

Sociedad y salud

Atención integral en salud Dr. Jesús Humberto Del Real Sánchez

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como «el estado de bienestar físico, mental y social del individuo». La Conferencia Nacional de Salud de Brasil de 1986, estableció: «La salud es el resultado de las condiciones de la alimentación, educación, vivienda, trabajo, transporte y medio ambiente».

Desde estas perspectivas, el ejercicio actual de la de la medicina no es integral, pues se ocupa fundamentalmente de los aspectos físicos o biológicos, dejando en un segundo término los mentales, psicológicos y sociales, olvidando que la enfermedad es el resultado de la interrelación de factores genéticos (hereditarios) con el medio ambiente, físico y social, que rodea al individuo.

La atención integral a la salud debería hacerse de acuerdo con los «Fines de la Medicina», que son el resultado de un consenso entre expertos –médicos, filósofos, bioeticistas, etcétera– procedentes de países desarrollados y en desarrollo, convocados por el Instituto Hasting de Nueva York, en Estados Unidos de Norteamérica y publicado por Mark Hanson y Daniel Callahan (The Goals of Medicine, Georgetown University Press, 1999).

Los fines de La medicina según el consenso de Hasting

1. Promover un estado saludable y prevenir las enfermedades.
2. Aliviar el dolor y el sufrimiento causados por la enfermedad.
3. Cuidar de los enfermos que pueden ser curados, así como de los que ya no pueden ser curados.
4. Evitar las muertes prematuras y posibilitar una muerte en paz.

Práctica de la medicina en el plano institucional

Las políticas del Estado y de la medicina institucional no cumplen con los fines antes mencionados. En la prevención se hace poco, lo más destacado es la vacunación contra las enfermedades infecciosas; mientras que en la promoción de la salud prácticamente no se hace nada. Por ejemplo, carecemos de un programa para evitar el número cada vez mayor de niños y adultos con sobrepeso, a pesar de saber que la obesidad está relacionada con 50 % de las causas de mortalidad.

Existen grandes dificultades para el tratamiento del dolor (físico), debido en parte a los trámites burocráticos que requiere la prescripción de narcóticos, mientras que los legisladores proponen la venta libre de algunas drogas como la marihuana. Para el tratamiento del sufrimiento, prácticamente no hacemos nada. Si los cuidados de los enfermos que tienen curación son deficientes, lo son todavía más para quienes ya no. Los cuidados paliativos para los discapacitados, son prácticamente inexistentes.

La atención médica para evitar muertes prematuras es deficiente: la tasa de mortalidad infantil es tres o cuatro veces mayor que en los países desarrollados; nuestras terapias intensivas son escasas y escasean los recursos. Con cierta frecuencia caemos en el encarnizamiento terapéutico, tratamientos que ya no tienen sentido porque la vida del

individuo ya se ha terminado, y lo que hacemos es aumentar el sufrimiento y dificultando que el paciente muera en paz.

Práctica de la medicina en el plano individual

El médico debe tener siempre presente que el enfermo acude para solicitarle ayuda, para que lo cure o lo alivie de su padecimiento, lo cual es algo distinto de su enfermedad. Por ejemplo, el enfermo puede tener una tuberculosis pulmonar, pero lo que lo lleva ante el médico es la debilidad, la falta de apetito, la palidez, la falta de sueño, la febrícula, la tos, la dificultad para respirar, lo cual es debido a la tuberculosis. Pero hay que agregar el miedo a lo que le pueda pasar, a que lo tengan que operar, la angustia por su familia, por dejar de trabajar, y la posibilidad de que esto lo pueda llevar a la muerte.

Todo esto es lo que el enfermo padece, y es lo que espera que el médico le «quite» al curarlo. El padecimiento no es sólo una tuberculosis pulmonar, como será clasificado y referido a los registros de la institución donde es atendido; el paciente tiene un padecimiento que incluye la tuberculosis pulmonar, pero también muchas otras afecciones que forman parte de su persona, de su existencia como ser humano. Por este conjunto de padecimientos el paciente acude a la consulta, no sólo por una la infección pulmonar ocasionada por el bacilo de Koch.

Está claro que, si la enfermedad es tratada en forma adecuada, buena parte del padecimiento se irá aliviando poco a poco, pero así como la tuberculosis necesita de pruebas diagnósticas y la prescripción de medicamentos, también la carga que agobia al paciente necesita ser identificada, examinada y manejada por el médico con delicadeza, discreción y respeto, porque el enfermo acudió a él para que lo ayude a resolver problemas con los que él solo no puede.

El médico que no se involucra en la atención integral del paciente, sino que se limita a diagnosticar y tratar la enfermedad, comete una grave falta de ética médica, al no cumplir con los objetivos o fines de la medicina. Está ignorando su obligación profesional de curar o aliviar, y cuando ya no sea posible curar –porque el padecimiento está muy avanzado–, se deberá apoyar y consolar al enfermo (Ruy Pérez Tamayo: *Ética médica laica*. Fondo de la Cultura Económica, México, 2002).

Problemas para la práctica de una atención integral la formación del médico

Las escuelas y facultades de medicina deberían enseñar a los futuros médicos lo relativo a los fines u objetivos de la medicina para el manejo integral del paciente, así como a conocer las características que debería tener un buen médico de acuerdo con las opiniones de los pacientes, las cuales se detallan en el cuadro 1.

La especialización

La expansión del conocimiento en medicina y en la tecnología médica, ha llevado a la especialización, haciendo que el médico sepa cada día más y más de menos y menos, y que en ocasiones pierda la visión global del árbol por dedicarse a observar en detalle sólo una pequeña rama.

Se dice que William Osler, quien vivió hace aproximadamente cien años y es una de las figuras legendarias y más respetadas de la medicina, tendría actualmente serios problemas para mantenerse bien informado. Si leyera sólo uno por ciento de los 4 millones de artículos

biomédicos que se publican anualmente, y que él considerase pertinente para su práctica clínica, requeriría leer 100 artículos diariamente para mantenerse actualizado (Arnoldo Graus: *Enfermar o sanar: el arte del dolor*. Plaza & Janés, Barcelona, 2003).

El manejo interdisciplinario

Una forma de superar el problema de la especialización es el manejo interdisciplinario, en donde intervienen varios especialistas. Por ejemplo, un paciente diabético «complicado» es visto por un especialista en medicina interna para observar su condición global; un especialista en endocrinología para el manejo de la diabetes, un especialista en nutrición para la formulación de las dietas, un especialista en oftalmología para que examine sus ojos (la diabetes es la primera causa de ceguera no traumática), y así podemos continuar con una larga lista. Este tipo de manejo es muy costoso.

El reduccionismo cartesiano

Desde la filosofía de la medicina, se argumenta que el enfoque actual del estudio médico es reduccionista, al tomar como válidas las observaciones de una pequeña fracción del organismo, para luego generalizarlas.

Es algo así como pretender que con el conocimiento del código genético ya se puede definir quién tendrá o no un infarto y, por lo tanto, retirarle desde pequeño la sal y las grasas, desconociendo –para no ir más lejos– el medio ambiente, su desarrollo físico y su comportamiento psicológico, que bien podrían modificar la realidad inicial (Sergio Osorio y colaboradores: *Ensayos de filosofía de la ciencia*. Ediciones del Bosque, Bogotá, 2001).

El enfoque holístico

Otro problema en el ejercicio de la atención integral del paciente es la dificultad para integrar a la medicina convencional las diferentes cosmovisiones de la enfermedad. Muchos pacientes utilizan conjuntamente con la medicina convencional, o en forma separada, algunas de las llamadas «medicinas alternativas», porque sienten que la alopática no satisface sus expectativas. A pesar de que las medicinas alternativas no tienen una base científica ni han probado su eficacia, algunos insisten en que deberían ser parte del manejo integral del paciente en la medicina institucional, ya que psicológicamente ayudan a muchos –debido al efecto placebo– a superar sus molestias (Onofre Muñoz y Luis Durán: «Uso de la medicina complementaria y alternativa». *Rev. Méd. IMSS* 2004; 42: 235).

CARACTERÍSTICAS DEL BUEN MÉDICO, SEGÚN LOS PACIENTES

1. Buen trato, ser amable, bueno.
2. Que escuche, sea atento y comprensivo.
3. Que no haga esperar mucho tiempo, que dé espacios para la expresión del paciente pero también que sea ágil (rápido) en la consulta, para disminuir los tiempos de espera; que cumpla con sus horarios y sea puntual.
4. Que los informe, les explique en qué consiste su padecimiento y tome en cuenta sus puntos de vista.
5. Que les pregunte, se preocupe por ellos, los revise.
6. Que sea sensible, cálido y de buen humor.

Fuente: Jorge Oseguera y Leonardo Viniegra: «Características humanísticas del médico deseadas por la sociedad». Rev. Méd. IMSS 2008; 46:171.