

ATENCION INTEGRAL DEL PACIENTE MEDIANTE EL ESTABLECIMIENTO DE NIVELES ADECUADOS DE ATENCION MEDICA

*Luis A. Cervantes **
*Pablo A. Isaza N. ***

I. CONSIDERACIONES GENERALES.

La presión de la demanda creciente de más y mejores servicios de atención médica ha obligado a los países a introducir cambios en los sistemas tradicionales de prestación de servicios de salud y a usar en forma más efectiva los recursos disponibles. Se reconoce la necesidad de ampliar las coberturas de tales servicios a la población, especialmente a aquella que habita en las zonas rurales, aún cuando son evidentes las fuertes limitaciones de todo orden que los países confrontan para una extensión que satisfaga objetivos o metas de ofertas razonables y útiles. Parece natural admitir, entonces, que sólo la estratificación en niveles de los recursos institucionales, y su utilización racional de acuerdo a las necesidades de salud de las personas, permitirán acercarse al ideal de cobertura a toda la población.

Ahora bien, para poder utilizar todos los recursos con que cuentan los países, se hace necesario que exista una clara definición de política de salud enmarcada dentro de los planes del desarrollo económico y social.

Punto fundamental de esta política, es la integración o coordinación de las instituciones que componen el sector salud, como medio para llegar con el beneficio de la salud a todos los grupos de población.

No parecen existir dudas que para ofrecer la pluralidad de servicios de carácter preventivo, curativo y social, necesarios para mantener la salud, existe la necesidad de integrar racionalmente los esfuerzos y los recursos para satisfacer las demandas crecientes de

asistencia y cumplir con otorgar mejores servicios de atención a las comunidades nacionales.

Asimismo, entendemos y aceptamos que el cuidado de la salud es único e indivisible, afecta a todos los ciudadanos por igual y no puede ser parcial ni fraccionado.

También, concordamos que la enfermedad y la invalidez no son sino etapas de un mismo proceso biológico y social, en el que las relaciones ecológicas del ser humano, con su medio ambiente y con sus semejantes, determinan un equilibrio inestable en el que la sociedad moderna procura intervenir en favor de la salud y del bienestar social, mediante una acción organizada de protección, fomento y recuperación de la salud.

Sin embargo, a pesar de coincidir tanto en principios como en propósitos, aún nos falta, por el momento, y por muchos momentos más por venir, encontrar y poner en práctica las medidas para lograr que esta integración de actividades en forma armónica y equitativa, llegue a realizarse de manera efectiva en todos los componentes de los sistemas intrainstitucionales, y más aún cuando se trata de acciones con participación interinstitucional.

Por los motivos anteriormente expuestos, debemos comprender que los objetivos de la salud no pueden ser llevados a cabo por fuerzas desarticuladas, ni por el desarrollo de programas separados en que unos tiendan al control de una variedad de padecimientos, prevención de enfermedades y promoción de salud, y

* Consultor Zonal en Atención Médica OPS/OMS

** Asesor Zonal en Planificación de la Salud OPS/OMS

otros al tratamiento de los enfermos, o al cuidado de ciertos grupos de población.

Hay consecuencialmente, premisas de orden doctrinario para organizar adecuadamente los recursos destinados a mejorar la salud del individuo, de las comunidades, reducir los daños, y para abordar la prevención, fomento y recuperación de la salud en un contexto articulado. Las estructuras que se establezcan y los modelos de atención que se pongan en práctica estarán relacionados con el grado de desarrollo general del país y/o con las condiciones y características locales, si queremos ser consecuentes con el postulado de que *la libertad para adaptarse a las condiciones y necesidades locales es punto indispensable para una eficaz administración sanitaria*.

II. CONCEPTOS DE ATENCION PROGRESIVA Y NIVELES DE ATENCION MEDICA

Con el progreso de las ciencias, la atención médica ha llegado a ser cada día más efectiva, pero también más compleja y más costosa. Mientras, por una parte, se han disminuido los promedios de estancia de los enfermos en el hospital, merced a terapéuticas y técnicas médicas más eficaces, por otra, la demanda de servicios va aumentando progresivamente con otros padecimientos que, por el momento, no son vulnerables a las medidas de prevención. Se hace necesario buscar una solución que se traduzca en una mejor y más económica utilización de los recursos a través de mecanismos que favorezcan la integración, la coordinación y la regionalización de los servicios de salud.

El concepto de la atención progresiva de los pacientes, aunque ofrece un cambio radical dentro del funcionamiento de los servicios de atención médica, que pudiera considerarse novedoso y atrevido, o un producto de nuestros días, ha sido realizado siglos atrás por los japoneses y hace más de 100 años en Inglaterra, y a no dudarlo en muchos de nuestros hospitales, en los cuales acercábamos a los enfermos más graves a la estación de enfermeras y alejábamos a los convalecientes que requerían menos cuidados hacia la parte posterior de nuestras salas de hospitalización. Más aún, la atención ambulatoria y el cuidado domiciliario, siempre han sido una práctica usual en nuestro medio; sin embargo, había faltado una definición más clara y precisa del concepto, y los métodos que nos llevaran a su aplicación racional.

De acuerdo con las bases de este concepto, los servicios deben llegar adecuadamente a:

- a) quien los necesite.
- b) donde los necesite.
- c) cuando los necesite.
- d) como los necesite.
- e) durante el tiempo que los necesite.

o sea organizar los recursos de acuerdo con los requerimientos de los pacientes y sus necesidades de atención. Se contempla en esta forma, la posibilidad de establecer niveles de atención médica que satisfagan en cantidad y calidad las demandas de las poblaciones, correspondiendo a los mismos una asignación congruente de recursos y una organización y administración racional de los servicios. La aplicación práctica del concepto nos lleva a considerar las siguientes fases:

1. Atención en el Domicilio.

Proporcionar servicios en forma eficiente que nos garanticen un cuidado sostenido dentro del ambiente hogareño y familiar, con una vigilancia mínima por parte del personal médico y paramédico, pero con el auxilio de los recursos diagnósticos y terapéuticos del servicio de salud.

El establecimiento de este servicio requiere fundamentalmente una preparación y orientación del grupo familiar:

- a) Para que acepten la permanencia del paciente en el domicilio.
- b) Para que le presten la atención debida de acuerdo con las recomendaciones del personal del servicio;
- c) Para que hagan uso adecuado de los recursos que el servicio pone a su disposición

2. Atención en Consulta Externa.

Atención ambulatoria en diversos establecimientos de salud, de acuerdo a las características y tipo de los padecimientos o la necesidad de atención, proporcionando servicio oportuno, eficaz y seguro que garantice el control del daño y la subsiguiente recuperación en períodos de tiempo razonables.

El desarrollo y manejo de este tipo de atención en distintos niveles de complejidad, requiere considerar la oportunidad de abordar la preven-

ción y la educación higiénica, así como poder contar con los auxiliares de diagnóstico y tratamiento necesarios, suficientes y oportunos, en forma que se permita a los pacientes volver a su domicilio movilizados institucionalmente o por medios propios.

3. Atención en Hospitalización.

Destinada a aquellos pacientes para los cuales los servicios ambulatorios y domiciliarios no garanticen una atención adecuada y que, por lo tanto, se justifican los cuidados en internamiento hospitalario.

Los tipos de atención a proporcionar cubren una amplia gama y van desde el paciente grave en estado crítico en el cual deben cumplirse indicaciones heróicas, hasta los cuidados mínimos a pacientes crónicos cuya estancia hospitalaria solamente se justifica para evitar riesgos al medio social.

Un conjunto de situaciones como las susceptibles de englobar en el rango señalado, hace necesaria una organización y administración de los servicios y recursos, fácilmente adaptable a los requerimientos de cuidados diversificados, para grupos de pacientes con condiciones similares y en función de las normas de atención progresiva, debiendo disponerse de las instalaciones que permitan satisfacer las necesidades de los pacientes, en forma proporcional a su condición o estado de salud.

Consecuentemente, se considera que la ubicación de los pacientes producirá traslados o migraciones internas en los diferentes departamentos o servicios de atención, para proporcionar los cuidados diferenciados que la demanda y la práctica profesional, de cada institución, señalarán como lo más aconsejables y efectivos, en vez de ajustarse a patrones rígidos que no sean congruentes con la realidad.

III. CONCEPTOS DE REGIONALIZACION Y NIVELES DE ATENCION MEDICA

El concepto de regionalización se basa en colocar dentro de un área geográfica suficientemente amplia —con población que puede alcanzar varios cientos de miles— todos los servicios de salud y programas bajo

una sola autoridad que los administre y los controle. La administración de los establecimientos de salud sobre bases regionales proporciona una distribución mejor y más razonable de los servicios; permite practicar ciertas medidas de control que tiendan a uniformar la prestación y la calidad de los servicios en toda la región; promueve una mejor utilización de los recursos y una mayor economía, haciendo posible la centralización de algunas funciones fundamentales de tipo administrativo.

El concepto de regionalización se define con mayor propiedad en 1920, cuando en Inglaterra se publicó el informe Dawson, en el cual se establecía fundamentalmente, que la medicina curativa y la medicina preventiva no son sino distintas facetas de un mismo proceso y que deben ser siempre practicadas en un mismo conjunto; además, el informe proponía, para el mejor aprovechamiento de los recursos disponibles, la creación de centros de salud primarios destinados a proporcionar servicios básicos de medicina general, preferentemente en forma ambulatoria, pero con un pequeño número de camas (16 en cada centro) para hospitalización transitoria de casos seleccionados, especialmente parturientas. Un cierto número de centros primarios de salud, coordinados entre sí, actuaría bajo la supervisión y apoyo de centros de salud secundarios, en los cuales se proporcionarían servicios especializados, ya fuera en forma ambulatoria o bajo hospitalización a aquellos pacientes referidos por los centros primarios y cuya complejidad diagnóstica o terapéutica, harían necesaria la participación del médico especialista.

Finalmente, el informe recomendaba que un cierto número de centros de salud secundarios, de una región determinada, estuvieran coordinados en su acción por un hospital docente, en el cual las especialidades estaban más desarrolladas y eran capaces de atender casos de mayor complejidad.

Actualmente, existen varias definiciones del concepto de regionalización, entre las que se destacan:

- “La regionalización es un sistema para prestar servicios de atención médica de buena calidad, en un área geográfica determinada, mediante el establecimiento de niveles y una doble corriente de servicios y docencia”.
- “La regionalización es un *instrumento administrativo* que permite utilizar los recursos disponibles, organizándolos de tal manera que a mayor

grado de enfermedad, corresponde un mayor grado de complejidad”.

“La regionalización es el *instrumento administrativo* que permite, a nivel intermedio, la consolidación de los programas nacionales de salud, para facilitar su ejecución a nivel local. El principal objetivo de la regionalización, es la coordinación de todos los recursos humanos y materiales disponibles de la región, a fin de obtener su mejor utilización evitando duplicaciones y permitiendo la accesibilidad de toda la población, sin diseminación, a los establecimientos de salud ubicados en la región”.

Las definiciones anteriores destacan las interrelaciones entre regionalización y niveles de atención. Por una parte los niveles de atención médica son componentes de la regionalización, e inversamente se hace necesario tener en mente el criterio administrativo de regionalización cuando se pretende definir los diferentes niveles de atención médica.

IV. DEFINICION

En cuanto a los niveles de atención médica, la definición que de ellos se haga conlleva el concepto de utilización económicamente óptima de recursos humanos, físicos y financieros, cuya cantidad, calidad y organización pueden ser de mayor o menor complejidad de acuerdo a las actividades que tengan que desempeñar dentro del sistema de regionalización administrativa.

La XX Reunión de Ministros de Salud de Centroamérica y Panamá, definió que: “El nivel de atención de salud es la mayor o menor complejidad tecnológica y organizacional de la magnitud de recursos con que dispone permanentemente en forma oportuna una comunidad para enfrentar sus necesidades de salud”.

Asimismo, recomendó lo siguiente:

- Que cada país establezca programas de atención de salud para cada nivel, definiendo de acuerdo a sus propias características, las actividades, tareas, normas y las necesidades de personal y planta física.
- Efectuar las modificaciones legales y reglamentarias pertinentes en los Ministerios y organismos de salud para la definición y funcionamiento eficientes de niveles de atención de salud.

- Dar énfasis y el debido apoyo de los otros niveles a la atención de salud rural como el nivel primario que permita mejorar y ampliar la cobertura dentro de la organización de los servicios de salud de cada país.
- Reforzar la regionalización con un sistema de atención progresiva en niveles de complejidad y referencia de doble vía, implementándolo de acuerdo a los requerimientos de la población.
- Establecer programas de promoción, formación, capacitación y adiestramiento indispensables para cubrir las necesidades reales de la población y que en esta tarea participe activamente la comunidad en todos los niveles de atención de salud.

Como simple guía se pueden describir los siguientes niveles de atención desde el punto de vista de organización y administración, haciendo presente que su número y nomenclatura varía de acuerdo a la estructura de los servicios de salud de cada país.

NIVEL I :

Este nivel estaría conformado por los servicios de salud primarios a nivel de la comunidad, entendiéndose por tal una acción sanitaria elemental pero que integra un conjunto de elementos necesarios para influir favorablemente en el estado de salud de la población. Su función fundamental está encaminada al fomento y promoción de la salud, y a referir pacientes a centros con mayores recursos. En él se desarrollan acciones de atención materno-infantil, incluyendo nutrición y planificación familiar, atención prenatal, atención de parto normal, atención del puerperio, cuidados mediados del recién nacido y atención de salud del menor de cinco años, acciones educativas a la comunidad; atención de emergencia en morbilidad; control de enfermedades transmisibles más comunes, y primeros auxilios en accidentes más frecuentes. Además, se promueven actividades de saneamiento ambiental, fundamentalmente en suministro de agua y eliminación de excretas y se cumplen algunos componentes de estadísticas como informes sobre número de habitantes de la localidad, datos de morbilidad y mortalidad, envío de información al nivel superior, notificación de mortalidad exagerada, notificación de la presencia poco común de alguna enfermedad, y fomento del registro de nacimientos y mortalidad infantil, incluyendo la neonatal.

La dotación de recursos para cumplir acciones como las descritas debe estar regida por criterios de economía y simplicidad por parte de las instituciones y de participación de la propia comunidad. Los establecimientos estarán constituidos por el Puesto de Salud, Puesto Sanitario, o Clínica Rural, etc., con dotación de equipos básicos para desarrollar el tipo de actividades que le estarán asignadas; el personal, por auxiliares de enfermería o funcionarios equivalentes institucionalizados, o personal extraído de las comunidades y adiestrado en las técnicas de salud; los recursos terapéuticos deberán ser de fácil manejo y debidamente normados en manuales de operación; se dispondrá de la visita periódica de médico o enfermera para dar asistencia, adiestrar en servicio, y supervisar las actividades del personal permanente.

Es importante destacar aquí la participación de la comunidad como un elemento esencial de cualquier política de salud; sin la participación de la población local, los servicios de salud no estarán en condiciones de adaptarse a las necesidades cambiantes de la población. Por otra parte, deberá entenderse que el grado de participación de la comunidad dependerá de la situación real socioeconómica, política y cultural existente en cada país.

NIVEL II:

Este nivel corresponde a los centros de salud con facilidades de internamiento de pacientes y los pequeños hospitales rurales que tienen como función principal recibir a las personas con problemas de atención médica referidas por el Nivel I, proporcionando prestaciones por médicos y auxiliares de enfermería por lo menos en los campos de materno-infantil y medicina interna; y, asimismo, proveer todas las acciones sanitarias comunitarias dentro de su área de influencia local, por lo que se considera esencial que para prestar estos servicios la población tenga fácil acceso a ellas. Si la demanda lo justifica, pueden llevarse a cabo algunas acciones de cirugía y la realización de pruebas simples de diagnóstico de laboratorio. Además, dentro del sistema, a este nivel le corresponde cumplir funciones de supervisión y apoyo a los puestos de salud de asistencia primaria.

NIVEL III:

Comprende a los hospitales cabeza de Área o Región y tienen como función la de complementar la atención integral de salud iniciada en los niveles precedentes con servicios de alguna especialización. Constitu-

yen el recurso más completo para la atención médica de un área geográfica, contando con elementos de diagnóstico y tratamiento de mayor jerarquía. Trabajan en estrecha relación con los establecimientos del Nivel II y reciben, además, interconsultas directas del Nivel I de su área local. En principio, la población que debe recibir servicios en los hospitales regionales o de área, es selectiva, por cuanto se supone debe ser encausada por los niveles inferiores.

NIVEL IV:

Constituye el punto más alto en recursos tecnológicos de salud, destinado a proporcionar toda clase de tratamientos, incluso a los casos que ameritan atención altamente especializada. Deberá ser un centro de excelencia, de investigación científica y social, estando, además, en relación con un centro de formación de personal médico y paramédico, y ser el sitio donde se hace preferentemente la formación de especialistas en los diversos campos de la medicina clínica. Se denominan centros médicos, hospitales escuela, etc., y cuentan con todos los servicios médico -quirúrgicos tanto hospitalarios como ambulatorios, que sirven para la enseñanza. Dentro de esta red escalonada y jerarquizada de servicios, en donde opera el concepto de asignación de recursos de acuerdo a la complejidad de sus funciones, es necesario que exista un sistema definido de referencia de pacientes, de tal manera que éstos puedan ser orientados y derivados desde los niveles inferiores que proporcionan atención primaria de salud hacia los más complejos, de acuerdo a las necesidades de atención de los pacientes congruentes con la gravedad de su padecimiento, evitando así el despilfarro de tiempo y recursos.

Por otra parte, se hace necesario un adecuado sistema de información y comunicaciones para hacer fluido el funcionamiento de la red de establecimientos. El cuadro que aparece en la página 12, muestra los niveles de atención médica más comúnmente definidos en la organización de servicios de salud, así como el personal, equipo y funciones de cada nivel.

V. CONCLUSIONES

1. La definición de niveles de atención médica involucra los conceptos de atención progresiva, en base a satisfacción de demanda y necesidades, y el de regionalización, en cuanto a asignación de recursos en calidad y cantidad suficientes, con-

gruentes a las necesidades y demandas por satisfacer, dentro de un marco de utilización óptima.

2. El nivel de atención requerido por una comunidad, depende de su nivel de salud y de los factores económicos, ecológicos, sociales y culturales que conforman su nivel de desarrollo y, por lo tanto, la asignación de recursos debe corresponder a este nivel.

3. El establecimiento de niveles de atención lleva el concepto de sistema, cuyos elementos acciones tienen que estar interrelacionados e interdependientes entre sí, del nivel más elemental al más complejo.

4. El número de niveles debe procurar evitar dispersión de recursos, hasta el límite de operabilidad que permita su concentración, creando sistemas completos dentro de las posibilidades de cada país.

BIBLIOGRAFIA

1. COORDINACION DE la atención médica.. Informe final de un grupo de trabajo. Washington, D.C. 4-8 Agosto de 1969. OPS/OMS/1970.
2. SISTEMAS DE salud. Washington, Oficina Sanitaria Panamericana, 1972 (Publicación Científica, 234).
3. El Hospital, 24 (7), 1968.
4. Salud Mundial, diciembre de 1970.
5. LLEWELYN DAVIES, Macaulay. Planificación y administración de hospitales. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1970.
6. BRIDGMAN R.F. The rural hospital. Genova, World Health Organization, 1955.
7. POPOV, G.A. Principios de la planificación sanitaria en la URSS. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1972.
8. BRIDGMAN ROEMER Hospital legislation and hospital systems. Genova, World Health Organization, 1973.
9. GORAN TEGNER. La seguridad social en Suecia. Estocolmo, Instituto Sueco, 1956.
10. U.S. PUBLIC HEALTH SERVICE, Elements of Progressive Patient Care. U. S. P. H., 1962

NIVELES DE ATENCION MEDICA NIVELES MAS COMUNMENTE ENCONTRADOS EN LA ORGANIZACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD, DENOMINACIONES "SAPAS", PERSONAL Y FUNCIONES

NIVEL DE ATENCION	DENOMINA-CION USADA PARA EL NI- VEL	DENOMINA-CION USADA PARA LA INFRAESTRUC- TURA FISICA (1)	PERSONAL	EQUIPO	ACCIONES	FUNCIONES
NIVEL I						
Nivel Local	Puesto de Salud	Lider Comunitario	Equipo básico o fundamental (2). Maletín, ti-jeras, ligadura, jeringas, agujas. Material educati-vo. Pesa bebé, tensiómetro, fonendoscopio, F. de Pinard, cubetas, equipo de sutura, linter-na, medicamentos: anti-helmínticos, antisépticos, antibióticos, tópi- cos, sulfas, dextrosas, fierros. Otros: Bajale-guas, aplicadores, espa-radrado. Manuales de métodos y técnicas.	<i>Materno-infantil:</i> Atención pre-natal, atención del parto, atención del recién nacido, atención del puerperio, cuidados inmediatos del recién nacido, planificación fa-miliar, atención del niño menor de 5 años, atención del niño des-nutrido, atención de emergencia de niños enfermos según norma. <i>Otras acciones directas de salud:</i> acciones educativas con la comu-nidad, atención de emergencia en morbilidad, control de enferme-dades transmisibles más comunes. Primeros auxilios en accidentes más frecuentes. <i>Saneamiento bá-sico:</i> Agua. Disposición de excretas. <i>Información estadística:</i> Registro de estadística de servicio y de re-gistro civil.		
Nivel Rural	Posta Sanitaria	Promotor de Salud				
Nivel de Ser-vicios Mínimos	Dispensario	Promotores Rurales				
Nivel de Ser-vicios Primarios	Puesto Sanitario	Ayudante de Salud				
Nivel de Comu-nidad	Posta Médica	Ayudante de Enferme-ria				
	Centro de Salud	Auxiliar de Enfermería (permanente u ocasio-nal)				
		Enfermera (ocasional)				
		Médico (ocasional)				
NIVEL II	Nivel Intermedio	Centro de Salud con camas	Médico permanente	Equipo básico para la cirugía de urgencia y pequeña cirugía. Equipo de laboratorio bá-sico. Rx. de poco voltaje portátiles. Equipo de consultorio externo am-bulatorio.	Atención directa de salud: Pediatría, ginecología y obstetricia me-dicina interna-pequeña cirugía-emergencias no complicadas. Sa-neamiento básico-información es-tadística vital y contable.	
		Hospital Local	Auxiliar Inspect. de saneam. Promotor Estadístico Administrador			
NIVEL III	Nivel Regional	Hospital Regio-nal	Médicos especialistas	Equipo para cirugía ma-yor y especializada. Equipo de laboratorio. Equipo Rx. Banco de sangre. Equipos de con-sulta externa de espe-cialidades. Transporte	Atención directa de salud: Pediatría, ginecología obstetricia, Medi-cina interna, cirugía y especia-lidades de cirugía. Saneamiento del medio-Información estadís-tica vital y contable.	
	Nivel de Area		Médicos generales			
	Nivel de Provin-cia	Hospital de Area	Enfermeras-Auxiliares			
			Administradores			
			Técnicos. Rx. Mante-nimiento.			
			Bacteriólogo.			
NIVEL IV	Nivel Central	Hospital Central	Médicos especialistas docentes-Médicos en es-ppecialización-Médicos administradores-Enfer-	Equipos de Alta ciru-gia-Electromedicina. Equipo de diagnóstico especializado.	Atención directa de las espe-cialidades-atención especializada.	
	Nivel Universita-rio	Hospital Univer-sitario				
	Nivel especializa-do					