

Sistema de atención médica general familiar dentro del I.S.S.S.T.E.

Dr. Balfred Santaella Guzmán*

Antecedentes históricos del médico general familiar

A través de los siglos, las características implícitas en el acto médico se han ido modificando de acuerdo con las transformaciones que ha experimentado la convivencia entre los seres humanos que constituye la sociedad. Lejos ha quedado en la historia aquellos tiempos en que el ejercicio de la medicina tenía relaciones inescrutables con la magia y la hechicería. También ha pasado la época en que los médicos eran distinguidos componentes de las cortes de reyes y emperadores para atender a los poderosos y en que los miembros de órdenes religiosas adquirían conocimientos empíricos de la medicina para atender los sufrimientos de los menesterosos y desvalidos.

En una etapa más reciente de la evolución de la humanidad, y probablemente coincidiendo con el siglo que medió entre la Revolución Francesa y la Revolución Industrial, apareció el concepto de Médico de Familia, que era el profesional de nivel universitario, con un adecuado conocimiento de las ciencias biológicas y psicológicas, que se revestía de toda la pompa requerida para el ejercicio de una profesión privilegiada y que no sólo se hacía cargo de los problemas patológicos, sino que también servía de consejero indisputable para resolver conflictos emocionales, educacionales, matrimoniales y hasta económicos de la familia, respetado y admirado por la sociedad, desarrollándose el concepto de la relación médico-paciente como uno de los va-

lores éticos de la profesión.

Sobre éstos se cimentó la autoridad de este profesional múltiple, que ejercía lo que se llamó el "Sacerdocio de la Medicina" y su autoridad frente a la familia no tenía igual, excepto la que gozaban los sacerdotes de los distintos credos religiosos.

Los cambios en el sistema de convivencia que trajo consigo la Revolución Industrial a fines del siglo XIX, condujeron inevitablemente a cambios profundos en la práctica de la medicina. A ello se agregan los descubrimientos científicos de elementos para el diagnóstico, como el microscopio y los rayos X, el hallazgo de los microbios como causas de enfermedades y consecutivamente, después de Jenner, Pasteur y Koch, de las vacunas como instrumentos profilácticos para evitar las enfermedades transmisibles.

De todo este conjunto de circunstancias resultó un cambio trascendente en la tecnología médica, una complejidad inesperada en el diagnóstico y tratamiento de las enfermedades como consecuencia, la necesidad de la especialización en la medicina. Fue así como en los últimos decenios del siglo XIX y en la primera mitad del presente surgió el médico especialista, como el detentor del conocimiento científico moderno que ha estudiado en profundidad los mecanismos fisiopatológicos que son determinantes del equilibrio entre el ser humano y su medio ambiente y que, en definitiva determinan el estado de salud o enfermedad de los individuos.

Este indudable progreso de la ciencia y la tecnología médica trajo consigo una cierta distorsión del antiguo concepto de la relación médico-paciente. En efecto en una sociedad en que el médico general de familia tendía a desaparecer rápidamente por

* Director de la Clínica de Medicina Familiar "Dr. Ignacio Chávez" del I.S.S.S.T.E.

las exigencias de una enseñanza médica altamente especializada y de una práctica de la medicina competitiva en grado extremo, se produjo el resultado inevitable: los individuos sanos perdieron contacto con ese médico general que antiguamente solucionaba todos sus problemas de salud o enfermedad y ante la emergencia de la enfermedad se vieron forzados a tener que hacer un autodiagnóstico de sus padecimientos, a fin de recurrir al médico especialista, que correspondía a los síntomas o a las enfermedades que esas personas suponían padecer.

Por otra parte, surgió también la tendencia a que los médicos especialistas se reunieran en hospitales o en consultorios públicos o privados que permitían que grupos de médicos de diferentes especialidades trabajaran en equipo a fin de atender en conjunto al paciente y resolver sus distintos problemas patológicos en forma integral y cooperativa. Más recientemente los progresos de la medicina preventiva y los nuevos servicios médicos de la seguridad Social han traído como consecuencia un enfoque colectivista y comunitario dirigido a atender grandes conglomerados de personas en todas sus etapas de salud, enfermedad o invalidez, con alta prioridad de las medidas de orden preventivo para evitar que las personas sanas se enfermen y que los enfermos mueran o queden inválidos. Por otra parte, el reconocimiento de que la salud es un derecho de todo ser humano y de que los Gobiernos tienen la responsabilidad de poner a la disposición de la comunidad servicios de salud de la más alta calidad posible, han sido la causa determinante de la institucionalización de la práctica de la medicina, a fin de ampliar la cobertura a la población y ofrecer pres-

taciones integrales en las que se utilice todo el conocimiento científico disponible.

A esta altura de la evolución de la práctica de la medicina, el médico de familia adquiere de nuevo la importancia como el profesional esencial para extender la cobertura a toda la población y ofrecerle los servicios básicos de salud en centros primarios que constituyen el primer nivel dentro de un sistema regionalizado de servicios de salud integrales.

El médico familiar actual deberá de ser distinto del antiguo médico de familia. Además del amplio conocimiento científico, tecnológico y social que requiere, tendrá que estar preparado para desempeñar una función integral frente a cualquier problema de salud, enfermedad o invalidez y estar motivado para una labor institucional como miembro y líder de un equipo de salud.

Antecedentes y evolución de la atención médica del I.S.S.S.T.E.

Antes de la expedición de la Ley del I.S.S.S.T.E., los servicios médicos de que disfrutaban los Trabajadores del Sector Público eran heterogéneos en cuanto a su calidad y de cobertura parcial, ya que no estaban extendidos a todo el Territorio Nacional.

Ante esta situación, el Poder Ejecutivo, ordenó la integración de todos los servicios de salud de las diversas dependencias gubernamentales, que culminó con la promulgación de la Ley del I.S.S.S.T.E. el 28 de diciembre de 1959. En el artículo 3 de dicha Ley, se establecen con carácter de obligatorio las siguientes prestaciones:

- I. Seguro de enfermedad no profesional y de maternidad.
- II. Seguro de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales.

III. Seguro de reeducación y readaptación de inválidos.

En los incisos del IV al XIV, las prestaciones se refieren a los aspectos culturales, sociales, laborales y económicos.

Las tres primeras prestaciones de esta ley, se relacionan con el individuo enfermo y con la rehabilitación de aquél, que después de enfermo ha quedado incapacitado física o mentalmente. El número IV en forma muy general, menciona los "servicios que eleven los niveles de vida del servicio público y de su familia", en el que se supone que pueden incluirse los "servicios que proporcionan la salud social".

Destacan en la evolución de la atención médica los siguientes aspectos:

1. Integración de la mayoría de los recursos médicos y trabajadores de la burocracia federal al I.S.S.S.T.E.
2. La cobertura de atención médica a toda la población derechohabiente de la República Mexicana.
3. Adecuación de recursos físicos y humanos, propios o subrogados para cubrir suficientemente la demanda de servicios.
4. Práctica de una medicina altamente tecnificada e impartida cada vez con mejores relaciones humanas.
5. Modificaciones de la estructura orgánica de la Subdirección Médica, orientadas a la tecnificación de la administración de la atención médica, para lograr un mejor aprovechamiento y productividad de los recursos disponibles.
6. Planificación de la atención médica en base a una regionalización nacional, adecuada a las características demográficas de la población.
7. Coordinación con otras instituciones de salud para sumar esfuerzos y evitar duplicidad de recursos.
8. Fomento de las relaciones entre representantes sindicales y Autoridades.
9. Establecimiento de mecanismos para el adiestramiento, capacitación y superación de todo el personal.
10. La administración actual establece dentro de sus objetivos fundamentales la atención por niveles y la integración modular con el fin de ampliar la cobertura brindando una atención eficaz y oportuna, al mismo tiempo que se intensifica el sentido humanista de la misma, logrado a costos razonables.

Se ha tratado de lograr un mejor estado de salud entre la población derechohabiente mediante la atención médica proporcionada en base a las funciones preventivas, curativas y de rehabilitación que se llevan a cabo.

Concepto actual de la salud y de la atención médica integral

Concepto de salud: La O.M.S. define la salud como "el completo bienestar físico, mental y social, y no sólo la ausencia de enfermedad", este concepto resulta difícil de alcanzar íntegramente, sin embargo es la meta hacia la cual se deben encauzar todos los esfuerzos.

A efecto de lograr la salud, se generan las siguientes acciones, relacionadas íntimamente entre sí:

La acción sanitaria que comprende:

- a) La sanidad pública.
- b) El saneamiento ambiental.

La acción asistencial que comprende:

- c) La asistencia social.
- d) La asistencia médica.
- a). La sanidad pública incluye las actividades que tienden a proteger a la sociedad de los aspectos negativos del medio ambiente, mediante procedimientos de prevención primaria de enfermedades, tales como la educación para la salud, la protección específica y la detección de enfermedades en el individuo aparentemente sano.
- b). El saneamiento ambiental engloba las actividades tendientes a mejorar las condiciones del medio físico en que se desenvuelve la comunidad. Implica acciones como, por ejem-

plo: sistemas de dotación de agua potable, redes de alcantarillado y drenaje, mejoramiento de la vivienda, contaminación atmosférica, etc.

- c). La asistencia social se refiere al mejoramiento de las condiciones culturales, sociales, económicas y recreativas del individuo y de la comunidad.
- d). La asistencia médica implica acciones de prevención primaria de enfermedades, de prevención secundaria, o sea el diagnóstico y tratamiento de las mismas y prevención terciaria o sea la rehabilitación del individuo inválido.

En la actualidad hay una notable tendencia a la integración de las acciones sanitarias y de las acciones asistenciales, considerando al hombre como un ser biopsico social que se desenvuelve en un ambiente en el que existen riesgos biológicos, económicos y sociales que amenazan su salud.

Concepto de atención médica integral

El instrumento más completo para lograr la salud del individuo y su núcleo familiar, es la atención médica integral a la cual la O.M.S. define como "todos los programas y recursos de servicios de salud que se deben poner a la disposición de la colectividad, orientados al fomento y conservación de la salud, física y mental, teniendo en cuenta el medio ambiente físico, social y económico en que se desenvuelve el hombre".

Programa de atención médico general familiar dentro del I.S.S.S.T.E.

Justificación. La impartición de la atención médica en las unidades del I.S.S.S.T.E., ha dejado, hasta la fecha, mucho que desear ya que no se ha logrado hacerla en forma integral. Intentar cambiar el sistema actual para otorgar la atención médica por niveles en donde el primer contacto sea a través de un médico general familiar, capaz de desarrollar acciones en los campos de

la prevención y conservación de la salud, el diagnóstico oportuno y el tratamiento eficaz en la curación de los enfermos, justifica la creación de un Programa de Atención Médica General Familiar dentro del I.S.S.S.T.E.

Objetivos

General: Proporcionar atención médica integral a la población derechohabiente, a través de un equipo multidisciplinario de salud, proyectando las acciones a la comunidad.

Específicos:

- a) Promover y conservar la salud física y mental del núcleo familiar derechohabiente.
- b) Restablecer la salud del individuo enfermo mediante el diagnóstico certero y tratamiento oportuno y adecuado.
- c) Mejorar las relaciones humanas entre el personal que proporciona los servicios de salud y la población derechohabiente.
- d) Satisfacer la demanda de servicios médicos con oportunidad, óptima calidad y a costos razonables.
- e) Personificar la atención médica considerando al enfermo en el medio ambiente en que se desenvuelve.
- f) Regionalizar la atención médica, brindándola fluidamente por niveles, a través de la identificación de los problemas de salud por el mejor y mayor conocimiento del enfermo.

Actividades

- a) Asignación de 900 núcleos familiares a un consultorio que será manejado por un binomio médico, señalándose además un responsable de cada núcleo familiar.
- b) Asignación del personal multidisciplinario del equipo de salud a cada uno de los consultorios.
- c) Elaboración de una historia social y familiar a cada núcleo familiar.
- d) Discusión multidisciplinaria de los ca-

sos interesantes.

- e) Seguimiento longitudinal de algunos casos por el equipo multidisciplinario de salud.
- f) Instrumentación de acciones de prevención y promoción para la salud.
- g) Aplicación de acciones curativas a aquellos pacientes en que se afecte la salud, a través del estudio clínico y el apoyo de los auxiliares de diagnóstico y tratamiento necesarios.
- h) Desarrollo de acciones de rehabilitación de acuerdo al padecimiento.
- i) Desarrollo de labores docentes dirigidas al equipo multidisciplinario de salud de la unidad, a los derechohabientes y a estudiantes de las diferentes escuelas de elementos técnicos o profesionales de la salud, así como

a apoyar la formación de especialistas en Medicina General Familiar.

- j) Participación en programas de Investigación de la Unidad, del Area Metropolitana, y/o Subdirección Médica.

Estas actividades se han empezado a realizar en la clínica "Dr. Ignacio Chávez" del I.S.S.S.T.E. que, inaugurada el 1o. de octubre de 1979, sirve de sede al curso de especialización en Medicina General-Familiar que el Instituto y la Facultad de Medicina desarrollan conjuntamente. La unidad está diseñada para alcanzar un total de 45,000 derechohabientes y servirá como modelo a desarrollar, por lo que las actividades de supervisión y evaluación deben ser de gran importancia.

Dichas acciones norman la pauta a seguir en el futuro. ☐