

La prevención y la atención médica de alta especialidad

Eugenia del Carmen Sánchez Romero*

La salud es un tema que desde las épocas más remotas de la historia humana ha sido una preocupación. La práctica médica se ha transformado de una actividad de brujos y chamanes hasta la compleja medicina occidental en la que pasó de ser una práctica oscura y mágica a ser totalmente tecnologizada y acusada de haberse deshumanizado.

El trabajo médico ya no fue el mismo después del reporte Flexner, y se alejó de los pacientes como seres humanos completos para llegar a verlos como un número de expediente que cada especialista terminó por considerar como un órgano independiente. El foco central de la atención del médico en un hospital es, cada vez más, los resultados de laboratorio y gabinete y, cada vez menos, la experiencia clínica y un enfoque orientado a la resolución de la enfermedad y al paciente.

En los años setenta, después de años de avances científicos que permitieron que se conociera prácticamente todo sobre la relación de las causas microbianas de las enfermedades, se llegó a las terribles conclusiones de que la práctica médica había dejado de lado a la mayoría de la población, que la gente se moría de enfermedades para las que ya había soluciones terapéuticas, y que no era posible dar servicios hospitalarios a todos de manera indiscriminada cuando estuvieran enfermos.

Los hallazgos documentados en los trabajos de Snow respecto a la prevención y a la salud pública habían sido puestos de lado por mucho tiempo —al grado que apenas si tenían espacio en las discusiones científicas—; este fe-

nómeno de escasez de recursos era más ostensible en los países con menor avance económico.

Ante esa situación, el modelo desarrollado por Leavell y Clark logró explicar la historia natural de la enfermedad y presentar alternativas para actuar en distintos momentos de la evolución de las patologías, principalmente en la prevención y la actuación en los servicios de salud menos complejos que el hospital.

En 1978, en Alma Ata se realizó la declaración en la que la atención primaria en salud y la organización por niveles de atención fueron oficialmente legitimadas; éstas fueron enmarcadas en el proyecto de lograr la «salud para todos en el año 2000». Las evaluaciones posteriores, ya en pleno siglo XXI, demostraron alcances limitados, pero la propuesta de los niveles de atención ya había permeado en las instituciones: el primero quedó a cargo de atender aproximadamente del 80 al 85% de las causas de la demanda de atención; en el segundo, los hospitales con una cobertura potencial conjunta estimada entre el 15 y el 17%; y en el tercer nivel, el de alta especialidad, quedarían apenas del 5 al 3% de los pacientes potenciales.

Los recursos para la salud mostraron un destino totalmente distinto, ya que las acciones de «promoción de la salud y protección específica» (prevención primaria), a pesar de ser probadamente las de más costo-efectivo, tenían un menor apoyo; incluso el diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno (prevención secundaria) se veían limitados y con escasez de recursos, frente a las personas que acudían a solicitar los servicios prácticamente ya

* Editor Ejecutivo Revista Evidencia Médica e Investigación en Salud. Secretaría de Salud, Comisión Coordinadora de Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad.

Correspondencia:

Eugenia del Carmen Sánchez Romero
E-mail: dir.operaciones@gmail.com

cuando las acciones de limitación del daño y rehabilitación (prevención terciaria) eran las únicas alternativas. Las intervenciones de esta índole representan un enorme gasto, ya que son costosas tanto para las instituciones — que deben tener equipamiento complejo y personal altamente especializado— como para el gasto del bolsillo, por lo que representan catástrofes de salud que empobrecen a las familias. Lo anterior sucedía en el contexto de cambios y transiciones en la población mexicana, que enmarcan también las prioridades de salud.

A pesar de que la prevención es uno de los pilares del actuar para la práctica médica, esto no se ha reflejado en las políticas, prioridades y organización real de los servicios de salud, aun cuando la prevención se ha señalado de manera reiterada en los programas como la alternativa para enfrentar los problemas de salud, en particular, los vinculados con los estilos de vida, como son: la obesidad, hipertensión, diabetes mellitus tipo 2 y cáncer, entre otros. Éstos han avanzado tanto que son las causas del mayor número de las muertes y complicaciones, y representan las mayores cifras entre los motivos de consulta y hospitalización en las unidades médicas.

En los documentos de planeación de mediano plazo se ha establecido a la prevención como la base de la política de salud en el periodo 2013-2018; se dará prioridad a las acciones de prevención que benefician a la población y favorezcan cambios de estilo de vida hacia modelos mucho más saludables, así como a la propuesta

de universalizar el acceso ofreciendo servicios que tengan la calidad y seguridad que requieren los usuarios que según el artículo 4o. de la Constitución Política tienen derecho a recibirlos.

Esta priorización no debe dejar de lado la necesaria complementación con los niveles siguientes de atención ni descuidar a los hospitales o hacer más complejo el mecanismo de acceso a la alta especialidad, de la que irremediablemente un porcentaje de los ciudadanos enfermos requerirán.

Las unidades especializadas o altamente especializadas deben poder cumplir adecuadamente las expectativas de contar con equipos actualizados y funcionando, personal de salud bien formado, con una mística de trabajo y bien capacitado, así como con resultados de investigación en el área de salud que permitan el avance que se requerirá para enfrentar con buena salud y éxito los retos que el futuro planteará al país y de los que somos responsables todos en la posición en la que nos toque participar.

Cada mexicano tiene derecho al acceso de la atención médica en el nivel de complejidad que requiera para solucionar en las mejores condiciones y con la más alta calidad sus necesidades de salud, desde las más simples hasta las relativas a la vejez exitosa o los cuidados paliativos. El personal de salud debe sentirse orgulloso y con disposición para dar atención de calidad, y las instituciones deben ser cuidadas y puestas al día para poder cumplir con la misión de velar por la salud de todos los mexicanos.