

## LOS COMPONENTES DE LA PRÁCTICA CLÍNICA

*José Fernández Sacasa*

Una definición aceptable de la Medicina, más abarcadora de la que propone la Real Academia Española,<sup>1</sup> puede ser la de considerarla como la ciencia y el arte de prevenir y curar las enfermedades y de promover la salud del individuo y la población.

Como ciencia, la Medicina aparece a primera vista como una ciencia biológica, pero dada la esencia social del hombre y de la salud, desde el pasado siglo viene ganando espacio su concepción como una ciencia social. Para *Virchow* “la medicina es una ciencia social y la política no es más que Medicina a gran escala”.<sup>2</sup>

Aceptar el carácter social de la medicina no debe significar desconocer su componente biológico, lo que entrañaría sustituir el reduccionismo biologicista por uno sociologicista.<sup>3</sup> Se impone entonces un enfoque integral sociobiológico o biopsicosocial de la teoría y la práctica de la medicina.

Como arte, la medicina afianza en la tradición de la relación médico-paciente, la capacidad de adentrarse en el mundo interior del hombre sano o enfermo en busca de comprenderlo e identificar y solucionar sus conflictos, brindándole confianza, tranquilidad y esperanza, lo que conforma lo que suele catalogarse como la buena clínica. Compartimos plenamente lo postulado por *Peabody*: “El secreto de la atención del paciente consiste en interesarse por él”.<sup>4</sup>

## ÁMBITO DE LA ATENCIÓN MÉDICA

En un sentido amplio la atención médica puede concebirse como un proceso que comprende el conjunto de acciones que emprende el médico y personal subordinado, dirigidas a preservar y recuperar o mantener la salud del individuo, la familia y la comunidad.

Es importante percatarse que atención médica no es igual a atención de salud. Este último es un concepto más amplio que incluye todas las formas sociales de dar respuesta a las necesidades de la población en materia de salud. Implica las formas de organización de la atención a la salud, así como la interacción con factores extrasanitarios e intersectoriales determinantes de la salud de la población.<sup>5</sup>

Estas respuestas se expresan en el modo de producir servicios de atención de salud y en el establecimiento de relaciones sociales, económicas e institucionales entre los trabajadores de la salud, las instituciones y la población.<sup>6</sup>

La atención médica puede adoptar 2 enfoques distintos: la atención individual y la atención a la población, con frecuencia divergentes o contrapuestas.

Estas 2 grandes corrientes se remontan simbólicamente en la antigua Grecia al

culto diferencial de Higia, diosa de la salud (de donde deriva el nombre de Higiene) *versus* Esculapio, dios de la medicina y la curación (hijo de Apolo y padre de Higia) que originan la salud pública y la medicina clínica como campos independientes con objetos y métodos de estudios diferentes: individuo y población; métodos clínico y epidemiológico.

Hoy día se postula<sup>7</sup> desde el punto de vista conceptual que ya no es posible considerar a la medicina curativa y a la salud pública como 2 programas independientes y distintos.

## **DETERMINANTES DE LA ATENCIÓN MÉDICA**

Se han señalado 3 procesos como los principales determinantes de la práctica médica: <sup>8,9</sup>

- El contexto económico y político social.
- La situación de salud.
- El modelo médico hegemónico.

La atención médica tiene un carácter histórico concreto, pues está condicionada por el desarrollo de la sociedad y su estructura económica.

En América Latina se identifica una práctica curativa ligada a los hospitales públicos y de la seguridad social, así como a la práctica privada.

En la atención médica predomina así un enfoque curativo centrado en la enfermedad. Se advierte asimismo, la creciente tendencia de la especialización y subespecialización con la consiguiente fragmentación de la atención.

La situación de salud es determinada por el proceso socioeconómico. En nuestra región es francamente deplorable. Coexis-

ten las enfermedades transmisibles ligadas a la pobreza, la desnutrición y la precaria higiene ambiental y personal con las enfermedades crónicas no transmisibles. La población tiende a concentrarse en las grandes urbes donde se observa un incremento de la marginalidad, la delincuencia y la pobreza. Una tercera parte de la población no tiene acceso a servicios básicos de salud y vive en condiciones precarias con respecto a suministro de agua, saneamiento y acceso a la educación.<sup>9</sup> Existe una situación de injusticia evidente en relación con las condiciones de salud entre los diferentes países, y dentro de cada uno de ellos en los distintos estratos socioeconómicos.

El modelo médico dominante<sup>10</sup> ejerce su influencia mediante su concepción de la salud y la enfermedad, la orientación de su práctica y su relación con el mercado de trabajo, la tecnología y los medicamentos. Las interrelaciones entre los paradigmas médicos y la práctica de la medicina clínica fueron expuestas en la conferencia que impartí en el Taller anterior.<sup>11</sup>

Baste recordar cómo la práctica médica liberal, destinada a los sectores con solvencia económica, se ha ido sustituyendo por una práctica neoliberal bajo el impacto de la tecnologización y la institucio-nalización de la medicina. El médico privado “aislado” es sustituido por la práctica de grupo. Crece el margen de desempleo y subempleo médicos. La hegemonía pasa al llamado complejo médico-industrial. Éste comprende una gran variedad de instituciones dedicadas a la producción y distribución de ciencias, tecnologías y servicios de salud.<sup>12</sup> Constituye una compleja red transnacional en expansión mediante la comercialización de una gran variedad de productos consumidos en el mercado médico que van desde instrumental, medicamentos, equipos diagnósticos y terapéuticos hasta seguros médicos, corporaciones de hospitales y servicios lucrativos de atención médica.

Ejerce, de acuerdo con sus intereses de acumulación, una influencia considerable en la educación y la práctica médicas, al igual que en las políticas nacionales e internacionales de salud. Estimula el desarrollo de la ciencia y la tecnología y de modelos de prestación de servicios que llevan al crecimiento de mercados para sus productos.

El modelo médico dominante en vez de propiciar el desarrollo de las capacidades preventivas colectivas, estimula la utilización exagerada de productos médicos ligados a la curación, la que queda vinculada con el acto de consumo. Promueve como eje diagnóstico el uso de la alta tecnología y como eje terapéutico el sobreuso farmacológico y tecnológico, basados en la prescripción, los honorarios y las ganancias fabulosas del complejo médico-industrial.

Una medicina al servicio del pueblo es incompatible con un sistema socioeconómico cuya finalidad última no es la satisfacción de las necesidades de la población, sino la obtención máxima de ganancia.

En aras de prevenir situaciones explosivas, inherentes al violento proceso de acumulación del capital, emerge la necesidad de proveer atención médica a los grupos poblacionales sin acceso a la práctica médica privada. Así, se produce una expansión de los mecanismos de seguridad social y la extensión de la cobertura estatal de los servicios de salud.<sup>13</sup>

La necesidad de controlar los costos margina el ejercicio liberal de la profesión médica que pasa a ser intermediada por agentes ajenos al binomio médico-paciente, como el Estado, los seguros públicos y privados y empresas cooperativas profesionales. Ello explica la tendencia ya señalada a la sustitución del trabajo médico autónomo por el trabajo de grupo. El profesional pierde la propiedad de los medios de producción y el control sobre el producto de su trabajo. Cada día se concentra más la

acumulación diferencial de ingresos dentro de la categoría médica, según sea el médico patrón o asalariado.

## COMPONENTES DE LA ATENCIÓN MÉDICA

Existe una amplia aceptación de las 4 tareas que *H. Sigerist* asignó en 1945 a la atención médica:<sup>14</sup> la promoción de salud, la prevención de enfermedades, la recuperación del enfermo y la rehabilitación. Esto no significa que sean tareas privativas de los médicos o del sector salud, pues requieren de la participación coordinada de distintos sectores de la sociedad.

Aunque existen modelos de atención en que las prestaciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación se brindan autónomamente, tiende a consolidarse el concepto de que resulta artificial esta separación de las prestaciones según su carácter, en tanto cada una de ellas lleva o debería llevar implícitas a las otras.<sup>14</sup> La falta de coherencia en las acciones de salud no integradas se expresan en las oportunidades perdidas para la promoción y la prevención en las consultas corrientes, si se tienen en cuenta los considerables recursos destinados tradicionalmente a los servicios curativos.

Este tratamiento integrador permite emprender las acciones independientemente del grupo ético, la naturaleza del daño y la organización y desarrollo del tipo de servicios.

Nuestro país ha desarrollado un enfoque teórico metodológico de la atención médica integral en correspondencia con el desarrollo del sistema de salud y de los medios de formación de recursos humanos.

Podemos encontrar la conceptualización de este enfoque en forma sintética en

el modelo del médico a formar en nuestro actual currículo de Medicina, reflejado como objetivos terminales del médico general básico:<sup>15</sup>

Prestar atención médica integral a niños, adolescentes, adultos, mujeres embarazadas y ancianos en el aspecto individual, así como a las familias, las instituciones escolares, fábricas, cooperativas e instituciones de atención a grupos especiales de la sociedad, mediante las acciones de promoción de la salud del individuo, la familia y la comunidad, la prevención específica en individuos sanos y enfermos, la atención a pacientes ambulatorios, dispensarizados o no, o a enfermos hospitalizados, y la rehabilitación física, psicológica y social de aquellos que la requieran.

Detectar e informar las afectaciones negativas del ambiente y del hombre mismo, así como ejecutar las acciones inherentes a la profilaxis higiénico-epidemiológicas contenidas en los objetivos de los programas de trabajo de atención primaria en lo relativo a la higiene comunal, de los alimentos, del trabajo y escolar, con el fin de proteger y promover la salud individual, familiar y de la colectividad.

Nuestro sistema de salud mediante sus 3 niveles de atención, brinda la atención integral de salud de forma universal y gratuita a toda la población.

El desarrollo del modelo de atención primaria basado en el médico y la enfermera de familia, es la máxima expresión de la atención médica integral en el sistema de salud, si bien se aspira a que el enfoque integral también se aplique en los niveles secundario y terciario de atención.

El médico de familia puede establecer un vínculo total con la población a su cargo, en los órdenes profesional y humano. Además de lograr la atención integral preventivo-curativa sin barreras ni exclusiones étareas o de otro tipo, tiene la posibilidad de convertirse en su asesor y colaborador,

y de facilitarle el acceso a los restantes niveles de atención cuando se requiera.

## **LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA**

En contraste con los notables avances científico-técnicos en el campo de la salud, en los últimos 25 años se viene hablando de la crisis de la medicina, que se ha estimado no da respuesta a las exigencias sociales.

Internacionalmente se señalan 3 cuestionamientos principales:<sup>11,12</sup>

1. El limitado impacto de las acciones médicas que intervienen en el individuo, frente a resultados innegables en la salud pública de medidas de carácter social que mejoran las condiciones de vida a menor costo.
2. El descontento de la sociedad con la conducta de una profesión médica deshumanizada, que trata a las personas como objetos en complejas instituciones donde se reduce el ser humano a su condición de máquina biológica dependiente de expertos y enajenada frente a las decisiones que tienen que ver con su atención y su vida.
3. El crecimiento sostenido e incontrolado de los costos de la atención médica.

En Cuba, si bien disponemos ya de un sistema social que prioriza la atención de salud de la población y brinda una cobertura total de servicios, estamos enfrascados en la lucha por perfeccionar nuestro sistema de atención en los órdenes científico-técnico, ético y humano.

Nos apoyamos en la integración docente-asistencial-investigativa, que posibilita la identificación de los problemas a resolver, con participación sectorial y extrasectorial, la capacitación del personal de salud y de la población y el perfeccionamiento de los programas y servicios de salud.

## REFERENCIAS

1. Real Academia Española. Diccionario de la Lengua Española, Madrid, 1970. (La medicina es la ciencia y arte de precaver y curar las enfermedades del cuerpo humano).
2. Eisenberg L, Virchow RLK. Where are you now that we need you? Am J Med 77:524, 1984.
3. Frenk J. La nueva Salud Pública. En: La crisis de la Salud Pública. Publicación No. 540, OPS, Washington, 1992:75.
4. Harrison. Principios de Medicina Interna. Ed. Interamericana, México, 1987:2
5. Fernández Sacasas JA. La Universidad y las prácticas en salud en América Latina (comentario). En: Memorias de la conferencia integrada -UDUAL- Universidad Latinoamericana y Salud de la Población. La Habana, 1991:149.
6. Conferencia integrada (UDUAL): Universidad Latinoamericana y Salud de la Población: Relato general Memorias de la Conferencia. La Habana, 1991:21.
7. Henderson DA. La salud pública más allá de año 2000. En: La crisis de la Salud Pública. Publicación Científica No. 540, OPS. La Habana, 1991:21.
8. La Universidad y las prácticas de salud en América Latina (Relato General). Santo Domingo, 1990:93.
9. Análisis de la infraestructura de salud. En: La crisis de la Salud Pública. Publicación Científica. No. 540, OPS. Washington, 1992:35.
10. Menéndez EL. Salud Pública: Sector estatal, ciencia aplicada o ideología de lo posible. En: La crisis de la Salud Pública. Publicación Científica No. 540, OPS. Washington, 1992:103.
11. Fernández Sacasas JA. Los paradigmas médicos y la práctica de la Medicina Clínica. Boletín Ateneo JC García, La Habana: 4:72, 1997.
12. Conferencia de Educación Médica en el área andina. (Informe de Relatoría) ASCOFEME/OPS Cartagena, Colombia, 1993.
13. De Campos FE. Estructura y dinámica de la fuerza de trabajo en salud en América Latina y su interacción con las prácticas de salud. En: La universidad y la práctica de salud en América Latina. Sto. Domingo, 1990:164.
14. Análisis de la prestación de servicios de salud. En: La crisis de la Salud Pública, Publicación No. 540, OPS, Washington, 1992:35.
15. Ilizástigui Dupuy F. La formación del médico general básico. (Ed. en Offset) MINSAP, La Habana, 1985.

José Fernández Sacasa  
Médico, Internista, Profesor Titular.  
Instituto Superior de Ciencias Médicas.  
Edificio "Ramón Paz Borroto". Calle G y 25.  
El Vedado, Ciudad de La Habana.