

# Necesidad de Integrar los Servicios de Salud y de Asistencia Social\*

SAMUEL WOLFE

*Se examinan los problemas derivados de la creciente especialización, tanto en clínica como en salud pública, y se presentan pruebas de la necesidad de integrar los servicios de salud y de asistencia social. También se hacen algunas propuestas tendientes a resolver el problema de la integración y coordinación de dichos servicios.*

## Problemas derivados de la creciente especialización

La especialización médica ha supuesto siempre un avance especial del saber estimulado por un centro de interés. Los factores y condiciones bien individuales o sociales, si no ambos a la vez, han creado esos centros de interés. Los interdependientes cambios tecnológicos y sociales, y la división del trabajo, dan lugar a que surjan los especialistas. Con el desarrollo de la especialización, es preciso encontrar los medios que produzcan los mayores beneficios para todos los sectores de la sociedad como consecuencia de aquélla (1). Los cambios tecnológicos y sociológicos tienen poco valor a menos que la organización de los servicios permita que lleguen a todos aquéllos que necesitan beneficiarse de ellos.

La especialización excesiva será siempre motivo de preocupación. Un acerbo pasaje de Marcial, poeta del siglo I, indica que el problema se remonta a los primeros tiempos de nuestra era: "Cascelio extrae o empasta un diente enfermo; Higinio quema las pestañas que irritan los ojos; Fanio alivia, sin cortar, la úvula relajada; Eros elimina las marcas de esclavitud, características de la

melancolía, de la frente del hombre liberto; Hermes es todo un Podalirio al curar la hernia; pero, decidme, Galio, ¿dónde está aquél que puede aliviar a mi atormentada persona?" (1). La especialización médica estaba ya muy avanzada en Egipto 2.200 años a. de C., y Herodoto, al visitar dicho país en el siglo V a. de C., comentó del gran número de especialistas (2).

Al igual que en el pasado, con el incremento de la especialización moderna, preocupan con razón los peligros de la atención fragmentada del paciente. Como prueba de ello, cabe señalar que el florecimiento presente de docenas de especialidades clínicas ha producido ya una disminución efectiva del número de facultativos con que se puede contar como médicos de familia; esto se ha demostrado en estudios llevados a cabo tanto en Canadá como en Estados Unidos (3, 4).

Al mismo tiempo que la especialización clínica, se ha ido intensificando también la de los servicios de salud de la colectividad.

Se ha avanzado mucho desde 1868, cuando la Asociación Médica Canadiense, bajo la dirección del Dr. Charles Tupper, quien más tarde fue Primer Ministro, creó una Comisión sobre Estadísticas e Higiene, la que pidió al Gobierno que se estableciera un

Consultor Médico, Saskatchewan Community Health Services Association; Director Médico, Saskatoon Community Health Services Medical Clinic, Saskatoon, Saskatchewan, Canadá.

\* Publicado en inglés en el *Canadian Journal of Public Health* de julio, 1964.

sistema completo de leyes sanitarias (5). Estamos rodeados ahora por un sinnúmero de médicos y de personal paramédico que, por las funciones que desempeñan, participan cada vez más en todos los aspectos de los servicios de atención personal de salud y de asistencia social. Entre ellos están las enfermeras de salud pública, las trabajadoras médicasociales, el personal de psiquiatría social, los técnicos de laboratorio médico, dietistas, nutricionistas, fisioterapeutas, ergoterapeutas, logoterapeutas, psicólogos, clínicos, sanitarios, ingenieros, administradores de hospitales, archivistas médicos, educadores sanitarios, técnicos de salas de operaciones, ayudantes de enfermera, auxiliares de enfermería, técnicos dentales, higienistas, especialistas en economía doméstica, etc. (6). Cada vez en mayor grado, todo este personal tiende a trabajar en forma separada del contacto directo, íntimo y cotidiano con los médicos particulares, a quienes incumbe primordialmente dirigir toda la atención médica personal que se presta al público.

Unida al progreso de la especialización y la consiguiente fragmentación, tanto de los servicios de atención personal como de atención colectiva, va el recelo tradicional de los médicos particulares respecto de los departamentos de salud pública y su personal. Pero estas sospechas no son unilaterales; pues dichos departamentos y su personal los albergan también con frecuencia acerca de las intenciones de los médicos particulares.

Son innumerables los casos que se pueden citar de tales sospechas. Por ejemplo, hace años en Estados Unidos, al estudiar una Comisión del Congreso la asignación de fondos para la Oficina del Niño, recién establecida, un ex médico que representaba a la Sociedad Médica de Nueva Inglaterra declaró ante la Comisión: "Nos oponemos a este proyecto de ley porque, si se va a salvar la vida de todas esas mujeres y niños a costa del erario público, ¿qué aliciente tendrán los jóvenes para estudiar medicina?" Freedman ha puesto de relieve las características de

esas sospechas en los siguientes términos: "La medicina organizada ha desarrollado una sospecha casi recalcitrante respecto a los programas de salud de la colectividad, en especial cuando están administrados por el Gobierno. Dado que los organismos de salud pública son los que, por tradición, llevan a cabo los programas de salud de la colectividad, en los médicos de salud pública, que son los agentes del Gobierno, ha recaído la mayor parte de las sospechas de los médicos particulares y han sido tolerados con renuencia en los círculos de la medicina organizada." Varios observadores han subrayado la falta de orientación de la profesión médica para llevar a cabo nuevos programas encaminados a facilitar servicios completos de salud a la colectividad; por ejemplo, uno de ellos ha señalado: "La profesión médica está perdiendo rápidamente la iniciativa en cuestiones de salud porque no está aplicando la objetividad del diagnóstico a los problemas económicos y sociales. Estamos aturridos por consignas y frases hechas que ya no tienen relación alguna con la realidad" (7).

#### Pruebas de la necesidad de reorganizar e integrar los servicios

A pesar de las hostilidades y sospechas entre el personal de salud pública, por una parte, y los médicos particulares por otra, cabe suponer que hay acuerdo general entre ambos grupos en lo siguiente: "Los servicios coordinados de salud deben estar encaminados a proporcionar una amplia variedad de cuidados completos de salud, fomentar ésta, evitar las enfermedades, descubrirlas y tratarlas cuanto antes, a fin de prevenir la secuela de la incapacidad, de limitar ésta en el mayor grado posible si la enfermedad arraiga y restituir al individuo, en la medida de lo posible, el funcionamiento de sus facultades más importantes cuando la incapacidad permanente resulta inevitable" (8). La precedente definición concuerda con lo expresado por Austin Flint en 1872, al señalar: "Por medicina conservadora se

entiende la que tiende a la preservación de las fuerzas vitales. Abarca todo lo que impide el menoscabo de esas fuerzas o tiende a robustecerlas y a mantenerlas. El ejercicio de la medicina conservadora es función tanto del médico particular como del funcionario encargado de las actividades de la colectividad encaminadas al fomento de la salud" (9). Desde hace mucho tiempo se ha reconocido la necesidad de integrar la labor de los que se dedican a prestar atención médica personal y de los que se ocupan de organizar los servicios de salud de la colectividad.

¿Cuáles son las pruebas de la necesidad de integrar los servicios? Pueden ser de tres categorías: (1) Pruebas basadas en el estudio de aquellos que necesitan los servicios; (2) pruebas basadas en el estudio de aquellos que proporcionan los servicios; y (3) pruebas basadas en el estudio de aquellos a quienes incumbe organizar los servicios.

#### *1. Pruebas basadas en el estudio de aquellos que necesitan los servicios*

Los estudios llevados a cabo en los últimos años por la Comisión sobre Enfermedades Crónicas en Estados Unidos, han revelado la amplitud de las necesidades inatendidas en los grupos estudiados. Se notaron grandes lagunas en cuanto a supervisión médica, y en el grado en que la quimioterapia y el tratamiento a base de dieta se administraban cuando era necesario. Además, había apremiantes necesidades de atención psiquiátrica, de enfermería y de visitas de enfermeras a domicilio; no se obtenían los aparatos ortopédicos necesarios; en muchos casos no se instruía bien al paciente sobre su enfermedad, y, por otra parte, se enviaban pacientes a servicios de la colectividad dedicados a otro tipo de enfermedades. Los grupos que hicieron los estudios observaron que la mayoría de las personas que necesitaban una clase dada de cuidados, no los recibían, y esto se aplicaba por igual a todos los aspectos de la atención médica, de enfermería y de los servicios sociales; los tipos de atención que

a veces se designan por cuidados personales o familiares generales, fueron, al parecer, los más abandonados (10). No hay motivo alguno para creer que estudios similares que se llevaron a cabo en el Canadá dieran resultados distintos.

Los estudios sobre la morbilidad y la mortalidad han mostrado un gran desplazamiento de las enfermedades infecciosas por las del corazón, cáncer, lesiones vasculares del sistema nervioso central y accidentes como las principales causas de morbilidad y mortalidad en nuestra población. La artritis, las enfermedades mentales, las afecciones ópticas y auditivas y las malformaciones congénitas constituyen otras importantes causas de morbilidad. Y a medida que aumenta la proporción de personas de edad avanzada, aquejadas con frecuencia de enfermedades orgánicas crónicas, psicológicas y sociales, los estudios revelan que sus medios económicos para hacer frente a los complejos servicios médicos, costosos en escala astronómica, son en extremo insuficientes (11).

Al mismo tiempo que se ha producido un cambio en la población, tanto en la composición por edades como en el tipo de las enfermedades, ha habido una continua migración de las zonas rurales a las urbanas, con la consiguiente dislocación psicológica y social masiva de centenares de miles de habitantes; miles de ellos van aumentando el número de desempleados, como consecuencia de la automatización, o porque carecen de toda instrucción o preparación profesional. La diferencia entre los más ricos y los más menesterosos en nuestra sociedad sigue siendo la misma en una época en que el costo de los servicios médicos y paramédicos prosigue en rápido aumento.

Sabemos que hay menos probabilidades de que acudan al médico con un síntoma determinado las personas de escasos recursos que las bien acomodadas (12, 13). También es menos probable que las primeras obtengan los servicios necesarios que las segundas (6).

Además de los estudios antes citados sobre

aquellos que necesitan los servicios, existen pruebas de que hay un número mayor de madres que trabajan, de que hay más hogares desechos y fragmentados, más separaciones maritales y divorcios, y un creciente grado de delincuencia de menores y promiscuidad entre todas las clases sociales.

Todo ello plantea apremiantes problemas sociales, psicológicos y patológicos orgánicos relacionados entre sí, cuya solución exige labor integrada y coordinada en equipo.

## 2. Pruebas basadas en el estudio de aquellos que prestan los servicios

En los últimos años se han llevado a cabo interesantes estudios, en América del Norte y el Reino Unido, sobre los aspectos cuantitativos y cualitativos de la atención médica.

En primer lugar, sabemos que a la planificación inadecuada en el Canadá, en Estados Unidos y en el Reino Unido se debe en parte la aguda escasez de médicos y de personal que trabaja con ellos, así como de servicios de capacitación de dicho personal en una época en que la población no sólo va aumentando rápidamente, sino también lo va la utilización de los servicios por todos los sectores de aquélla (14, 15).

Otros estudios han revelado que unos 250 adultos de cada 1.000 consultan al médico por lo menos una vez al mes. Ahora bien, sólo unos 5 de esos 250 adultos que acuden al médico tienen que ser enviados a otro facultativo y sólo 9 se hospitalizan; sólo un adulto por cada 1.000 habitantes tiene que ingresar mensualmente en un centro médico universitario (16). A pesar de todo esto, nuestros centros médicos universitarios exigen a sus estudiantes, en fase avanzada, que dediquen casi todo su tiempo a atender problemas que no tienen vinculación alguna ni con la colectividad ni con sus servicios de salud y de asistencia social.

Otro estudio importante, llevado a cabo en la Unidad de Enseñanza de Práctica General de la Universidad de Edimburgo, mostró que, de los pacientes atendidos en

dicha unidad durante el año del estudio, el 72,9 % fueron vistos por el médico, el 28,9 % por la enfermera y el 17,6 % por la trabajadora médicosocial (17). La coordinación e integración de la labor en equipo de esta unidad facilita atender a toda la familia.

Cuando hace unos cuantos años se publicaron en Estados Unidos los trabajos de Paterson *et al.*, donde se demostró que los servicios de muchos médicos generales dejaban mucho que desear en cuanto a la preparación de historias clínicas, a los exámenes físicos adecuados, al establecimiento de un diagnóstico oportuno y a un tratamiento temprano y científico, así como en cuanto a recurrir, en caso necesario, a otros médicos y personal de salud (18), muchos de nosotros manifestamos, con cierto orgullo, que eso no ocurría en Canadá. El estudio de Clute, publicado recientemente, sobre la educación y la práctica entre los médicos generales de Ontario y Nueva Escocia, ha revelado las mismas deficiencias en la medicina canadiense (19). Otro estudio más limitado, llevado a cabo en Urbanville, Canadá, en el que se exploraron las reacciones de los médicos generales jóvenes del país, indicó que algunos de los médicos estudiados definieron su función como tales con una visión tan estrecha, que les impedía tratar en forma cabal los problemas de los pacientes que acudían diariamente a sus consultorios; algunos de los médicos estudiados también abrigaban sospechas respecto al personal de los servicios de salud (20).

En otro trabajo publicado también recientemente, donde se pasa revista al empleo de los exámenes físicos por los médicos generales, se señaló que hay importantes brechas entre la posibilidad de establecer un diagnóstico y tratamiento tempranos y la labor que dichos médicos hacen. En dicho trabajo se indica la necesidad de redefinir a fondo la función del médico general en Canadá (21).

## 3. Pruebas basadas en el estudio de aquellos a quienes incumbe organizar los servicios

Multitud de estudios y discusiones indican

las principales exclusiones de ciertos servicios, de ciertos grupos de población o de otros que constituyen mal riesgo, cuando se siguen los principios actuariales para proporcionar servicios completos de salud cubiertos por el seguro. Casi todos los programas de seguro médico patrocinados por los propios médicos, y la mayoría de los patrocinados por los beneficiarios de sus servicios, no cubrían, hasta hace poco tiempo, la atención de los pacientes psiquiátricos, a pesar de que, como es bien sabido, cada vez se dedica más tiempo al cuidado ordinario de estos problemas. La mayoría de nuestros programas de seguro de hospital no incluyen servicios de atención domiciliaria.

Varios estudios importantes emprendidos en estos últimos años, todos ellos debatibles mas no por eso menos válidos, indican que hay un método de organización que es muy probable que satisfaga la doble necesidad de proveer atención médica a la vez de alta garantía y económica.

Este método de organización consiste en la práctica integrada de la medicina en grupo. Los estudios antes mencionados han demostrado que, cuando se combinan el pago por adelantado y la práctica en grupo, y cuando el pago por los servicios directos se hace al grupo médico en su conjunto, se plantea una nueva situación que tiene grandes repercusiones. Se invierte totalmente la economía habitual de la medicina, pues el paciente pasa a ser una carga y el asegurado sano, un beneficio. En esta organización de la práctica médica se sienta una base económica sólida de la función preventiva de la medicina y el diagnóstico temprano de la enfermedad, y no hay ventaja alguna en tener ocupadas todas las camas de hospital. En esa situación, el médico general recobra la función de volver a dirigir la "orquesta de la atención médica"; se dispone de otros facultativos para consultas y el personal de salud pública y de asistencia social puede incorporarse a los consultorios médicos, que es el lugar que le corresponde. En esas circuns-

tancias, la tecnología moderna y la organización moderna pueden combinarse en una forma sensata.

### Un método de integrar y coordinar los servicios

¿Cómo lograr que la labor realizada responda a las posibilidades existentes? En primer lugar, es preciso definir de nuevo la función y la formación de los médicos generales. MacLeod (22) y otros autores (23, 24) han subrayado la necesidad de llevar a cabo una labor de investigación y enseñanza en materia de atención familiar y de facilitar adiestramiento al médico general a fin de que pueda hacer frente a todos los aspectos de la atención médica que requieran sus pacientes y la colectividad. Es muy conveniente que las universidades canadienses se preocupen más de emular el ejemplo de aquellas escuelas estadounidenses de medicina que han desarrollado programas integrados de atención médica familiar y de la colectividad, así como de enseñanza e investigación.

En segundo lugar, es preciso acelerar la expansión de la práctica integrada de la medicina en grupo, que ha despertado interés en sectores cada vez mayores del público y de los médicos de América del Norte. En algunos centros, tal vez sea conveniente que esta práctica en grupo la patrocinen directamente los que hayan de utilizar tales servicios, siempre que se establezcan procedimientos que garanticen la independencia profesional.

En tercer lugar, es necesario hacer investigaciones sobre la reorganización, integración y coordinación de los servicios. Actualmente se está reevaluando de una manera minuciosa y compleja la organización y remuneración de los servicios médicos. También es preciso evaluar los programas de salud pública. Hay que buscar la forma de incorporar los consultorios de grupos de médicos al personal que, por tradición, ha trabajado en los departamentos de salud y de asistencia social. Es necesario

llevar a cabo demostraciones experimentales y evaluarlas a fin de determinar la efectividad de combinar servicios y personal de distintas clases con la práctica integrada en grupo. ¿Es posible que los médicos generales, los especialistas médicos, las enfermeras de salud pública, los trabajadores sociales y personal de otras categorías colaboren en forma estrecha y eficaz en un mismo centro de la colectividad en sus relaciones cotidianas? Se debe estudiar objetivamente si el intento de establecer esta clase de integración resulta eficaz. Se podría contar con la asistencia, tanto de las autoridades federales y locales, como de fundaciones y organismos privados, a fin de que personas que tradicionalmente han trabajado en los departamentos de salud y de asistencia social quedasen incorporados a los consultorios de los médicos, donde muchas de ellas podrían desempeñar una función muy útil.

Por último, es preciso establecer unidades de demostración en las que se combinen las características esenciales de la atención progresiva del paciente con la práctica integrada en grupo, basada en el hospital. De este modo, se pueden combinar la tecnología y la organización modernas para facilitar servicios completos y eficientes de salud y asistencia social de alta calidad. Y además, es posible definir nuevas funciones y establecer relaciones más fructíferas entre el funcionario médico de salud y su personal y el

llamado médico general. Sólo si se establecen esas demostraciones y se evalúan con criterio realista, se comenzará a evitar la continua fragmentación de servicios entre el médico general, el especialista médico, el funcionario médico y un sinnúmero de otros profesionales y trabajadores auxiliares.

### Resumen

En este trabajo se examinan los problemas surgidos de la creciente especialización, tanto clínica como de salud pública. Esta ha dado lugar a una fragmentación todavía mayor de los servicios prestados al público. Se presentaron pruebas, basadas en estudios tanto de aquellos que necesitan servicios, como de los que los proporcionan y de los que los organizan, de la necesidad apremiante de integrar y coordinar los servicios médicos prestados al público en general. A fin de resolver este problema, se sugiere que es preciso definir de nuevo la función y la formación del médico general, a fin de que llegue a ser un director más eficaz de la "orquesta de la atención médica". Se debe estimular la práctica integrada en grupo, así como las investigaciones y demostraciones relativas a la organización y las relaciones entre los programas de atención médica y los de salud pública. Por último, hay que encontrar el método de financiar la incorporación de determinado personal de salud pública y de asistencia social al sistema de práctica integrada en grupo.

### REFERENCIAS

- (1) Rosen, G.: *The Specialization of Medicine*. Froben Press, New York, 1944.
- (2) Sigerist, H. E.: *A History of Medicine*, Vol. 1. Oxford University Press, 1951.
- (3) Research Division, Dept. of National Health and Welfare, Ottawa, Canadá: *A Survey of Physicians in Canada*, junio, 1959.
- (4) Secretaría de Salud, Educación y Bienestar: *Physicians for a Growing America*, Servicio de Salud Pública, Estados Unidos, Publicación No. 709, Washington, D.C., 1959.
- (5) Heagerty, J. J.: *Four Centuries of Medical History in Canada*, Vol. 1, Macmillan Co. of Canada, 1928.
- (6) *Readings in Medical Care*. University of North Carolina Press, Chapel Hill, North Carolina, Estados Unidos, 1958.
- (7) Rosen, G.: *Am. Jour. Pub. Health*, 51:1805, 1961.
- (8) Clark, K. G.: *Preventive Medicine in Medical Schools*, Ass. of American Medical Colleges, Chicago, Estados Unidos, 1953.
- (9) Editorial: *Am. Jour. Pub. Health*, 51:1741, 1961.

- (10) Trussell, R. E., y Elinson, J.: *Chronic Illness in a Rural Area. Chronic Illness in the United States*, Vol. III, Harvard University Press, Cambridge, Estados Unidos, 1959.
- (11) Shanus, E.: *Financial Resources of the Aging*. Health Information Foundation, Research Series 10, New York, Estados Unidos, 1959.
- (12) Badgley, R. F., y Hetherington, R. W.: *Canad. Jour. Pub. Health*, 1962.
- (13) Downes, J.: *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 1948.
- (14) Wolfe, S.: Brief to the Royal Commission on Health Services submitted by the College of Medicine, University of Saskatchewan, Canadá, 1961.
- (15) Anderson, O. W.: *Medical Schools and the Social and Economic Environment in the Dynamics of Medical Care*. Ass. of American Medical Colleges, Evanston, Ill., Estados Unidos, 1960.
- (16) White, K. L.; Williams, T. F., y Greenberg, B. G.: *New Engl. Jour. Med.*, 1961.
- (17) Scott, R.; Anderson, J. A. D., y Cartwright, A.: *Brit. Med. Jour.*, 11:293 (jul.) 1960.
- (18) Petersen, O. L.; Andrews, L. P.; Spain, R. S., y Greenberg, G. B.: *Jour. Med. Educ.*, 31: 12 (Part II), 1956.
- (19) Clute, K. F.: *The General Practitioner*, University of Toronto Press, Canadá, 1963.
- (20) Wolfe, S.: *Am. Jour. Pub. Health*, 53:631, 1963.
- (21) ———: The General Practitioner and his Use of Health Examinations in Preventive Medicine, *Medical Care*, 2:84, 1963.
- (22) MacLeod, J. W.: *Canad. Med. Ass. Jour.*, 88:705, 1963.
- (23) Reader, G. G.: *Jour. Med. Educ.*, 28, 1953.
- (24) Berry, G. P.: *Jour. Med. Educ.*, 28:17, 1953.

Quizás se les haya dicho alguna vez que las enfermedades mentales eran una disciplina estrecha, cerrada, confinada al mero estudio de los alienados, término que en su etimología—del latín *alienus*—significa extranjero o extraño, es decir, los que han quedado al margen de la comunidad humana, ajenos a ella. Nada más inexacto. Se trata, al contrario, de una ciencia viva, abierta, ampliamente abierta a esos problemas fundamentales de los que ningún hombre puede desinteresarse, y menos que nadie ustedes, los llamados a ejercer un día la medicina, hombres, es decir, para quienes nada de cuanto sea humano puede ser ajeno.

Jean Delay