



**Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud
Dirección General de Evaluación del Desempeño**

DEFINICIÓN Y ANÁLISIS DE LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS MÉDICOS DE ALTA ESPECIALIDAD EN EL SECTOR PÚBLICO

RESUMEN EJECUTIVO

Noviembre de 2010

Índice

Presentación	1
Aspectos Metodológicos	4
<i>El concepto</i>	8
<i>El análisis de egresos hospitalarios</i>	9
<i>Encuesta de Patologías, Equipo y Procedimientos por Especialidad en los Servicios Médicos de Tercer Nivel de Atención</i>	11
Discusión	17
Conclusiones	21
Recomendaciones.	24

Presentación

La Universidad Nacional Autónoma de México, a través de la Facultad de Medicina, presenta los resultados del estudio “Definición y análisis de la prestación de servicios médicos de alta especialidad en el sector público”, producto del convenio específico de colaboración, suscrito con el ejecutivo federal a través de la Secretaría de Salud en 2009.

El propósito general fue obtener información cualitativa y cuantitativa sobre el estado general que guarda la prestación de los servicios médicos de alta especialidad en México; con base en una aproximación multimetodológica. El estudio comprendió desde los aspectos conceptuales hasta un acercamiento cuantitativo sobre la disponibilidad de equipo, la atención médica y el empleo de procedimientos médico quirúrgicos en la prestación de servicios del tercer nivel de atención.

Se hizo acopio de información de médicos especialistas, organismos encargados de la formación de recursos humanos y de certificación, bases de datos, así como directamente de los servicios hospitalarios de las principales instituciones públicas de salud del país.

De esta forma, el presente documento contiene información que puede alimentar la toma de decisiones respecto a una posible reestructuración de los servicios médicos de alta especialidad en el sector público, con el fin de aprovechar mejor la capacidad instalada de los servicios de salud, así como consolidar y articular el Sistema Nacional de Atención de Alta Especialidad.

Esperamos que los datos que se ofrecen permitan avanzar en esta tarea.

Introducción

Existen antecedentes respecto a que la utilización de servicios médicos difiere ampliamente dependiendo del nivel de ingreso de la población (Wong &, 2007), en donde las instituciones públicas, que atienden a la gente con menores posibilidades económicas, enfrentan problemas de gran complejidad, derivados tanto del acelerado recambio tecnológico que las obliga a mantener un ritmo acelerado de innovación y desarrollo de recursos humanos, como de la transformación demográfica y epidemiológica de la población; con el incremento asociado de la morbilidad por enfermedades crónico-degenerativas, que suelen requerir de procedimientos diagnósticos y terapéuticos sofisticados, para los cuales la capacidad instalada en ocasiones resulta insuficiente y, a veces, ausente.

La atención médica constituye un escenario en el que estos cambios impactan significativamente su práctica (Rodríguez Domínguez, Vandale, Durán Arenas, López Santibañez, & López Cervantes, 1984). En el campo de la salud, la tecnología se traduce en la aplicación de conocimientos y competencias organizadas en forma de dispositivos, medicamentos, vacunas, procedimientos y sistemas desarrollados para resolver un problema de salud y mejorar la calidad de vida (WHO, 2009).

En México, se han realizado trabajos en materia de evaluación de la disponibilidad y utilización de tecnología médica, como la encuesta de disponibilidad y utilización de nueva tecnología realizada en 1983 (Rodríguez Domínguez, Vandale, Durán Arenas, López Santibañez, & López Cervantes, 1984). Dicho estudio evidenció la concentración de los recursos en las grandes ciudades del país (Distrito Federal, Guadalajara y Monterrey); mostró que la decisión de adquirir nuevas tecnologías se tomaba en el ámbito central sin considerar los aspectos relacionados con su costo-efectividad, y que algunas de ellas, de alto costo, a veces permanecían almacenadas por mucho tiempo debido a la falta de infraestructura o de recursos humanos capacitados para su operación. Situación que no había variado sustancialmente veinte años después (Pérez-Rodríguez, Durán Arenas, Hernández Gaytán, Tirado Gómez, Diaz Vázquez, & López Cervantes, 2002; Velázquez-Berumen, 2005).

En cuanto a la estructura de los servicios de salud, existen propuestas que consideran que la mayoría de las inversiones en tecnología deberían dirigirse al primer y segundo niveles, ya que la mejor que hay disponible está ubicada en los hospitales de alta especialidad. Postura que no se opone a la adquisición de alta tecnología, sino que subraya la necesidad de distribuir mejor los recursos -incluida la tecnología- para abarcar el mayor número de padecimientos posibles. Asimismo se plantea que una planeación inadecuada al respecto incrementa los costos de la atención, pues se estima que 90% del equipamiento más sofisticado es importado. A lo anterior, habría que agregar el aprovechamiento inadecuado por la carencia de personal disponible para operar los servicios con eficiencia. (Velázquez Berumen, 2005).

En la visión y acciones estratégicas del Plan Nacional de Desarrollo hacia el año 2030, y retomadas en el Programa Nacional de Salud 2007-2012 (Secretaría de Salud, 2007), se considera tener un sistema nacional de salud caracterizado por ser un modelo de atención flexible, diseñado a partir de la transición epidemiológica y demográfica del país, que cuente con fuertes vínculos intersectoriales. Dado que actualmente es un sistema segmentado, que tiene como consecuencia la falta de aprovechamiento de los recursos humanos especializados y el uso ineficiente de la infraestructura y del equipo de las unidades públicas de salud. Por ello, con el fin de fortalecer la atención médica de alta especialidad del sector que presta esos servicios, y emanado del Programa Sectorial de Salud 2007-2012, el Programa de Acción Específico 2007-2012, sobre Medicina de Alta Especialidad (Secretaría de Salud, 2007), plantea como uno de sus objetivos específicos: *“Establecer un sistema estructurado de servicios hospitalarios que haga eficiente el funcionamiento en red de las unidades de alta especialidad, garantizando la accesibilidad a los servicios”* (p.49).

En este contexto, el presente estudio se realizó con carácter interinstitucional, con una perspectiva sectorial, en el cual se buscó el consenso tanto para el concepto de la atención médica de alta especialidad, como para la integración de catálogos de equipo y servicios por especialidad, con lo cual se pudiera realizar un acercamiento a su disponibilidad por institución.

Objetivo General

Integrar un concepto de Atención Médica de Alta Especialidad, elaborar un catálogo de servicios de alta especialidad y describir su oferta por institución con base en el análisis de datos secundarios y en una encuesta en hospitales de o con servicios de alta especialidad.

Objetivos Específicos

1. Delimitar conceptualmente los servicios de alta especialidad.
2. Elaborar un catálogo representativo de los servicios, padecimientos y equipo que existen a nivel nacional y por institución para la atención de alta especialidad en México.
3. Identificar las necesidades de servicios de alta especialidad que tiene actualmente cada institución, a fin de determinar las oportunidades de intercambio de recursos y servicios.
4. Identificar la disponibilidad de servicios de alta especialidad que tiene actualmente cada institución, a fin de determinar las oportunidades de intercambio de recursos y servicios.
5. Proyectar la demanda y la vida útil de los servicios de Alta Especialidad.

Aspectos Metodológicos

El proyecto incluyó un componente cualitativo y otro cuantitativo. El primero tuvo como objetivos delimitar conceptualmente la atención médica de alta especialidad, elaborar un catálogo representativo de los servicios, equipo, enfermedades y procedimientos diagnósticos o terapéuticos empleados en cada especialidad seleccionada. Asimismo, explorar las necesidades de los servicios y valorar las oportunidades de intercambio de interinstitucional de recursos. Se llevó a cabo a través de “Talleres de Expertos en Atención Médica de Alta Especialidad” y las especialidades seleccionadas cumplieron con los siguientes criterios:

- Estar incorporada en el catálogo de la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos para la Salud (CIFRHS).
- Tener registro en la Academia Nacional de Medicina.

- Contar con un Consejo Mexicano de Certificación, con aval vigente del Comité Normativo Nacional de Consejos de Especialidades Médicas, A. C.
- Contar con un Comité Académico Universitario, UNAM.
- Existir ejercicio docente con enfoque de alta especialidad, con reconocimiento universitario en el periodo enero - diciembre 2009.

Los participantes cumplieron con al menos uno de los siguientes requisitos: a) presidente o integrante comisionado por éste, del Consejo Mexicano de Certificación de la especialidad; b) coordinador o integrante del Comité Académico Universitario de la Especialidad; c) profesor titular de un curso de alta especialidad, con aval de la UNAM, y d) ser propuesto por el Director Médico o de enseñanza del Hospital de adscripción, cuando por ausencia o cambio del profesor titular no existiese curso de alta especialidad, estando vigente en el ejercicio clínico de la especialidad correspondiente.

Las guías de sesión fueron consensuadas entre el grupo de trabajo de las instituciones participantes: Secretaría de Salud (SS) y Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM); y se sometieron a una ronda de expertos en docencia.

Se identificaron 45 Hospitales de tercer nivel de atención del sector público y los médicos fueron invitados proporcionalmente al número de cursos registrados con aval universitario en el periodo enero – diciembre de 2009. Cada grupo de especialistas tuvo 10 invitados. Las sedes fueron la Academia Nacional de Medicina, la UNAM y cuatro ciudades del interior de la República con coexistencia de hospitales de tercer nivel del sector público. Todos los talleres fueron coordinados por el mismo facilitador y su duración fue de seis horas. El tópico relacionado con la valoración de intercambio de servicios fue complementado con entrevistas a *expertos tipo*, seleccionados como médicos con función directiva de diferentes instituciones del sector público.

La producción de los talleres fue complementada con los catálogos oficiales de equipamiento publicados por la Secretaría de Salud (Consejo de Salubridad General 2009) y entregada a un experto seleccionado por azar dentro del grupo, quien hizo las correcciones procedentes y agregó los rubros que consideró omitidos. Respecto a los padecimientos y procedimientos especificados, su trabajo tomó como referencia la

clave CIE 10 (World Health Organization, 2007) y la CIE 9 (Secretaría de Salud, 2009), correspondientes.

El componente cuantitativo comprendió dos partes. En la primera, se estimó la demanda de servicios para 10 de las principales entidades nosológicas de cada especialidad identificadas en el estudio cualitativo, a partir del análisis secundario de la Base de Datos de Egresos Hospitalarios (SAEH) de la Secretaría de Salud y otras instituciones públicas para el año 2009. En la segunda, con base en los catálogos de equipo, infraestructura, padecimientos y procedimientos obtenidos en el componente cualitativo, se integraron las encuestas para cada una de las 39 especialidades participantes, las cuales fueron piloteadas con los jefes de servicio de tres de los hospitales de tercer nivel de atención seleccionados para el estudio. Corregidas o modificadas, se aplicaron en las unidades hospitalarias restantes.

Una vez integradas las bases de datos correspondientes a la primera y segunda parte, se realizaron los análisis estadísticos descriptivos correspondientes. Todos, con el programa Excel de MSOFFICE para MAC V.2008.

Para estimar la demanda y vida útil de los servicios, se seleccionaron 37 diagnósticos de las bases de datos de los años 2000 al 2009 del Sistema Automatizado de Egresos Hospitalarios (SAEH) de la Secretaría de Salud. Los diagnósticos se eligieron del catálogo de patologías descritas por los especialistas de 20 de las 39 disciplinas consideradas en este estudio. La estimación de los probables casos por año se hizo mediante un procedimiento de medias móviles. Las tendencias se estimaron con modelos de regresión lineales, logarítmicas o potenciales, dependiendo del modelo que tuviera el mejor coeficiente de determinación. Los datos analizados se basaron en la información disponible de 14 hospitales o institutos dependientes de la Secretaría de Salud, debido a que las bases del SAEH sólo contienen información de estas unidades para los diagnósticos y los años elegidos. La vida útil de los equipos se evaluó a través de la disponibilidad y el estado funcional del equipo propuesto por los expertos para cada una de las 39 especialidades. Los datos se recolectaron de las encuestas aplicadas.

Resultados

Se realizaron en total 34 sesiones. En las primeras 30 del Distrito Federal, confirmaron su asistencia 194 médicos y asistieron 188 (96.9 %), en el interior del país se invitó a 88 y asistieron 76 (86.3 %). La Atención Médica de Alta Especialidad (AMAE) se analizó a partir de las concepciones publicadas por los Institutos Nacionales de Salud y por la UNAM. Respecto a las condiciones para el ejercicio médico de alta especialidad, la mayoría de los participantes dijo contar con los insumos suficientes, precisando a la subrogación de servicios, como la única estrategia prácticamente efectiva.

“No siempre hay tecnología de última generación disponible...se requieren más plazas y médicos...”; “Las instalaciones son adecuadas en espacio, pero deficientes en cosas específicas”; “ El abasto de recursos materiales es deficiente”; “Las licitaciones institucionales con frecuencia no se hacen con todos los elementos que la especialidad requiere, y eso es una limitante muy importante, se requiere el punto de vista de los médicos como instancia de selección para abatir costos y hacer eficiente el presupuesto...”; “Deficitario siempre...”.

Se realizaron también listados de equipamiento con base en los avances internacionales de la medicina, bajo el criterio de que un servicio de alta especialidad debe cumplir con los estándares normativos que permitan identificar su diferencia con un segundo nivel y realizar el ejercicio médico de un especialista capacitado en alta especialidad. Posteriormente seleccionaron los padecimientos y procedimientos que sí ameritan ser atendidos en servicios de alta especialidad y los que debieran atenderse en otros niveles asistenciales. Finalmente, se analizaron las ventajas o desventajas que tendría implementar una red de apoyo interinstitucional de servicios médicos de alta especialidad en el sector público del país.

De las ventajas: *“Se incrementaría la accesibilidad y existiría un criterio médico unificado”; “Se fomentaría una disciplina cada vez más especializada y de alto nivel...”; “Se podrían integrar grupos calificados para la atención específica de algunas patologías, con mejores resultados e incluso de fomentaría el arraigo”.* No identificaron desventajas, pero si limitantes a vencer. Entre las más destacadas se encontraron: (a) el proceso administrativo, que pesa sobre la opinión médica e incluso el estado de

salud del paciente, (b) la centralización de recursos y (c) la limitación de la acción médica en niveles previos.

En la opinión de *expertos tipo*, un sistema administrativo de referencia y contrarreferencia de pacientes siempre se encuentra influenciado por factores médicos, administrativos, económicos y políticos. Algunos incluso consideran que la limitada competencia clínica del especialista, es el que con mayor frecuencia esquiva la normatividad, aunado a la presión de carecer de la tecnología y los recursos que ofrezcan mayor precisión diagnóstica. Acerca de una red de apoyo interinstitucional en servicios médicos de alta especialidad, su postura fue clara: es una necesidad imperiosa, no sólo como una red de apoyo, sino como un Sistema Nacional. Asimismo, en lugar de desventajas destacaron retos como: atender aspectos vulnerables de los médicos -evitando con ello abatir la calidad de la atención- particularmente su percepción económica y el mayor reconocimiento a su labor.

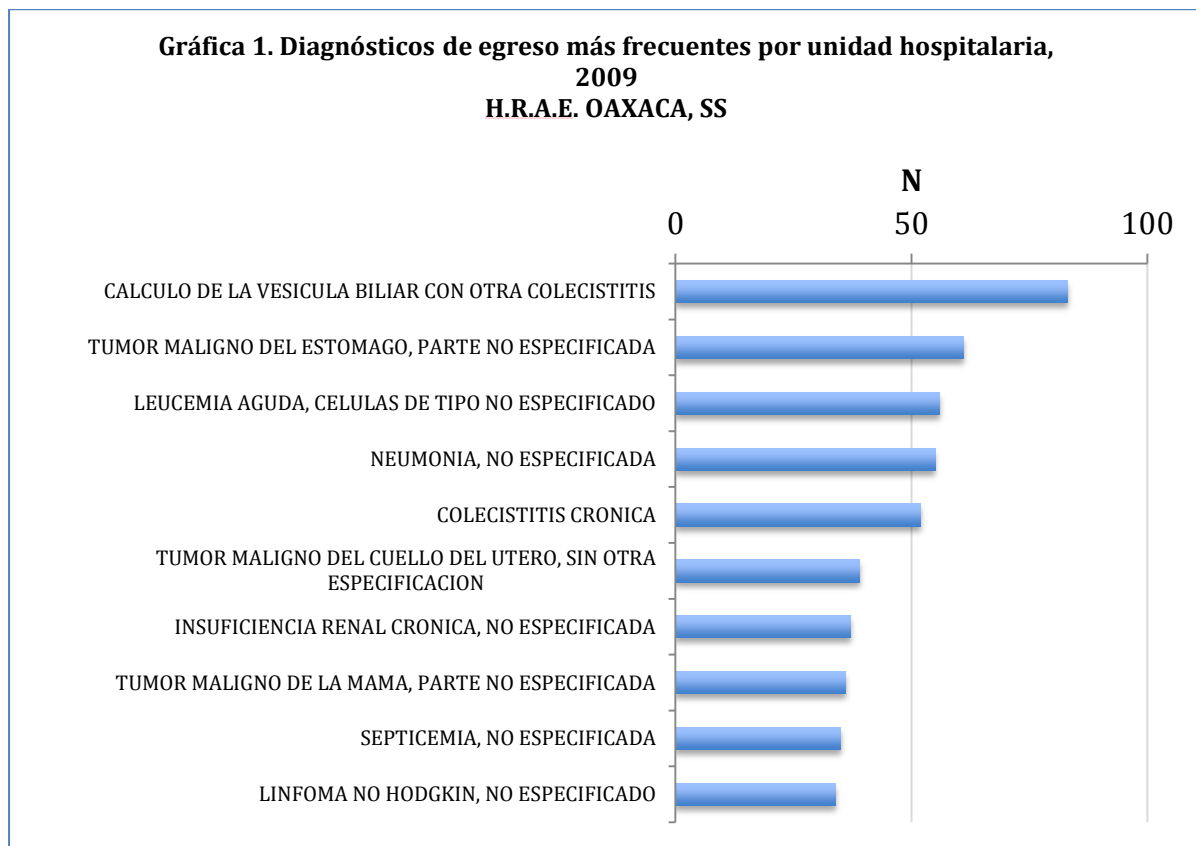
El concepto

Con lo expuesto, la atención médica de alta especialidad fue conceptualizada como una forma de realizar la práctica médica de una especialidad, en un determinado ámbito, en donde la infraestructura es planificada y las condiciones para su ejercicio se caracterizan por contar con tecnología de punta, idónea, así como por la suficiencia y oportunidad de los insumos, no sólo para la atención desde el punto de vista clínico y quirúrgico, sino también para la investigación, la formación y la actualización de recursos humanos competentes. Ámbito en donde la práctica médica atiende los daños y se orienta al paciente cuyo perfil se caracteriza por la alta complejidad para el diagnóstico y el tratamiento, con costo elevado. Asimismo, donde se ofrece la mejor alternativa posible en relación a un determinado problema de salud y para la cual se requiere tener la experiencia necesaria, así como la capacitación y actualización específicas en aspectos teóricos, metodológicos, técnicos y procedimentales de la especialidad, que garanticen la competencia y el adecuado desempeño, producto de profundizar e incorporar los avances de la especialidad misma, con profesionalismo, en donde el trabajo en equipo y la interdisciplinariedad constituyen una sólida plataforma que sustenta la calidad de las acciones que recibe el paciente.

La producción de los talleres comprendió además la integración de 39 catálogos de equipamiento, infraestructura, enfermedades en que sí se justifica el manejo en servicios de alta especialidad y los procedimientos que se realizan en este tipo de servicios.

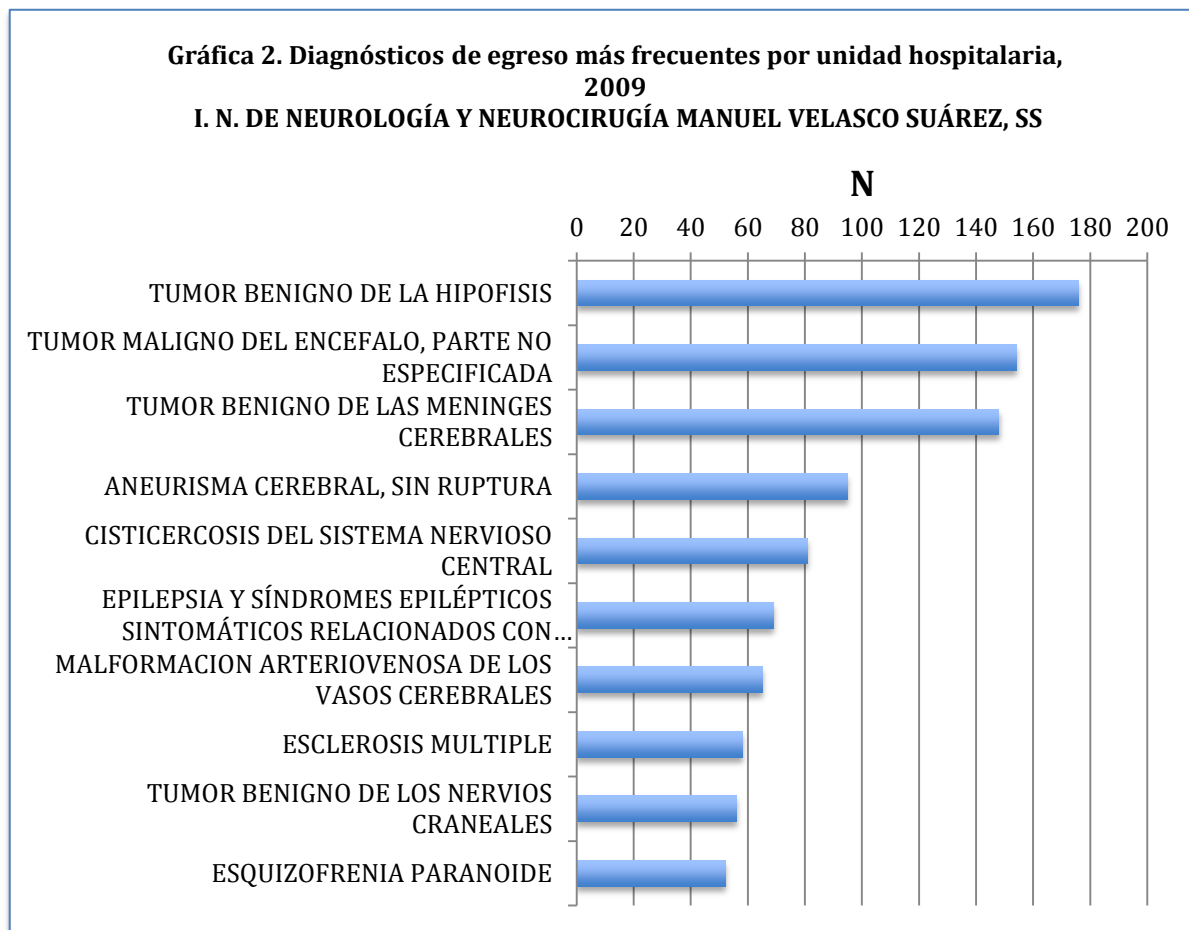
El análisis de egresos hospitalarios

En la parte cuantitativa, en el análisis de egresos hospitalarios -realizado con información de las instituciones del sector público 2009, con 10 de las entidades nosológicas que con mayor frecuencia se atienden- se encontró que los padecimientos no transmisibles como la Diabetes Mellitus, los problemas cardiovasculares y el cáncer, o bien las entidades o complicaciones derivadas de ellos, son los que demandan mayor atención. (Gráfica 1).



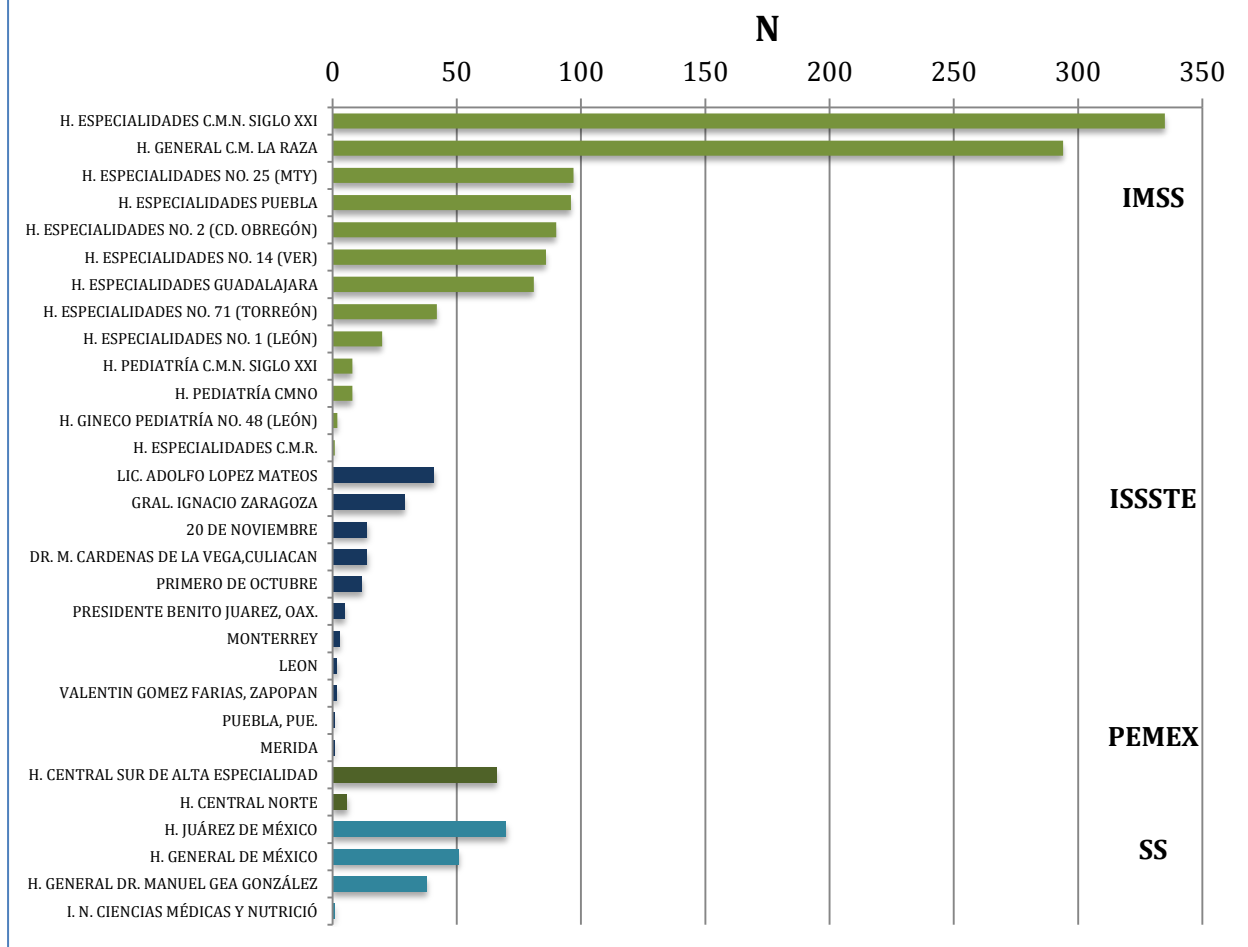
Se encontró también que se atiende a pacientes cuyo diagnóstico es compatible con aspectos médicos que pueden ser resueltos en otros niveles de atención como hipertensión arterial esencial, neumonías no especificadas, litiasis renal,

colecistopatías, afecciones de vías urinarias y cataratas, entre otras. Asimismo, se identificó que la frecuencia con que se atienden problemas que no justifican la atención médica de alta especialidad, es menor en los hospitales generales de tercer nivel de las instituciones que establecen médica y administrativamente sus niveles de atención, como el IMSS y el ISSSTE, y menos aún en aquellos que están planeados para otorgar atención médica orientada por una disciplina o especialidad en particular. (Gráfica 2)



Otro aspecto relevante fueron los hospitales que destacaron por la frecuencia de atención para algunas entidades clínicas; ejemplo de ello son las UMAE de Especialidades del CMN Siglo XXI y la Raza del IMSS para el desprendimiento de retina. (Gráfica 3)

Gráfica 3. Diagnósticos más frecuentes por unidad hospitalaria, 2009
DESPRENDIMIENTO Y DESGARRO DE LA RETINA



Encuesta de Patologías, Equipo y Procedimientos por Especialidad en los Servicios Médicos de Tercer Nivel de Atención

Se determinó la oferta de servicios de alta especialidad a través de una encuesta a 695 médicos especialistas –jefes de servicio o médicos adscritos- distribuidos en 38 hospitales públicos en catorce ciudades del país. Las especialidades que se encontraron en el 64% de los hospitales visitados fueron: imagenología, anestesiología, endocrinología, medicina del enfermo crítico y gastroenterología. Las especialidades de neurocirugía pediátrica, endocrinología pediátrica, terapia endovascular neurológica,

radio-oncología y oncología pediátrica fueron las que se encontraron con menor frecuencia (20%) en los hospitales visitados.

En el Distrito Federal, las especialidades que se encontraron con mayor frecuencia fueron: endocrinología pediátrica (80%), oncología pediátrica (68%), neurología pediátrica (68%), medicina de rehabilitación (65%) y dermatología (63%). La especialidad de cardiología pediátrica fue la que mostró la menor frecuencia (<20%). En los hospitales de la SS, la disponibilidad de las especialidades se encontró entre el 30% y el 85%.

El número de enfermedades incluidas en el catálogo, que los médicos reportaron que atendían en las unidades hospitalarias, varió ampliamente. Así, en la especialidad de cirugía plástica se incluyeron 354 enfermedades a diferencia de la especialidad de terapia endovascular neurológica, donde únicamente se incluyeron nueve.

Los médicos especialistas en endocrinología, cirugía general, genética, audiología y medicina de rehabilitación contestaron que del 35 al 40% de la patología que se atiende en los hospitales de alta especialidad puede ser resuelta en otro nivel de atención. En cambio, los especialistas en neurocirugía y radio-oncología mencionaron que el 100% de la patología listada por los expertos únicamente puede resolverse en hospitales de alta especialidad. (Gráfica 4)

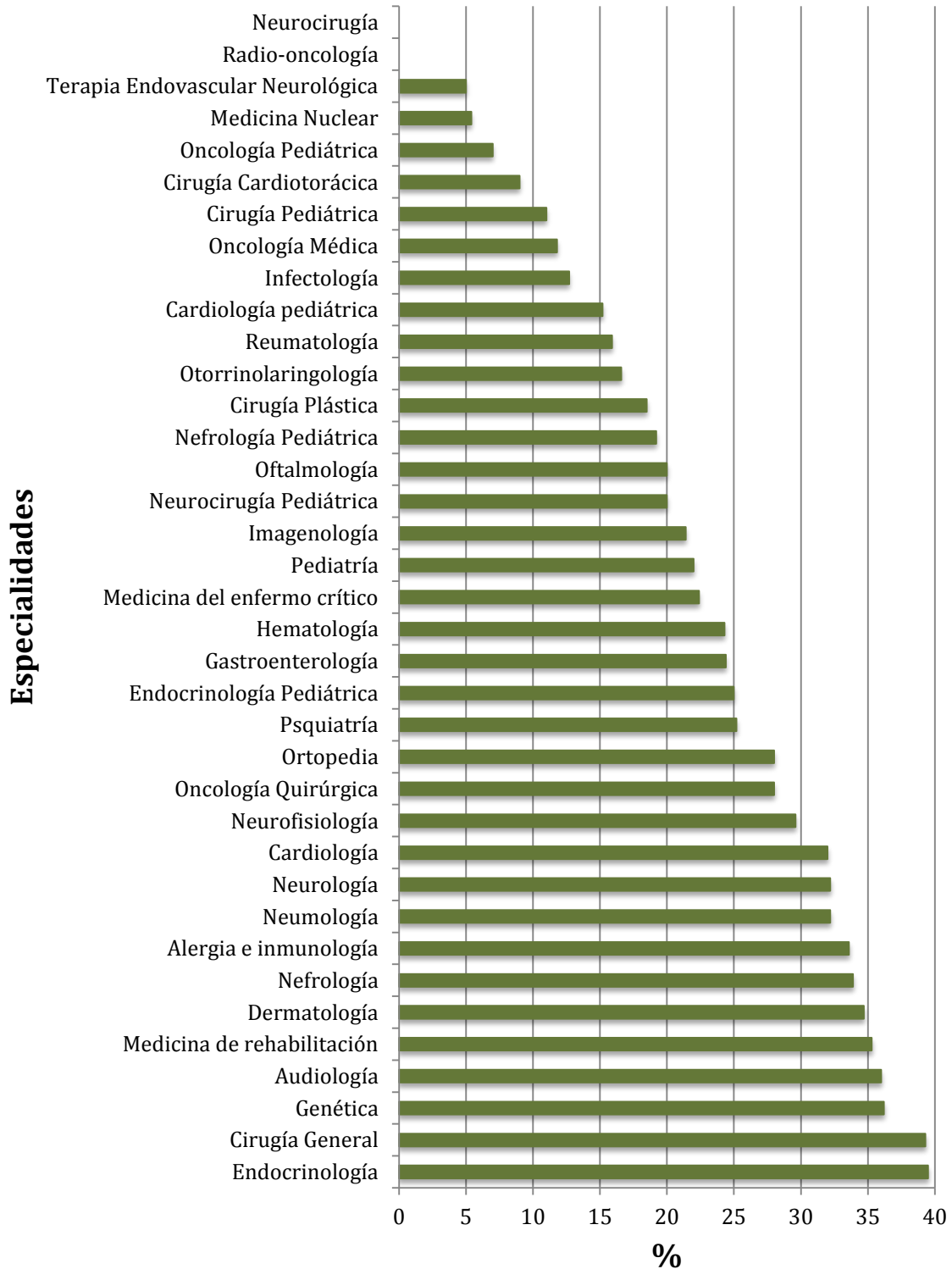
Respecto a los procedimientos empleados, cirugía plástica fue la especialidad que incluyó el mayor número de ellos con 435. En cambio, las especialidades de genética médica y psiquiatría solamente incluyeron un procedimiento, cada una de ellas. La práctica de los procedimientos varió al interior de las especialidades. Por ejemplo, en la especialidad de neurocirugía pediátrica se reportó realizar 98% de los procedimientos, en cambio en ginecología y audiología donde esta cifra es de 41% y 44%, respectivamente.

Acercas del número de equipos evaluados, éste varió ampliamente. Así, la especialidad en medicina de rehabilitación incluyó 109 equipos a diferencia de las especialidades en reumatología y endocrinología, donde únicamente se incluyeron ocho. Hematología, endocrinología pediátrica, neumología y cirugía plástica mostraron una mediana igual a cero en el 88% ó más de los hospitales visitados. Es decir, una gran mayoría de los

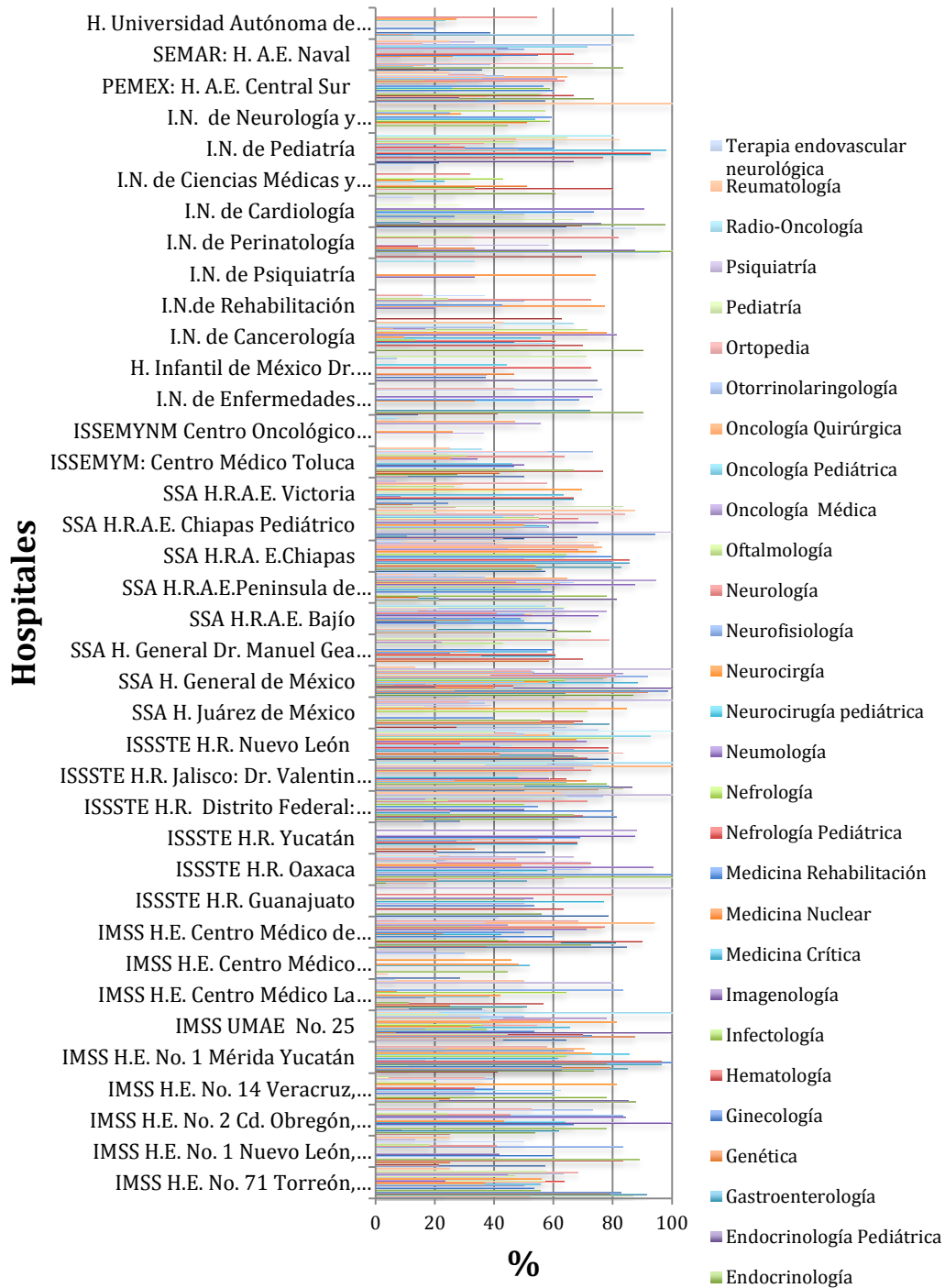
hospitales carece del equipo que se identifica indispensable para la prestación de servicios de alta especialidad. Las especialidades de oncología pediátrica, pediatría, oftalmología, imagenología, infectología y medicina nuclear, en más del 80% de los hospitales visitados se obtuvo una mediana igual a uno. Es decir, la mayoría cuenta con al menos uno de los equipos reportados como esenciales. (Gráfica 5).

Respecto a la demanda y vida útil de los servicios para los próximos 10 años, en casi el 50% de los diagnósticos considerados (18 de 37) se observó una franca tendencia ascendente. Sólo en 19% se puede anticipar un decremento en la demanda y en el 30% restante se esperaría un comportamiento estable. Para todas las especialidades, se observó falta de disponibilidad del equipo; con notoria variabilidad interinstitucional, como se observa en el ejemplo cirugía pediátrica (gráfica 6); así como en la funcionalidad respectiva. (Gráficas 7, 8).

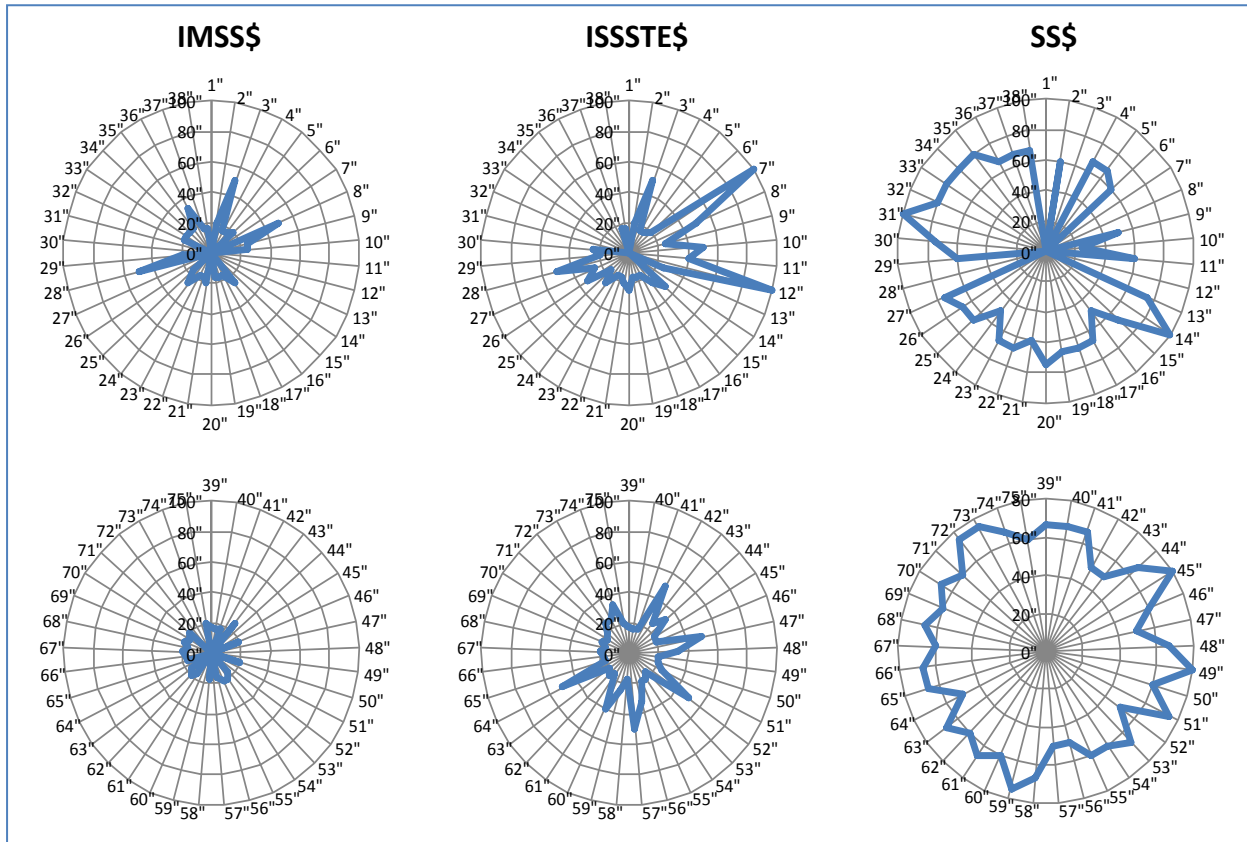
Gráfica 4. Proporción de problemas atendidos en los hospitales seleccionados y que pueden ser manejados en otro nivel de atención, México 2010



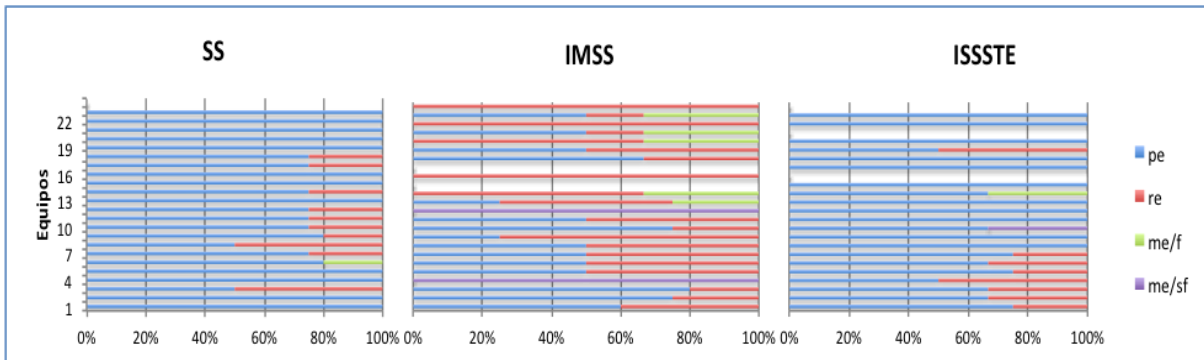
Gráfica 5. Proporción de no disponibilidad de equipo en las especialidades seleccionadas según hospital, México 2010



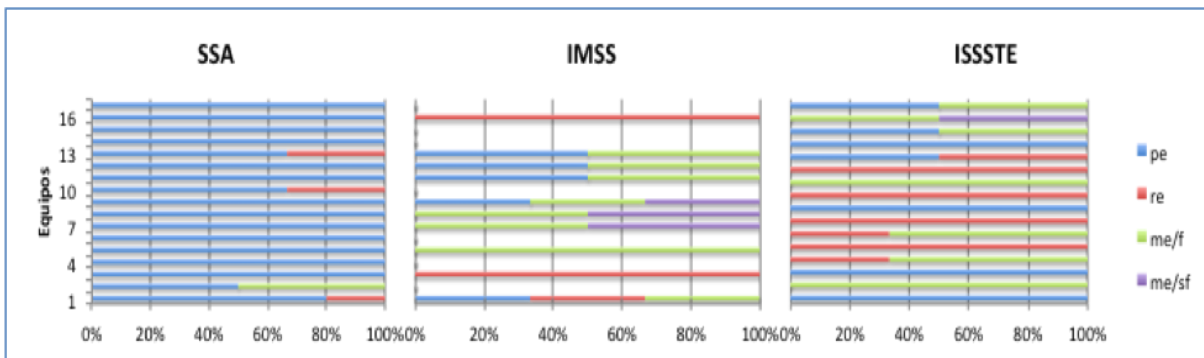
Gráfica 6. Proporciones de no disponibilidad de equipo en la especialidad de Cirugía Pediátrica



Gráfica 7 Estado funcional del equipo de la especialidad de Cirugía General en hospitales seleccionados. México 2010.



Gráfica 8. Estado funcional del equipo de la especialidad del Infectología en hospitales seleccionados. México 2010.



Discusión

Seleccionar las especialidades para analizar la atención médica de alta especialidad sin un concepto consensuado, implicó el riesgo de excluir a aquellas que pudiendo serlo, no se incluyeran en el proyecto por no cumplir, al momento, con algún criterio de inclusión al estudio; o bien por contar con un campo de acción diferente del tercer nivel de atención. Sobre todo si se toma en cuenta que este último criterio, cataloga a las unidades médicas como de primero, segundo o tercer nivel de atención, con un sustrato básicamente administrativo en razón de la concentración de los recursos para ejercer la práctica médica (diagnóstico y tratamiento) y que por las características de contratación en las instituciones del sector público, no necesariamente traduce el nivel de formación, competencia y selección de los profesionales que en él ejercen.

No obstante lo anterior, se decidió circunscribir el proyecto al tercer nivel de atención, de acuerdo a los catálogos institucionales. Sin excluir la posibilidad de que las especialidades con ámbitos de ejercicio profesional diferente hayan desarrollado o puedan hacerlo, áreas o contenidos de alta especialidad. Cuyas especificaciones requerirán de espacios o foros para su discusión y esclarecimiento.

Ubicados en el tercer nivel, la selección de las especialidades se hizo con el propósito de incluir preferentemente a aquellas que han puesto énfasis o se han pronunciado y esforzado por propiciar un concepto de alta especialidad. Esfuerzo traducido en ejercer oficialmente la docencia con este enfoque, que implica además del trabajo académico, realizar investigación y aplicar ambos elementos a la función asistencial, incorporando los aspectos innovadores al interior de las disciplinas mismas. Además, la selección se apoyó, en el hecho de que existiera un Consejo Mexicano de Certificación y un Comité Académico de la Especialidad, como referentes de que tales especialidades permanecen a la vanguardia respecto de su práctica.

Las discusiones al interior de los grupos en el componente cualitativo del estudio, no fueron ajenas a la diversidad de esquemas de administración de servicios de salud en el sector público, lo cual matizó los acuerdos acerca de criterios de acceso y permanencia a los servicios considerados de alta especialidad, como: Hospitales Regionales, Hospitales Universitarios, Hospitales Centrales, Hospitales Generales denominados Federales de Referencia, Unidades Médicas de Alta Especialidad, Centros Médicos e Institutos Nacionales. Las participaciones también se vieron contextualizadas por las opiniones de los asistentes tanto del sector público como de práctica privada, cuando éstos últimos fueron invitados en calidad de Presidentes o integrantes tanto de los Consejos Mexicanos de Certificación o de los Comités Académicos de Especialidad. Al respecto habrá de aclarar que en la mayor parte de las veces, los presidentes o integrantes de las organizaciones señaladas tenían también una adscripción a alguna institución del sector público.

Hubo consenso de que un curso de alta especialidad no da un grado diferente a la especialidad misma, sino la posibilidad de desempeño eficiente en donde se requiere de determinada capacitación y actualización. Asimismo, que no hay especialistas de

alta o baja especialidad, sino que actúan con base en los recursos disponibles o condiciones para la práctica de su especialidad.

Los catálogos de equipamiento por especialidad no fue posible hacerlos siempre bajo el mismo criterio, ya que cada grupo de especialistas tuvo una perspectiva distinta respecto de si un determinado estudio - y la tecnología que lo sustenta- era o no ámbito específico de su especialidad. Por ejemplo, una resonancia magnética. Por esto, en diversas especialidades quedó incluido en el catálogo correspondiente un equipo que pudiera parecer ajeno a la especialidad misma. En ello también influyó el nivel de responsabilidad con el paciente, pues con frecuencia se traslapan campos de acción de las especialidades, lo cual implicó dificultad para determinar ámbitos de competencia así como criterios de acceso o permanencia a los servicios.

Los catálogos de enfermedades, no obstante la petición y el propósito de conservar las especificaciones de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10) al interior de las sesiones o talleres, fueron discutidos y consensuados básicamente a partir de los “criterios médicos” de acceso a los servicios; lo cual explica el hecho de que en las producciones preliminares las patologías se globalizaran (Ej. cirugía endocrina, paciente neurológico, etc.) o no se apegaran a las especificaciones de la CIE 10. De igual manera, que una patología cuyo manejo pareciera ser competencia de segundo o incluso primer nivel, pueda aparecer en ellos. Ejemplos: Cardiología: Valvulopatías, con posibilidad de tratamiento quirúrgico e intervencionista; insuficiencia cardiaca, en candidato a terapia de resincronización; trastorno del ritmo, susceptible de estudio electrofisiológico; hipertensión arterial, con repercusión cardiovascular y control de los factores de riesgo en síndrome metabólico.

Durante el trabajo de campo en los 38 hospitales, algunos participantes reiteraron que su especialidad existía en el hospital pero no como un servicio, sino como interconsultante, por lo cual era necesario citar tal situación si es que se evaluarían sus condiciones para la práctica. Con frecuencia aclararon que algunos de los estudios o procedimientos eran subrogados, y que tal situación obedecía a circunstancias - concordantes con lo descrito en la parte cualitativa- como la falta de equipo o personal técnico capacitado, entre otras. De igual manera, que el equipo requerido no siempre

estaba ubicado en su servicio y su disponibilidad variaba negativamente a sus necesidades. Otro aspecto importante fue la infraestructura que se indagaba, pues generaba dudas o desconcierto en las respuestas, por lo que verbalmente especificaban que las áreas o instalaciones en ocasiones existían, pero no con las especificaciones correspondientes en las normas oficiales.

En general, los hallazgos cuantitativos encontrados validaron las condiciones y circunstancias comentadas en la parte cualitativa del estudio. La disponibilidad del equipo varió al interior de las especialidades y en general fue baja. No obstante, aún cuando en los hospitales cuya mediana se encontró igual a uno, ello no significó que su disponibilidad fuera amplia. Cabe señalar que en este rubro varios de los participantes no anotaron el número de equipos disponibles en sus servicios u hospitales; solamente mencionaron si el equipo existía o no. En el primer caso el dato se registró con valor de 1, por lo cual es posible un subregistro de esta información.

Finalmente, es muy relevante el hecho que administrativamente, un tercer nivel de atención para una especialidad pueda estar constituido sólo como un servicio al interior de un hospital (general, regional o de especialidades), un centro estatal o incluso un Instituto con carácter nacional, cuyo eje de acción se conforma por la especialidad en cuestión. Lo anterior implica y explica la existencia de diferencias en la asignación y disponibilidad de los recursos para la atención que se otorga. Sin embargo, la denominación de alta especialidad, en esencia implica, y demanda, ser un nivel resolutivo o final del proceso de atención médica o quirúrgica que se otorga. Por ello, resulta cuestionable que un servicio o un hospital, se denomine de Alta Especialidad cuando finalmente, para resolver un problema médico específico, requiera de una instancia diferente que realmente lo resuelva. Situación que da sustento para reflexionar acerca de los resultados encontrados o relacionados con improvisación de la infraestructura, falta o necesidad de actualización de equipamiento, plantillas incompletas de personal, falta de continuidad en la calidad de la atención, estrategias inciertas para la oportunidad y suficiencia de los recursos, personal con falta de capacitación o experiencia, o bien otorgar la atención médica con un costo elevado a los pacientes cuyo perfil o problema de salud no lo requiere.

Bajo este contexto resulta necesario valorar si los servicios que se ofertan por algunas unidades hospitalarias, realmente son compatibles o justifican la denominación de servicios médicos de alta especialidad. Desde nuestro punto de vista, tal situación traduce la necesidad de realizar un inminente cambio en la organización del sector salud, que permita aprovechar la competencia y experiencia de muchos médicos mexicanos que sólo requieren tener condiciones idóneas para su optimizar su desempeño.

Conclusiones

- El concepto de atención médica de alta especialidad, a partir del consenso de los especialistas de las principales instituciones y organizaciones normativas en salud, es un elemento valioso que puede apoyar la evaluación de los servicios y hospitales con esta función o denominación y así mejorar la toma de decisiones.
- La formación médica es un elemento determinante para conceptualizar la alta especialidad, pero requiere de otros elementos que la complementen para poder asumir que la atención que de ella deriva tiene tal característica. Conviene precisar que existe diferencia cuando se habla de la atención médica de alta especialidad y la formación médica de o para la alta especialidad.
- Es necesario evaluar la formación y distribución de recursos humanos, debido a que existen especialidades con muy alta o muy baja demanda y no se aprecia congruencia entre el número de egresados y las necesidades concretas de los servicios y hospitales en donde se practica la alta especialidad.
- El heterogéneo avance de las especialidades, la valoración del tiempo y esfuerzo invertidos en la formación y actualización médica, propician diferentes niveles de exigencia para que los médicos se perciban como profesionales que ejercen la alta especialidad y para aceptar que cualquier otro especialista pueda ejercerla. Los de ámbito obligado en el tercer nivel, (Ej. Radio-oncología, genética, terapia endovascular neurológica entre otras) tienen controversia mínima o inexistente. No así quienes tienen la posibilidad de ejercerla en diferentes niveles de atención y requieren delimitar responsabilidades y tramos de control, inespecíficos o sin consenso médico –no administrativo-, para quienes evidentemente no basta con ser

sólo especialista, sino lograr el óptimo desempeño al contar con los recursos más sofisticados para la práctica y que requiere el adiestramiento específico. Estos últimos se pronunciaron por reorganizar los servicios para que la alta especialidad se ejerza en áreas específicas de tercer nivel y los “especialistas generales” se adscriban a niveles previos.

- Es necesario considerar la interacción existente entre los procesos de atención médica, la investigación y la docencia, desde dos perspectivas: la formación médica y la función esencial de la unidad hospitalaria o servicio con denominación de alta especialidad, ya que la jerarquización de dichos procesos, determina el acceso y en consecuencia la oportunidad del paciente para recibir los beneficios de la medicina que le representa la instancia final con carácter resolutivo a sus problemas de salud.
- Se requiere del trabajo en equipo, médico y paramédico, como característica indispensable para lograr la calidad de la atención de alta especialidad, cuyo sustrato es la interdisciplinariedad.
- Es necesario partir de las necesidades reales de la población para dar dirección a la medicina de alta especialidad, lo que implica, desde luego, fortalecer el tercer nivel de atención, sin olvidar que la capacidad resolutiva de los otros niveles es esencial para lograr y optimizar los resultados.
- Una estrategia que puede impactar positivamente en la confiabilidad del diagnóstico, el manejo y eficiencia con la que se atiende a los pacientes, es considerar la opinión de los médicos adscritos a los servicios, expertos en su disciplina, para realizar el equipamiento o actualización del mismo, en las unidades de alta especialidad.
- La atención médica de alta especialidad es un proceso continuo que demanda cada vez más áreas específicas e incorporación de tecnología de punta. Por lo tanto, su implementación no es posible mediante adecuaciones, sino que requiere de cambios planificados, considerando que el avance científico de las especialidades implica, además de la infraestructura y el equipo, la suficiencia de personal que garantice la continuidad de las acciones.

- Existe necesidad explícita de reconsiderar los indicadores para el análisis de los resultados del proceso de atención médica de alta especialidad, con el propósito de que los aspectos presupuestales tengan mayor apego a su compleja realidad, así como a los tiempos y perfil de los pacientes.
- La referencia inoportuna, el manejo limitado por otros niveles de atención y la infraestructura no planificada, develan la existencia de demanda no satisfecha de servicios médicos de alta especialidad en el sector público.
- Existe necesidad de contar con estrategias administrativas, de formación y capacitación del personal, médico y paramédico, que incrementen la capacidad resolutive de los niveles previos de atención, para que así se facilite el acceso de los pacientes que si ameritan la atención médica de alta especialidad..
- Urge estimar la demanda insatisfecha de atención médica de alta especialidad y valorar las acciones que permitan disminuir el porcentaje de enfermedades que se atienden en el tercer nivel, pero que pueden ser resueltas en niveles previos.
- La integración de los catálogos de equipo, patologías y procedimientos al interior de una especialidad, de manera consensuada entre especialistas de diversas instituciones del sector público, devela una compleja situación en la asignación de recursos, pero también la oportunidad de propiciar la equidad en la distribución presupuestal y, en consecuencia, de la atención médica que se otorga a la población mexicana.
- Es necesario incrementar la disponibilidad del equipo a fin de mejorar la calidad y oportunidad de la atención médica en los hospitales de alta especialidad.
- Los servicios de tercer nivel no son del todo equivalentes entre las instituciones del sector público, dada su estructura organizacional y sus criterios de accesibilidad. No obstante, eso representa un sólido argumento para unificar a las instituciones públicas y propiciar la calidad de la atención con equidad.
- Existe una importante y positiva expectativa de los especialistas participantes respecto de la posibilidad real de implementar una red de apoyo interinstitucional que propicie la creación de un verdadero Sistema de Salud de México. Aun cuando sean muchos los retos a vencer. En tanto, es indispensable indagar acerca de los procedimientos con baja práctica para identificar los motivos por los cuales no se

realizan y dar prioridad al diseño de mecanismos administrativos y logísticos para compartir el uso de equipo entre los distintos hospitales a fin de disminuir los tiempos de espera en la población usuaria y optimizar el uso del equipo.

- Debe atenderse con prioridad a las cuestiones que impiden a los médicos dedicarse a tiempo completo en una sola unidad hospitalaria, particularmente las relacionadas con las condiciones contractuales y el salario.

Recomendaciones.

Con base en las aportaciones de los participantes y en el análisis de los resultados del estudio, se recomienda:

1. Valorar a la salud como un derecho ciudadano y no como una contraprestación laboral.
2. Propiciar y lograr la equidad en la asignación de recursos institucionales.
3. Mejorar la evaluación curricular a fin de que el perfil profesional del personal seleccionado para servicios de alta especialidad, sea acorde con la exigencia de los servicios.
4. Crear foros o espacios de participación médica, o del personal usuario, para discutir la actualización o compra de tecnología y equipo para servicios alta especialidad.
5. Utilizar la red gremial médica que de manera natural existe, para identificar a los más capacitados y de mayor experiencia, con el objetivo de crear “Áreas Intrahospitalarias de Alta Especialidad” orientadas a problemas específicos de salud.
6. Aprovechar la competencia y experiencia institucionales, con el propósito de crear Centros de Referencia para el ejercicio de determinadas especialidades en la solución de determinados problemas de salud.
7. Crear oportunidades para que los médicos adscritos a servicios de alta especialidad, complementen su formación en docencia e investigación, aspectos hasta hoy un tanto separados de su formación o competencia clínica.
8. Diseñar estrategias administrativas y financieras para fomentar que los médicos puedan laborar sólo en una sola institución.

9. Equipar los servicios de alta especialidad con la perspectiva de vanguardia y fomentar la docencia a distancia, con prioridad en telemedicina.

Referencias bibliográficas.

1. Pérez-Rodríguez J, Durán-Arenas JLG, Hernández-Gaytán SI, Tirado-Gómez LL, Díaz-Vásquez FJ, López-Cervantes M. (2002). Evaluación de la disponibilidad, utilización y costos de la tomografía computarizada en el estado de Morelos. *Salud Publica Mex*, 44:392-398.
2. Secretaría de Salud (2007). Programa Nacional de Salud 2007-2012. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud. México, D.F.: Secretaría de Salud.
3. Secretaría de Salud (2007a). Programa de Acción Específico 2007-2012. Medicina de Alta Especialidad. México, D.F.: Secretaría de Salud.
4. Consejo de Salubridad General (2009) Cuadro básico y catálogo de instrumental y equipo médico. Tomo I: Equipo Médico. México, DF: Comisión Interinstitucional del Cuadro Básico de Insumos del Sector Salud.
5. Secretaría de Salud (2009). Clasificación de procedimientos (volumen 3 de la CIE-9- MC). México, DF: Secretaría de Salud. Disponible en <http://www.emece.salud.gob.mx/descargas>
6. World Health Organization (2007). International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. 10 th Revision. Disponible en <http://apps.who.int/classifications/apps/icd10online/>
7. Rodríguez Domínguez J, Vandale S, Durán Arenas JL, López Santibáñez AP, López Cervantes M. (1984) Disponibilidad y utilización de innovaciones tecnológicas en la atención médica en México. *Bol Of Sanit Panam*, 97: 283-97.
8. Velásquez Berumen, A. (2005). Estrategias de fomento a la innovación: Desde el CENETEC. En: M.H. Ruiz de Chávez & J.C. Valdéz Olmedo (eds.). *Innovación tecnológica en salud: Fundamentos y perspectivas*. México, DF: FUNSALUD-CONACYT. (Pp. 132-141).
9. WHO (2009). WHO Technology and health. (WHO, Editor) Recuperado el 1 de mayo de 2009 de http://www.who.int/topics/technology_medical/en/

10. Wong, R., & Díaz, J. J. (2007). Health care utilization among older mexicans: Health and socioeconomic inequalities. *Salud Pública de México* , 49 (Supl. 4), S505-S514.
11. Ruiz-Pérez LC, Sánchez-Mendiola M. Profesión y profesionalismo en medicina. En seminario: El ejercicio Actual de la Medicina. UNAM Recuperado el 14 de noviembre de 2008. Disponible en: http://www.facmed.unam.mx/eventos/seam2kl/2006/nov_01_ponencia.html
12. Lynne M. Kirk 2007. Professionalism in medicine: definitions and considerations for teaching. *Proc (Bayl Univ Med Cent)* 2007;20 (1):13-