

Hospital Psiquiátrico de La Habana

¿Sobrevivirán los niveles de atención a la revolución de la salud pública cubana?

Dr. Joaquín García Salabarría¹

RESUMEN

Es un tema de gran actualidad la transformación profunda que hoy día se produce en los servicios de salud, por eso se habla de revolución en el sistema. Esto lo caracteriza el fortalecimiento político y ético de los trabajadores y cuadros del sistema, el proceso de transferencia tecnológica de los niveles secundario y terciario al primer nivel y la desaparición gradual de la brecha entre los llamados niveles de atención. Las consecuencias de lo anterior que se pronostican no implican necesariamente la desaparición de los niveles, pero sí en una reconceptualización de los mismos. El tema es polémico, sugiere profunda reflexión. No permite una conclusión firme.

Palabras clave: Servicio de salud, niveles de atención, transferencia tecnológica, ruptura de paradigma.

El proyecto que hoy se desarrolla en la salud pública, rebasa el marco transformador de una clásica reforma sanitaria, para inscribirse en sus anales como un proceso revolucionador. Dicho en otras palabras, asistimos a una verdadera revolución en el Sistema Nacional de Salud.

¿CUÁLES SON LOS ELEMENTOS QUE SINGULARIZAN ESTA REVOLUCIÓN?

En primer lugar, el fortalecimiento político ideológico, ético y moral de los trabajadores y cuadros del sistema en interés de profundizar en las motivaciones espirituales que refuerzan el compromiso de cumplir con excelencia el encargo social de la salud pública.

En segundo lugar, el proceso de transferencia tecnológica de los niveles secundarios y terciarios hacia el primer nivel de atención, en una magnitud tal que no tiene precedentes, hasta hoy, ni en el nuestro ni en ningún otro sistema sanitario.

Por último la desaparición gradual de la brecha que hoy separa a los niveles de atención, mediante un proceso de comunidad de objetivos cuyo eje central es la atención a la población.

En medio de todo ello, nos corresponde anticipar en el tiempo las consecuencias de cada cambio que se va produciendo y su influencia en los restantes elementos del sistema.

La ley de generación de ideas a que ha hecho referencia el Comandante en Jefe, permite lograr este propósito: “Se va trabajando, aparece algo y se generan nuevas ideas”.

¿PROFECÍAS O REALIDADES?

Lo que hoy acontece en la atención primaria y la dinámica con que se ejecuta, ejercerá de manera inmediata influencia en otras áreas del sistema y ello lógicamente requerirá de transformaciones.

Como consecuencia de este fenómeno revolucionador ineludiblemente se modificará la morbilidad de la población, se requerirán transformaciones en la estructura y los sistemas de dirección, surgirán nuevas exigencias y conceptos en la formación de los recursos humanos, los sistemas de abastecimiento material y de aseguramiento tendrán que dar respuesta a una mayor dispersión de la tecnología y los servicios. Se continuarán desplazando los servicios y por tanto los gastos hacia los policlínicos y consultorios, por ello los procesos contables requerirán de un importante fortalecimiento. Las investigaciones de corte epidemiológico y en servicios adquirirán una mayor connotación, los hospitales tendrán que redefinir sus misiones para lo cual se hará necesario desde ahora, trabajar en la modelación del hospital del futuro, por mencionar solo algunos ejemplos.

Tal vez el menos creíble de todos los cambios que pudiera acontecer será el de la desaparición de los niveles de atención tal como los conocemos.

SE ROMPE UN PARADIGMA

La definición de niveles de atención en la teoría clásica de Organización de la Salud Pública, se ha justificado como una necesidad para la racionalización de los recursos partiendo del supuesto de que la mayoría de las necesidades de la población se satisfacen en el nivel de menor complejidad.

A partir de esto se han definido tres niveles, el primero de los cuales según su definición da solución al 80 % o más de los problemas de salud de la población, con las especialidades básicas, mediante la ejecución de los programas aprobados. En este nivel ocurre el llamado primer contacto de la población con los servicios de salud.¹

Por otra parte en la Conferencia Internacional de Alma Atá en 1978 se definió a la atención primaria como “la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundamentadas y socialmente aceptables, puestas al alcance de todos los individuos y familiares de la comunidad, mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar”.²

Entre las múltiples definiciones de la atención primaria de la salud (APS), se destacan para su denominación los términos siguientes:

1. Estrategia.³
2. Forma de atención ambulatoria.⁴
3. Primer contacto.⁵⁻⁷
4. Conjunto de actividades de atención médica integral.⁸
5. Forma de entrega de cuidados médicos.⁹

Visto así, la APS se entiende como una tecnología para la atención sanitaria que puede tener una expresión organizativa en los sistemas de salud como un nivel de atención.

La organización de la atención por niveles es anterior al surgimiento de la APS, ya en 1920 *Dawson* en el Reino Unido definió los centros médicos del primer nivel de atención,¹⁰ mientras que durante la Segunda Guerra Mundial, los servicios médicos de las fuerzas armadas soviéticas devolvieron al frente a millones de combatientes que fueron atendidos mediante un sistema de evacuación por etapas que constituían niveles de atención.

En Cuba la atención primaria de salud se desarrolló con un enfoque programático y en un marco institucional, que tuvo su origen en el año 1964 en el policlínico “Aleida Fernández Chardié”. Sus antecedentes más importantes se remontan a la práctica de los médicos guerrilleros en la Sierra y a la creación del Servicio Médico Rural.

Sin embargo ella no se enmarcó exclusivamente en los policlínicos, otras unidades como los hospitales han brindado durante años estos servicios.

Es a partir de la Conferencia de Alma Atá que comienza a identificarse el primer nivel de atención con la atención primaria de salud.

La capacidad resolutoria del primer nivel de atención, ha estado determinada en cada momento por el desarrollo socioeconómico del país en general y de la salud pública en particular. Ello explica la evolución histórica del policlínico como institución por excelencia de este nivel de atención, que transitó por los modelos integrales y comunitario hasta el de la medicina familiar, en un proceso de negación dialéctica que ha permitido conservar hasta nuestros días conceptos tales como el de la atención integral, el enfoque preventivo, la participación popular y la dispensarización, por mencionar solo algunos.

Por tanto el hecho de que en Cuba la APS haya sido el contenido programático principal del primer nivel de atención, y que su desarrollo se haya propiciado en un marco institucional, no justifica que se identifiquen instituciones con niveles de atención ni APS con primer nivel de atención. Dicho en otras palabras no todo lo que se hace en el policlínico es APS, ni todo lo que es APS se hace en el policlínico.

Por otra parte asegurar que el nivel primario de atención por definición garantiza la solución del 80 % de las necesidades de la población niega el principio de la organización de los servicios de salud en función de la solución de las necesidades de la población.

Garantizar la solución del 80 % de las necesidades podrá ser un objetivo para el cual habrá que asegurar el constante perfeccionamiento en la medida en que se transforma el estado de salud de la población. Las necesidades a satisfacer no pueden verse en términos de servicios prestados, sino en el de los problemas de salud que se resuelven.

Las necesidades de la población cubana de hoy, no son las de los países subdesarrollados y tampoco las que tenía en 1978 cuando se celebró la conferencia de Alma Atá.

Lo que acontece en Cuba, no es un hecho fortuito, es consecuencia de las transformaciones que han ocurrido en el estado de salud de la población, del desarrollo alcanzado por la salud pública y la voluntad política sintetizada en la indicación de

Fidel de devolver al policlínico aquellas funciones que siempre le pertenecieron y que hoy realizan los hospitales.

Se justifica también por el hecho de que la APS tal y como la conocemos, en Cuba ha sido tramontada por el predominio de las enfermedades crónicas no transmisibles.

Baste recordar que por su contenido la APS solo incluye como elementos básicos la educación en salud, el control de las enfermedades endémicas locales, programas expandidos de inmunizaciones, atención materno-infantil, disponibilidad de medicamentos básicos, promoción de la nutrición, tratamiento de las enfermedades comunes y saneamiento ambiental.¹¹

Visto así nos enfrentamos a un nuevo fenómeno: Se reformulan los objetivos y funciones de la Medicina Familiar, se consolida el policlínico como institución en el Sistema Nacional de Salud, se deslindan sus funciones de las del hospital y se integran los esfuerzos de ambas instituciones en la solución de los problemas de salud de la población.

Las consecuencias inmediatas de este fenómeno se expresan en el hecho de que ahora reemerge con mayor nitidez un subsistema de atención ambulatoria y de que la interrelación entre este y el hospitalario se sustituye por la integración, tomando en consideración que el rasgo distintivo entre ambas categorías está en que conceptualmente la interrelación presupone la delimitación de los marcos de responsabilidad, en tanto que la integración conlleva a la comunidad de objetivos que se enmarcan en la transformación positiva del estado de salud de la población de un territorio dado.

Como ha dicho *Fidel*, no existirán médicos del hospital y médicos del policlínico, existirán médicos de un territorio en función de resolver los problemas de su población.

¿UN NUEVO PARADIGMA?

En ausencia de los clásicos niveles de atención, para la organización del sistema predominarían las formas de organización de la atención médica.

Los subsistemas de atención ambulatoria, hospitalizada y de urgencias se delimitarán con mayor precisión, el policlínico como institución rectora de la atención ambulatoria alcanzará su máximo desarrollo y se consolidará como el núcleo principal de la red de instituciones.

Los principios rectores de la atención primaria de salud en Cuba, desarrollados a lo largo de su evolución histórica, penetrarán en todo el sistema sanitario y marcarán su impronta en los enfoques organizacionales del hospital y los sistemas de urgencias.

La atención a la comunidad y al entorno frente a la individual sobre el enfermo aislado, la integralidad, su basamento en las necesidades de la población, la participación popular, la accesibilidad y la atención en equipos multidisciplinarios, rasgos que hoy se atribuyen a la APS, 3 serán comunes a todo el Sistema Nacional de Salud.

La existencia de la regionalización como base de la organización de la salud pública en Cuba, garantizará las bases para la integración del sistema propiciando el flujo de pacientes y por tanto el uso racional de los recursos.

Lo que se pronostica, no es el fin de la atención primaria como tecnología, sino su hegemonía en el contexto general de un sistema de salud integrado sin niveles de atención.

CONCLUSIÓN INCONCLUSA

No cabe duda, asistimos a un momento de cambio y ello enriquecerá la teoría y la práctica de la salud pública cubana. Temas como este motivarán la reflexión y la polémica.

La pregunta sigue en pie: ¿Sobrevivirán los niveles de atención a la revolución de la salud pública cubana?

SUMMARY

Will the health care levels survive the revolution of the Cuban public health?

The deep transformation that occurs nowadays in the health service is very topical at the present time. That's why, it is talked about a revolution in the system. It is characterized by the political and ethic strengthening of the workers and cadres of the system, by the process of technological transference of the secondary and tertiary level to the first level and by the gradual disappearance of the gap between the so-called care levels. The consequences of the above does not necessarily imply the disappearance of the levels, but a reconceptualization of them. The topic is polemic and it suggests a deep reflection. It does not allow to reach a firm conclusion.

Key words: Health services, care levels, technological transference, paradigm rupture.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ramos BN y Aldereguía J. Medicina Social y Salud Pública en Cuba. La Habana : Ed. Pueblo y Educación;1990:152.
2. Declaración de Alma Atá, Organización Mundial de la Salud, 1978.
3. Lemus ER. Atención Primaria de Salud, Medicina Familiar y Educación Médica. Biblioteca de Medicina. Vol XXXIV. La Paz : 1998.
4. Carpeta Metodológica del MINSAP para la Atención Primaria de Salud. 1996.
5. Puentes-Markides C. Salud para todos en la América Latina y el Caribe en el siglo xxi . Perspectiva para lograr Salud para Todos. Institute for Alternative Futures y Fundación Mexicana para la Salud. 171. México: 1998:171.
6. Starfield B. Is primary care essential? The Lancet. 1994;344:1129-33.
7. Citizens Commission on Graduate Medical Education of the American Medical Association (Millis Commission): The Graduate Education of Physicians (report); 1966.
8. Rigol O. Medicina General Integral. La Habana : Ed. Ciencias Sociales; 1986:2-10.

9. American Academy of Family Physicians: Official definition of family practice. AAFP Reporter, 1995.
10. Lord Dawson of Penn: Interim Report on the Future Provision of Medical and Allied Services. Her Majesty's Stationery Offices. London , 1920.
11. Lorenzo A. El Planteamiento Ideológico de Alma Atá. La Habana: ENSAP. 2003.

Recibido: 4 de octubre de 2004. Aprobado: 26 de octubre de 2004.

Joaquín García Salabarría. Ave. 58 No. 4518, Playa, Ciudad de La Habana. Cuba. E-mail: joaquin.garcia@infomed.sld.cu

¹Segundo jefe de la Cátedra de Hospitales de la Escuela Nacional de Salud Pública.