

SEGURIDAD SOCIAL

AÑO XXXI

EPOCA V

Núms. 135-136

MAYO - AGOSTO

1982

MEXICO, D.F.

PUBLICACION BIMESTRAL DEL COMITE PERMANENTE INTERAMERICANO
DE SEGURIDAD SOCIAL

ORGANO DE DIFUSION DEL CENTRO INTERAMERICANO DE ESTUDIOS
DE SEGURIDAD SOCIAL

Conferencia Interamericana de Seguridad Social



**Centro Interamericano de
Estudios de Seguridad Social**

Este documento forma parte de la producción editorial de la Conferencia Interamericana de Seguridad Social (CISS)

Se permite su reproducción total o parcial, en copia digital o impresa; siempre y cuando se cite la fuente y se reconozca la autoría.

INDICE

	Pág.
CENTRO INTERAMERICANO DE ESTUDIOS SOBRE SEGURIDAD SOCIAL. REUNIONES DE LA COMISION AMERICANA MEDICO SOCIAL	5
— REUNION INTERAMERICANA DE LA COMISION DE ESTUDIO DE LAS PRESTACIONES FARMACEUTICAS EN LAS INSTITUCIONES DE SEGURIDAD SOCIAL	7
SEMINARIO INTERAMERICANO SOBRE LA RACIONALIZACION DEL COSTO DE LA ATENCION MEDICA	27
— SEMINARIO INTERAMERICANO DE ADMINISTRACION DE UNIDADES MEDICAS	49
DOCUMENTOS	71
— MEDIDAS TENDIENTES A RACIONALIZAR, DENTRO DE LOS REGIMENES DE ASISTENCIA MEDICA, EL VOLUMEN Y EL COSTO DE CONSUMO DE MEDICAMENTOS	73
Dr. Luis Landa Verdugo	
— SERVICIOS DE ABASTECIMIENTO DE MEDICAMENTOS	95
Ing. Jesús Salvador Bautista Vidal	
— LA FUNCION DE ALMACENAMIENTO Y DISTRIBUCION	101
C.P. Daniel Peña Gómez	
— CONTROL DE CALIDAD	119
Ing. Héctor R. Margáin Ancira	
Arq. Rodolfo Peregrina Valenzuela	
Dr. Enrique Estévez Valenzuela	
— ESTRATEGIA DE NIVELES DE ATENCION PARA SISTEMAS DE SALUD	127
Dr. Ramiro Sillas Moreno	

**ESTRATEGIA DE NIVELES DE ATENCION
PARA SISTEMAS DE SALUD**

Dr. Ramiro Sillas Moreno
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

Introducción

La salud se considera como el equilibrio de un individuo y su ambiente físico y social. Para determinar la salud, además de los agentes patógenos propiamente dichos, intervienen variadas características del medio que hace a la salud resultante de factores multicausales, entre los que domina el empleo, la educación, la nutrición, el acceso al agua potable, el alejamiento de los desechos, el aire puro, la vivienda adecuada y las condiciones sociales, políticas y económicas. La salud, por lo tanto, no puede considerarse de manera aislada de los otros elementos del proceso de desarrollo; *la planificación de la salud es la planificación del desarrollo en general.*

La mejor estrategia será la que respete el correcto equilibrio entre los recursos con los que se cuenta y los problemas tan variados que se deben de atender, es decir, en términos administrativos debe garantizar congruencia entre la complejidad de los problemas que se atiendan (demanda) y la de los recursos disponibles (oferta) a fin de proporcionar un máximo de calidad en los servicios. Asimismo deberá permitir el uso óptimo de los recursos y de manera importante: haciendo uso de una tecnología apropiada a las condiciones socioeconómicas del país. Y, finalmente, deberá lograr que el otorgamiento de los servicios de atención sea con accesibilidad, lo que implica la existencia real del servicio, amplitud del mismo, así como disponibilidad en cantidad y calidad apropiadas para satisfacer las necesidades y demandas de la población.

En estas condiciones el contenido de la relación demanda-oferta, y, por consiguiente, la expresión final de cobertura, considerada ésta en su más amplia expresión, varían de un país a otro, y aun de una comunidad a otra dentro de un mismo país, según sean sus características de desarrollo.

En nuestro continente, los servicios de salud en general generan una oferta de atención no sistematizada, en cantidad y calidad, que responde sólo en forma parcial a las características de la demanda como consecuencia de deficiencias operativas y estructurales, tales como:

- Inadecuada distribución geográfica de establecimientos, concentrados en áreas urbanas.
- Existencia de una gran multiplicidad de instituciones públicas y privadas, con ausencia casi total de coordinación entre ellas.
- Desarrollo anárquico de los subsistemas hospitalarios y establecimiento de su acción como "fortaleza".
- Utilización de sistemas anacrónicos de organización y manejo de los establecimientos, con uso de métodos y técnicas administrativas y obsoletas que, agravado por problemas de financiamiento, condicionan un funcionamiento ineficiente y de baja productividad.
- Servicios inadecuados desde el punto de vista tecnológico ante la tendencia inveterada de adopción de tecnología dominante de parte de los países desarrollados.

Ante este panorama, nuestro país, al igual que algunos otros subdesarrollados de nuestro continente, ha adoptado una estrategia para instru-

mentar un Sistema de Atención de la Salud estructurado por niveles, partiendo de la base de que éstos serán la resultante de un proceso de interacción de las necesidades y demandas de salud de la población y de la organización de sus recursos humanos, técnicos, financieros y materiales para satisfacerlas, y que para fines prácticos podrían quedar definidos como: "La forma de organizar los recursos en calidad y cantidad, para producir un determinado volumen y estructura de servicio de salud de diversos grados de complejidad, destinados a satisfacer un conjunto de necesidades y demandas".

Es conocido por todos ustedes que México tiene una estructura bimodal, ya que por una parte somos un país en desarrollo y por otra tenemos características equivalentes a las de una nación industrializada. En estas circunstancias el sistema de salud debe ofrecer, no sólo las facilidades fundamentales para la atención primaria, la medicina ambulatoria y la consulta externa general, sino también los recursos para la medicina de especialidades y de hospitalización del máximo nivel, ya que es en estos sitios donde deberán resolverse los grandes problemas médicos, no así los de salud. Sin embargo, México no es una sola de las dos situaciones extremas señaladas, sino una mezcla inextricable de ambas, para la que debemos buscar la mejor utilización de los recursos disponibles a fin de hacer óptima la atención de la salud.

Ante esta situación, el Instituto Mexicano del Seguro Social, constituido por un conjunto de recursos agrupados en diversos tipos de unidades, se dio a la tarea de establecer entre ellas una congruencia técnica y de distribución racional, para que estén acordes con la solución de los problemas de salud de su población derechohabiente.

Sin embargo, el llegar a esta meta implica aún el reto más importante de nuestro sistema en el presente siglo, y diremos que sólo parcialmente se ha podido establecer, en una etapa inicial, la estructuración organizativa básica que permita hacerla congruente con la exposición teórica hecha anteriormente. Así el IMSS, en respuesta a la exigencia de Reforma Administrativa generada por la Federación, producto de esta necesidad de reestructuración racional, ha establecido esta estrategia de atención por niveles, de la cual se señalarán sus principales características:

Primer Nivel de Atención

La experiencia de los países ha demostrado que el mejoramiento de las condiciones de vida, como resultado de un mayor desarrollo socioeconómico, aun sin acciones específicas en el sector salud, puede mejorar, y en efecto así lo hace, el estado de salud de la población hasta un cierto nivel. También ha sido evidente que las acciones propias de la atención de la salud son efectivas y tienen un alcance determinado en el mejoramiento de las atenciones de salud de la población. Sin embargo, sólo se obtendrá el resultado óptimo mediante la conjunción de ambas acciones en las cuales, además, participe activamente la comunidad.

A este enfoque responde la estrategia del primer nivel de atención en su concepto más cabal. Constituye en esencia un enfoque de atención integral de la salud, que combina una forma de identificar y reconocer los problemas y necesidades básicas de la población y una estrategia para organizar la acción o conjunto de acciones necesarias para lograr una solución de tales problemas, integrando a nivel de la comunidad y con su

participación activa, todos los elementos necesarios para lograr un cambio en el estado de salud de esa misma comunidad. El punto de partida de las actividades de atención primaria deberán ser, pues, las necesidades sentidas de la comunidad, mismas que reflejan problemas reales, no necesariamente en el área tradicional de la salud, a cuya solución la comunidad otorga prioridad.

Las respuestas a estas necesidades deben tener ciertas características: ser efectivas, pero simples en términos de costo, técnica y organización; ser fácilmente accesibles a la población; y deben tomar en consideración tanto el conocimiento moderno, científico y tecnológico de salud, como el de atención tradicional efectiva de la propia comunidad. Por otro lado, el contenido específico de salud, variable según las características de la comunidad, debe estar relacionada con servicios de baja complejidad tecnológica, como podrían ser prioritariamente: atención materno infantil, control de enfermedades transmisibles, saneamiento del medio, educación sanitaria y asistencia médica de condiciones frecuentes y sencillas, primeros auxilios, vigilancia epidemiológica y mantenimiento de registros para propósitos de información.

Por otro lado, la atención primaria requiere del trabajo de grupo para que sea efectiva. En el IMSS este grupo está constituido por el equipo de salud, cuyo líder natural es el médico familiar institucional (médico general con un enfoque psicosocial de la medicina), al que se agregan otros auxiliares técnicos de la salud y de preferencia los miembros de la propia unidad. Este equipo está ubicado básicamente en la comunidad misma, controlando un sector bien definido de la población, cuyas acciones giran alrededor del inmueble prototipo de este nivel y que se denomina Unidad de Medicina Familiar.

Sin pretender hacer un perfil profesional de este médico familiar, reproducimos una descripción originada en 1974 por un grupo de expertos de 12 países europeos, la cual sirve al momento actual como un adecuado punto de referencia:

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

Segundo Nivel de Atención

Mientras que la acción del médico familiar es a nivel del individuo, pero dentro del núcleo de la familia en función integradora, la acción del médico en el segundo nivel está orientada a la atención de los problemas individuales de enfermedad, por lo que las tareas de promoción y preser-

vacación de la salud son de menor envergadura, dominando el interés en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades y la recuperación lo más rápido posible. A este nivel tienen acceso en su camino natural los pacientes enviados por el primero, para el manejo "generalista" de las especialidades y cuyo sustento técnico se apoya en las 4 ramas fundamentales de la medicina: Pediatría, Ginecobstetricia, Cirugía y Medicina; asimismo recurren al segundo nivel los pacientes del tercer nivel, aunque menos frecuentemente, en búsqueda de proporcionar atención continuada y a menor costo al paciente en la etapa de convalecencia o control.

El contacto secundario, como puede denominarse también, se ejerce en los consultorios de especialidades para pacientes ambulatorios y en hospitales de tipo general, donde dominan las actividades médico-quirúrgicas de las grandes especialidades y que en el ámbito del IMSS atienden a una población adscrita a una zona de servicios, integrando en una unidad funcional a las Unidades de Medicina Familiar y a los Hospitales Generales de Zona. La atención que se brinda también es integral, en forma intermitente y discontinua, mediante acciones particularizadas para resolver demandas de grado moderado de frecuencia y complejidad, presentes cuando se trata de poblaciones de más de 20,000 derechohabientes. Relevante es la acción a nivel de los servicios de urgencias, como consecuencia del tipo de vida en "civilización" en el que dominan los accidentes de tránsito, laborales o del hogar.

Tercer Nivel de Atención

Se ejerce en función de problemas individualizados de patología orgánica muy concreta y específica que requieren de metodología tecnológica sofisticada y de muy alto costo, por lo que las tareas de promoción y preservación de la salud, aunque también existentes, son aún menores que en el segundo nivel. Representa el grado más alto de actividad a nivel profesional y a menudo constituye la frontera entre los instrumentos biomédicos, la investigación y sus aplicaciones. Sus acciones se realizan en los Hospitales de Especialidad o Especialidades, ubicados frecuentemente en centros médicos de las grandes urbes, o en instalaciones geográficamente individualizadas, en algunos casos como unidades altamente especializadas y por tanto más lejos aún de los núcleos familiares. La patología atendida en este contacto terciario corresponde a problemas de baja frecuencia y alto grado de complejidad, tales como: anomalías congénitas, aberraciones genéticas y moleculares raras, buen número de neoplasias malignas, problemas traumatológicos complejos, padecimientos endocrinos y metabólicos raros, envenenamientos agudos, reacciones inmunológicas graves y de difícil manejo y, por supuesto, un buen número de las llamadas enfermedades "exóticas".

En conclusión, la estrategia de tres niveles de atención es una necesidad particularmente importante para aquellas naciones con escasez de recursos, como podrían ser los países subdesarrollados de todo el mundo, ya que con ello se pretende hacer que simultáneamente con una excelencia en la calidad de la atención médica, orientada desde un punto de vista integral al individuo dentro de su entorno, se proporcione al costo mínimo razonable, sin dispendios, es decir, haciendo uso óptimo de los recursos y aplicando una tecnología apropiada a las condiciones socioeconómicas de cada país.

Cuadro Básico de Medicamentos

Uno de los conceptos más significativos que constituyen el costo de la atención médica es la prescripción de medicamentos.

Para que este renglón no se incremente desproporcionalmente a la atención que recibe el derechohabiente, debe existir una coordinación con los elementos básicos que lo integran: Cuadro Básico de Medicamentos, Prescripción Médica, Farmacias.

Cuadro Básico de Medicamentos

El Instituto Mexicano del Seguro Social ha tenido dos experiencias en la prescripción de medicamentos. Una, sin contar con un Cuadro Básico (1944 a 1948), en la que la prescripción se realizaba en forma abierta y que comprendía aproximadamente los 12,000 productos que en aquella época existían en el mercado. Otra, a partir de 1949 a la fecha, en la que se ha tenido un Cuadro Básico de Medicamentos, permanentemente actualizado, y al cual se ajusta, para su prescripción, el personal médico de la Institución.

Las ventajas de tener un Cuadro Básico de Medicamentos son numerosas, señalando entre otras, las siguientes:

- Evitar la anarquía en la prescripción de Medicamentos.
- Tener agrupado y clasificado los fármacos que previamente fueron seleccionados por su mayor eficacia y seguridad, conforme a su acción terapéutica, asignándoles su nombre genérico.
- Promover concursos para la adquisición de Medicamentos, en la que participan diferentes laboratorios que producen el mismo genérico, lo que origina disminución en los precios de adquisición.
- Reducción de líneas de medicamentos para su adquisición y conservación, tanto en almacenes como en farmacias.
- Facilidad para su manejo médico-administrativo.

Para la elaboración y actualización del Cuadro Básico de Medicamentos, existe una Comisión integrada por un Presidente, dos Vocales, un Secretario y un Grupo de Asesores que comprende todas las especialidades.

A partir de 1981 la atención médica en el IMSS se estructuró en 3 niveles; consecuentemente, fue necesario determinar los medicamentos que correspondían a cada uno.

Prescripción Médica

La prescripción de medicamentos representa uno de los aspectos más delicados e importantes de la atención médica. Es el recurso terapéutico más común para la mayor parte de los padecimientos, toda la experiencia que el médico ha acumulado se aplica en el momento de prescribir los medicamentos que considera más indicados para un padecimiento.

Por ello es necesario evaluarla y apoyarla con acciones orientadoras y educativas. Para facilitar lo anterior, debe contarse con información oportuna y veraz sobre la prescripción, con objeto de conocer y determinar la situación que guarda, para programar las actividades educativas que prevean y corrijan las desviaciones que se detectan.

Los principales datos que debe contener esta información son:

- Cantidades y fármacos principales prescritos por cada médico y porcentaje que representan a la prescripción total que efectuó en un período determinado.
- Comparación de las tendencias cualitativas y cuantitativas de la prescripción, clasificada por Unidad Médica, Zona y Delegación.

Esta información debe proporcionarse a las áreas operativas y normativas; su frecuencia debe ser mensual, trimestral o semestral acumulado, y de acuerdo a su destino, comprenden datos del área de influencia o de todo el sistema.

Farmacias

El Instituto Mexicano del Seguro Social no ha marcado restricciones de tipo económico o administrativo para poner a disposición de su personal médico los recursos farmacéuticos necesarios para que este beneficio llegue en forma oportuna y satisfactoria a su población. El consumo anual aproximado de medicamentos es de \$3,500 millones y los medicamentos son el segundo renglón en importancia en el gasto del Instituto.

Es por ello que debe existir, con carácter general y con la confiabilidad que el caso requiere, un sistema que permita conocer los consumos por medicamento y la prescripción por médico.

El sistema deberá observar también el control sobre las existencias de medicamentos en las farmacias, una reglamentación actualizada a nivel operativo, los mecanismos para detectar irregularidades, los procedimientos que permitan un reaprovisionamiento de medicamentos a las farmacias, que sea eficaz, tanto para el servicio que debe prestarse como de los niveles de inversión.