros del siguiente, se puede circunscribir a dos aspectos centrales: la administración de los servicios, sustentada en la contención de costos orientada a la máxima eficiencia y efectividad, y el desarrollo de las acciones bajo el enfoque de la mejora continua y en búsqueda de la calidad total.

Paradójicamente, lograr lo anterior plantea casi obligadamente la necesidad de modernizar la infraestructura de las unidades de atención médica, tanto las de medicina familiar como las hospitalarias, situación que en principio demanda una inversión elevada que resulta difícil de lograr ante la insuficiencia de recursos financieros.

En virtud de lo anterior, e independientemente de lo que se pueda lograr en materia de inversión, la respuesta institucional está orientada a diversificar los mecanismos y estrategias que permitan incorporar a los servicios de atención médica los elementos estructurales que garanticen el éxito de las acciones, mismas que están encaminadas a que la atención sea de calidad óptima y se otorgue al menor costo posible.

El Instituto Mexicano del Seguro Social de hoy, el que encara el desafío de su permanencia, está intentando la aplicación de tales estrategias, aplicación que comentaré de manera general, en el mismo orden en que se definen los procesos de la atención médica.

Los servicios de urgencias de los hospitales representan una alternativa adecuada para la solución de los daños a la salud que ponen en riesgo la integridad o la vida de los pacientes. Sin embargo, su organización actual ha propiciado que, además de la función que les corresponde, asuman otras que afectan su operación, los saturan indebidamente y determinan falta de oportunidad.

La descarga de consulta extemporánea de las unidades de medicina familiar ha sido un elemento de sobredemanda injustificada para el proceso de urgencias. Por su parte, la búsqueda por los pacientes de una atención más expedita, ha

ocasionado una afluencia espontánea que representa una utilización inadecuada del servicio.

Al interior del proceso, sus problemas de infraestructura y organización y los de aquellos con los que interactúa en forma habitual, lo hacen ineficiente e inoportuno. Un aspecto particular lo representa el actual esquema de manejo que tiende a convertirlo en una consulta externa, lo que representa una barrera que no favorece el otorgamiento de una atención rápida y eficaz.

La solución a estos problemas se ha orientado en tres sentidos: la creación de servicios de atención médica continua en las unidades de medicina familiar, que evitarán la demanda indebida a los servicios de urgencias de los hospitales; la reestructuración del proceso de urgencias, y el cambio de su esquema de operación, mismo que permitirá eliminar las barreras para la accesibilidad y facilitará el desempeño del personal.

Se está eliminando el consultorio de urgencias para sustituirlo por un área de recepción general o de primer contacto que hace más ágil el manejo inicial del paciente y el seguimiento de lo que se tiene que realizar subsecuentemente. Asimismo, se dispone de una sala de espera interna que acoge al paciente antes de que sea dado de alta.

Por otro lado, y con el propósito de darle la mayor autonomía posible al servicio, se le incorporan los procedimientos auxiliares de diagnóstico que se requieren con más frecuencia y se le adiciona una sala de operaciones que permite la atención inmediata del paciente quirúrgico.

Con la finalidad de hacerla más cálida, oportuna y otorgarla con mayor calidad, la consulta externa de medicina familiar se ha reorganizado facilitando su otorgamiento mediante cita previa, simplificando el expediente clínico, incrementando su capacidad resolutoria e introduciendo un sistema computarizado que permite que el personal se ocupe más de las personas y menos de los papeles.

A su vez, para que la consulta externa de especialidades cumpla mejor su función mediante la realización de acciones que representan una interrelación clara entre diferentes especialidades, procesos y niveles de operación, y con la intención de regular la demanda, evitar el diferimiento y abatir los costos de operación, se desarrollan acciones para fortalecer la capacidad resolutoria de las unidades de medicina familiar, se establecen criterios claros para la referencia y contrarreferencia de los pacientes y se simplifican las tareas con ayuda de procedimientos computarizados.

Desde hace muchos años, la respuesta a los retos de la atención a la enfermedad en el proceso de hospitalización se ha significado por la introducción de modificaciones en su estructura y funcionamiento, las que han ocurrido por dos razones principales:

La primera es de orden casi natural debido al abatimiento de las demandas de atención por daños a la salud como efecto positivo de las acciones de prevención, con las que se ha logrado disminuir en forma importante, entre otros, los casos de sarampión, de poliomielitis y de problemas enterales agudos que se acompañan de deshidratación.

En otro sentido, el cambio ha sido ocasionado por acciones concretas emprendidas con la finalidad de evitar el uso innecesario de la cama de hospital. Son acciones que se han traducido en la realización de dos programas fundamentales: el de cirugía de corta estancia y el de puerperio de riesgo bajo, programas que se han complementado con la atención domiciliaria del paciente, particularmente del que sufre alguna enfermedad crónica o terminal que amerita que esté encamado, pero no precisamente en una cama de hospital.

Es indudable que el proceso de hospitalización seguirá sufriendo cambios, ya que es uno de los que más se requieren dada la necesidad de conseguir que la atención sea más humanizada, y de abatir sus costos. Para lograrlo se está incorporando tecnología de punta, lo que permite prever una disminución aún mayor de la que hasta la fecha se ha conseguido en el indicador de camas necesarias por mil usuarios, como lo ilustra el hecho de que en los últimos diez años dicho indicador se haya abatido en seis décimas, lo que significa que, para la población usuaria actual, se han dejado de construir, por no haber sido ya necesarios, 104 hospitales de 144 camas, que representan alrededor de quince mil camas.

El proceso de cirugía es el que, sin duda, ofrece las mayores posibilidades de desarrollo y, por eso, resulta fundamental para delinear la respuesta institucional a los retos de la atención a la enfermedad. La nueva tecnología está revolucionando las técnicas quirúrgicas y los procedimientos anestésicos; derivando de ello que la morbilidad y la mortalidad que se presentan en este proceso tienden a disminuir.

En particular, el desafío es establecer un equilibrio razonable entre el costo de la tecnología y el beneficio que para los pacientes y para la propia institución se puede derivar de su empleo. En tal sentido, su uso adecuado es la mejor manera de responder al reto, además de la innovación que se haga a los esquemas de financiamiento y de adquisición, que permitan disponer de ella en forma más oportuna y suficiente.

La modernización de los gabinetes es la fórmula básica para incorporar los avances que se observan en el desarrollo tecnológico de los procesos de los auxiliares de diagnóstico. El reto está definido en el costo-beneficio de dicha tecnología y en su uso adecuado.

A la fecha, se han establecido modalidades de licitación que permiten, sin un gasto excesivo en la inversión, adquirir los equipos que cumplan mejor con este propósito. Sólo como ejemplo comentaré que en el laboratorio clínico la modernización incluye ya al 17 por ciento de los reactivos y que en los próximos dos años se logrará que el total de los exámenes que se practiquen se haga con los equipos idóneos y a los costos más bajos posibles.

Para las áreas de imagenología se han planeado respuestas similares, de modo tal que sólo con el gasto de operación se podrá contar con el equipo adecuado para cada caso específico.

Para concluir, permítaseme mencionar que con la gran cantidad de factores que intervienen en la atención a la enfermedad, el reto para el Instituto Mexicano del Seguro Social y, al mismo tiempo su respuesta, es decir, su responsabilidad, consiste en establecer y mantener una organización del proceso de la atención médica que propicie el logro, con la máxima calidad posible, del objetivo fundamental de la institución, que es contribuir a que se otorgue a los derechohabientes atención a la salud con oportunidad, eficiencia, efectividad, calidez y calidad, mediante la definición, verificación y evaluación del cumplimiento de las normas y programas, del mejoramiento continuo de las condiciones de trabajo, de la eficiencia de sus procesos y de la satisfacción tanto de los usuarios como de los prestadores de los servicios.

Las políticas de atención médica son la pauta de conducta del Instituto. De entre ellas podemos reconocer dos que son fundamentales: la que señala que el modelo de atención a la salud se desarrollará y mantendrá actualizado de manera congruente con las necesidades de la población y las políticas nacionales, sectoriales e institucionales en la materia; y la que se refiere a que el derechohabiente será considerado siempre como el sujeto primordial de la acción coordinada de los esfuerzos de la institución.

Con el diseño y puesta en marcha del Modelo Moderno de Atención a la Salud, que en su segunda función se refiere al otorgamiento de la atención médica integral, se establece la plataforma y el camino para que todos los elementos del subsistema de atención médica se adecuen para realizar las actividades que les corresponden con calidad, eficiencia y efectividad.

Otras acciones propias de la atención médica que se realizan como parte importante de la respuesta institucional actual al reto de mejorar la atención a la enfermedad son las siguientes:

Identificar en forma más clara y oportuna las necesidades y demandas de la población derechohabiente.

Mejorar la educación para la salud de los usuarios en relación con los conocimientos que deben tener acerca de los padecimientos más frecuentes, de los servicios y recursos adecuados para su atención efectiva y de la forma en que deben participar en el cuidado de su salud y de sus enfermedades.

Valorar sistemáticamente el grado de satisfacción de los usuarios para poder conocer sus puntos de vista en cuanto a los problemas que se presentan en el proceso de la atención a sus enfermedades y a la calidad del servicio que se les ha proporcionado, y actuar en consecuencia para superar las deficiencias.

Identificar sistemáticamente la satisfacción de los prestadores de los servicios para que, a partir de las observa-

ciones que hagan, se realicen acciones que permitan superar los problemas que dificultan el otorgamiento de la atención médica.

Realizar constantemente estudios de costo-efectividad que ayuden a valorar la racionalidad en el uso de los recursos.

Desarrollar e implantar criterios de manejo uniformes para los distintos padecimientos y que sean aplicables en cada uno de los procesos propios de la atención médica.

Mejorar y aplicar con eficacia los criterios para la referencia y la contrarreferencia de los pacientes.

Definir cada vez mejor los mecanismos de interacción y coordinación entre los diferentes procesos.

Precisar y mantener actualizados los procedimientos que deben ejecutar los personajes que habrán de participar en cada uno de los procesos.

Identificar y atender oportunamente las necesidades de capacitación y desarrollo del personal, para contribuir con ello a que se pueda desempeñar mejor en el cumplimiento de

sus tareas, y realizar investigación epidemiológica, clínica, biomédica, tecnológica y en sistemas de salud, para encontrar mejores respuestas a las interrogantes que plantee la atención a la enfermedad, tanto actualmente como en el futuro.

La lista puede ser interminable. Sin embargo, se puede resumir diciendo que el gran reto consiste en llevar puntualmente a la práctica las prescripciones que establece el Modelo Moderno de Atención a la Salud para el otorgamiento de la atención médica integral. Con ello, tanto el personal involucrado directa o indirectamente en la atención de la enfermedad como la propia institución, podrán cumplir con su responsabilidad de evolucionar positivamente de acuerdo con los cambios epidemiológicos, políticos, económicos y sociales que vive el país, y de responder en forma óptima a las necesidades del personaje más importante para el Instituto Mexicano del Seguro Social: su derechohabiente, en cuanto persona humana que es.