

Salud Positiva y Medicina Académica. Enfoques diferentes en la educación médica

Alfredo Díaz Alejandro & María Patrocinio Toribio Suárez

A. Díaz & M. Toribio

Universidad Autónoma de Nayarit

N. Galván, (eds.). La Docencia Universitaria y la formación integral de los estudiantes. Proceedings-©ECORFAN-México, Nayarit, 2016.

10 Introducción

Actualmente el sistema de salud y la educación médica se enfoca primordialmente en la atención de la enfermedad, con poca atención del sentir del paciente, lo que condiciona estados de inconformidad e incremento en las demandas por falta de atención adecuada. Institucionalmente el utilitarismo, como elemento ético dominante, la búsqueda de ser eficiente en la atención y normar la conducta del profesional de la medicina al incrementar el uso de las guías de práctica clínica condiciona a una atención automática, sistematizada, no reflexiva, con poco acercamiento a la comunidad como unidad de atención y estudio.

El presente trabajo se divide en la presentación de propuestas relacionadas a nuevos enfoques sobre el sistema de salud innovador y la práctica profesional de los trabajadores de la salud. El análisis de cada uno de los enfoques propuestos tienen la finalidad de influir en las políticas públicas de la atención médica y formación de recursos humanos en salud, lo cual involucra: medicina, enfermería, nutrición, psicología, salud pública, trabajo social, estomatología, etcétera, por mencionar a los más representativos.

La Medicina Académica como elemento formativo y reflexivo, que todo profesional de la salud debe de realizar; individualiza y fundamenta la atención en la reflexión de los resultados de la investigación aplicada; se soporta en la investigación básica; realiza un análisis profundo de la crisis ética presente en la atención y el predominio del uso de la tecnología con una brecha amplia en su relación con el avance científico; existen dilemas éticos poco claros para el profesional, en el que involucra la ética de la institución más orientada al utilitarismo, la deontología con normas y leyes, y la aretología con el ser humano profesional que tiene ideas, creencias y formas de ver el mundo relacionado con su experiencia, creencias, cultura y sentir.

En el siguiente es sobre la Salud Positiva. El centro de la atención médica y de la investigación básica y clínica estudia factores de riesgo para el desarrollo de enfermedades, con poca atención hacia la búsqueda de indicadores para la mejora de la longevidad, disminución de los costos, salud mental y pronóstico. La propuesta se fundamenta con estudios de variables causales relacionados con lo subjetivo, biológico y funcional.

El apartado que se menciona como “Medical Home” o Médico en Casa”, se trata de un programa que se relaciona con una propuesta que nace en la segunda mitad del siglo pasado, en la propuesta de Alma Ata “Salud para todos en el año 2000”, principio que no se alcanzó por los diferentes cambios económicos, sociales, políticos, sin embargo la propuesta se relaciona en la formación de médicos para proporcionar los cuidados primarios y colaborar en la gestión de la salud por parte de la familia y la comunidad. Es un enfoque que permite incrementar la Atención Primaria a la Salud, y no sólo el modelo actual que se divide en niveles de atención, centrados en la enfermedad. La importancia radica en formar al profesional, además de la orientación hacia la enfermedad, centrar la atención en el paciente y el horizonte preclínico, con un trabajo multidisciplinario.

10.1 Antecedente

¿La medicina actual que se practica es irreflexiva y actúa de acuerdo guías orientadas a las enfermedades y no a los pacientes?

La reflexión del cuestionamiento anterior se fundamenta en la exigencia institucional al uso de las Guías de la Práctica Clínica (GPC) como elemento defensivo al incremento de la demanda por mala praxis, estandarización de los tratamientos orientados hacia las enfermedades; vigilancia de las decisiones diagnóstico-terapéuticas realizadas por médicos y enfermeras, por mencionar algunos de los usos de dichas guías.

En la introducción al uso de las GPC aparecen los siguientes argumentos (IMSS, 2014):

“...Las guías de práctica clínica son recomendaciones desarrolladas de forma sistemática para ayudar tanto al profesional como al paciente a tomar las decisiones adecuadas cuando el paciente tiene una enfermedad o condición de salud determinada..... La importancia de las Guías de Práctica Clínica (GPC) radica en que permiten incorporar el análisis sistematizado de la información disponible más relevante para la toma de decisiones clínicas al utilizar conceptos de medicina basada en la evidencia. Las GPC de acuerdo al Instituto de Medicina de Estados Unidos son: «documentos que incluyen recomendaciones dirigidas a optimizar el cuidado del paciente, con base en una revisión sistemática de la evidencia y en la evaluación de los beneficios y daños de distintas opciones en la atención a la salud».....”.

En el momento de la realización de éste escrito el componente de las GPC son:

- Guías de práctica clínica médicos 480
- Dirigidas a acciones de enfermería 16

Con una distribución por grupo de especialidades (tabla 1):

Tabla 10 Distribución de las Guías de la Práctica Clínica (GPC) agrupadas en especialidades troncales y el número de guías correspondiente a cada grupo.

GPC	Med. Inter.*	Cir.	Pediatría	G y O	Urg. M.Q.	Med. Fam.	Med. Fis.	Anestesia y Analgesia	Nutriología	Geriatría
Número de especialidades	16	11	1	1	1	1	1	1	1	1
Número de GPC	206	123	52	48	4	2	3	2	16	23

*Incluye Oncología

Importante en el cuadro son las patologías que cubren las GPC en Geriatría, Gineco-Obstetricia y Pediatría. Lo que se considera grupos vulnerables, sin embargo el aspecto socio-cultural y psicológico no es considerado, así como los elementos funcionales y subjetivos.

Medicina Académica

La práctica de la medicina muestra avances tecnológicos importantes al disminuir los riesgos de enfermar con base en estudios de diagnóstico y tratamiento, pero se aprecia una brecha que cada día es mayor con los avances científicos. La práctica de la medicina se ha transformado en una mayor eficiencia desvinculada del humanismo que antes la identificaba. (De la Fuente, 2011)

Los médicos se han transformado en consumidores de trabajos de investigación para la toma de decisiones y, el uso de guías de práctica clínica que fundamentan sus decisiones en la Medicina Basada en Evidencia, tratando de vincular el contexto del paciente con las recomendaciones establecidas.

La Medicina Académica propone que la práctica profesional del médico, se fundamente no en el consumo, sino en la experiencia documentada de su hacer cotidiano. Cada población cuenta con la responsabilidad de un médico. Estadísticamente existe en nuestro país 157.1 médicos por cada 100 mil habitantes (INEGI, 2015). La población derechohabiente en su totalidad en nuestro país cubre aproximadamente, al 70% (85/122.3 millones) (CONAPO, 2015), incluye a todo el sistema de salud (IMSS, ISSSTE, SEDENA, SP, PEMEX Y SEMAR), con un 30% de la población sin servicios de salud formales.

En la tabla 2 se muestra a la población usuaria de los sistemas de salud en los últimos seis años hasta las cifras estimadas en el mes de diciembre del 2015. (3er Informe de Gobierno, 2015, p. 161).

Tabla 10.1 Población usuaria de servicios de salud en miles de personas 2009-2015.

Concepto	2009	2010	2011	2012	2013	2014 ^{p/}	2015 ^{e/}
Total	91 617	91 177	95 016	98 942	89 040	88 911	90 166
Población no asegurada	42 944	43 114	45 747	47 483	47 252	48 064	48 908
Secretaría de Salud	32 492	32 220	33 320	34 691	34 691	36 005	36 625
IMSS-PROSPERA ^{2/}	10 311	10 499	12 222	11 855	11 857	11 665	11 908
Universitarios ^{3/}	141	395	205	937	704	393	375
Población asegurada	48 673	48 063	49 269	51 460	41 788	40 847	41 258
IMSS	38 005	36 131	38 685	40 555	30 823	30 815	31 117
ISSSTE	8 143	8 211	8 357	8 523	8 652	8 766	8 861
PEMEX	739	743	748	755	764	586	588
SEDENA ^{4/}	866	1 048	806	832	832	n.d.	n.d.
SEMAR	228	240	264	279	287	286	295
Estatales	691	1 691	409	515	431	394	397

1/ Población que demandó servicios médicos al menos una vez al año. La suma de los parciales puede no coincidir con los totales debido al redondeo.

2/ Hasta septiembre de 2014 este programa se denominó IMSS-Oportunidades.

3/ El Hospital Ginecoobstétrico de la Universidad Veracruzana del estado de Veracruz no reportó información ya que se encuentra en remodelación. Los hospitales Universitarios Ramón Garibay y Ángel Leño de Jalisco y el Universitario de Nuevo León no reportaron información.

4/ No reportó información.

p/ Cifras preliminares al mes de diciembre.

e/ cifras estimadas al mes de diciembre.

n.d. No disponible.

Fuente: Secretaría de Salud.

El trabajo profesional tiene una orientación hacia el diagnóstico y tratamiento de enfermedades, sin considerar al paciente y su entorno sociocultural y económico.

Entre las posibilidades de una mejor atención a la sociedad se sustenta en el avance de la investigación científica, con generación de conocimientos nuevos principalmente en los tratamientos, y mejora de las herramientas tecnológicas para establecer el diagnóstico sin ser más invasivos. Estos avances se dan en contextos diferentes a los de nuestro país, pero que se transforman en recursos de consumo, que tratamos de adaptar al nuestro, sin considerar las creencias, ideas y recursos de la población mexicana.

La propuesta es intervenir, con metodología científica rigurosa, la innovación tecnológica y la búsqueda nuevos conocimientos que mejoren la práctica médica cotidiana. Significa que los hallazgos se contrasten con lo publicado y se considere a la población usuaria de los beneficios, en busca nuevos indicadores, no sólo en la identificación de factores de riesgo, sino en la indagación de factores de salud, que mejore la calidad de vida de aquellos pacientes con enfermedades crónico-degenerativas. Propuesta que debe de influir en las políticas públicas de atención a la salud y un enfoque hacia la comunidad por medio de la Atención Primaria a la Salud.

Lo anterior se debe de vincular al tipo de orientación en la formación médica a través de la modificación del currículum escolar, el cual debe de estar centrado en el paciente, familia y la comunidad, con estudios hacia la comunidad, la familia y el individuo, con identificación de estados preclínicos para modificarlos positivamente.

Lo anterior implica una mayor inversión que involucra cambios en la estructura del tipo de universidad necesaria para hacer ciencia, con creación de centros de investigación multidisciplinar, inter y transdisciplinar: básica, aplicada, clínica, salud pública y comunitaria, compartida con hospitales y clínicas en los que se realizan las prácticas tutoradas e internado de pregrado, así como en comunidades donde se efectúa el servicio social de los pasantes de medicina.

Además de involucrar a la universidad, se comparten las responsabilidades con el estado en los tres niveles de gobierno, organismos no gubernamentales, comunidades participativas, además de otras disciplinas relacionadas con la atención de la salud a población diversa (enfermería, estomatología, trabajo social, por mencionar algunos). Los mayores costos serán al inicio, pero con beneficio al corto, mediano y largo plazo al contar con una población más sana, feliz y productiva.

Entre los propósitos de la medicina académica es ser: laica, igualitaria y equitativa, tener presente el comportamiento ético y humanista del médico y las instituciones de salud; dirimir los dilemas éticos que surgen entre el utilitarismo, la deontología y la aretología para la toma de decisiones, a través del diálogo y el consenso. Es decir dedicarnos más al paciente (o padeciente), la familia y la comunidad, que a la enfermedad y la polifarmacia. Seguir los preceptos de Hipócrates de Cos “No hay enfermedades, sino enfermos”

Los proyectos de investigación deben orientarse a temas relevantes como las enfermedades crónicas, adicciones, enfermedades infecciosas reemergentes, accidentes, enfermedades del corazón y metabólicas, por mencionar los más relevantes. Los resultados deben de alimentar a las políticas públicas y la estructuración de los currículos escolares de las carreras de la salud.

Salud positiva

“...La Salud Positiva describe un estado más allá la mera ausencia de enfermedad y es definible y mensurable. Salud Positiva puede ser operacionalizada por una combinación de excelente estado de biológico, medidas subjetivas y funcionales...” (Seligman, 2008)

Con éste referente se introduce un concepto de atención médica diferente en cuanto a los fines. El sistema de salud actual se enfoca, como se revisó previamente, en las enfermedades. El modelo propone enfocarse a la salud.

La investigación que se sugiere es la búsqueda de indicadores de salud, se busca medir el bienestar subjetivo a través del optimismo y otras emociones positivas, que puedan proteger contra los daños físicos.

De acuerdo a Seligman, existen estudios longitudinales en las que pueden probar las hipótesis del aumento de la prolongación de la vida con calidad, disminución de los costos y un mejor estado de salud mental, además de tener un mejor pronóstico de vida cuando se encuentra presente la enfermedad. (ibídem, p. 4)

Los antecedentes del concepto se remontan a la propuesta de la Psicología Positiva, y a la identificación que hizo Antonovsky en la sobrevivencia de mujeres judías que sobrevivieron a situaciones adversas como los campos de concentración, realizando el estudio en la década de los 60s del siglo pasado. (Citado por Rivera de los Santos et al, 2011). Inicia con la identificación de indicadores medibles de conceptos abstractos como “felicidad” creando diferentes categorías para dicho concepto: emoción positiva (vida agradable), contratación (vida comprometida), y el propósito (vida significativa). (Seligman, 2008, p. 7)

Las variables causales de estudio que la Salud Positiva establece, se dividen: subjetivas, biológicas y funcionales. Cada una de ellas es cuantificable y se pueden combinar para pronosticar los objetivos de salud: longevidad, costos de salud menores, mejora de la salud mental y la evolución positiva y pronóstico cuando se tiene una enfermedad.

En el análisis de cada una de las variables independientes presentadas permitiría vislumbrar los alcances de los resultados:

- Subjetiva: El sentirse bien, que incluye el sentido de bienestar físico; la ausencia de síntomas molestos; sensación de resistencia y confianza en el cuerpo de uno; un segmento genético relacionado a un cromosoma que influye en la salud interna; el optimismo presente en el individuo; satisfacción relacionada con su estilo y calidad de vida; presencia de emociones positivas sobre las negativas. (ibidem, 7-8)
- Biológica: elementos favorecedores presentes en la anatomía y fisiología como: índice de masa corporal, signos vitales, laboratoriales normales, sin embargo hay algunas determinantes biológicas manifestadas en cierto tipo de enfermedades como la hiperglicemia en el diabético, la hipercolesterolemia en el paciente con dislipidemias, por comentar algunos de los relevantes.
- Funcional: Se relaciona en el funcionamiento de la persona ante ciertas situaciones que exigen esfuerzo físico, tales como las pruebas de esfuerzo en los cardiopatas, movimientos en los pacientes con lesiones o enfermedades musculoesqueléticas, y por otro lado, el ambiente en el que se desenvuelve la persona: trabajo, familia, convivencia social, para cada uno de los elementos mencionados existen instrumentos de medición confiables y válidos. (Ibidem, 7-9)

El enfoque de la Salud Positiva ¿en qué variables dependientes puede influir y modificar positivamente? Podemos mencionar algunos, conociendo la tendencia de que es un modelo que algunos autores la mencionan como “Propuesta Salutogénica” (De los Santos, 2011): longevidad, calidad de vida, costos en salud, pronóstico, salud mental.

- Longevidad relacionado con el tiempo de vida de una persona
- Calidad de años vida ajustados y/o discapacidad ajustados de los que van a vivir en esa condición.
- Costos en salud. ¿Qué costo tiene mantener a una persona sana o a una enferma?
- Pronóstico, relacionado con la progresión o regresión de la enfermedad.
- Salud mental, acción subjetiva de enfrentamiento con la salud o la enfermedad y su evolución de acuerdo al avance de la edad.

Los estudios relacionados se remontan a la década de los 70s del siglo pasado, modificando el modelo del estudio patogénico de las enfermedades por el de Salud Positiva u Salutogénica revisada, incluyendo los principios de Alma Ata y su aplicación en la Atención Primaria a la Salud. Medical Home (Médico de familia o médico de casa)

Las características de la atención médica en nuestro contexto están ubicadas en centros específicos relacionados con el tipo de organización del sistema de salud por niveles de atención: 1er nivel o consulta en centros de salud y clínicas de medicina familiar, 2º nivel relacionado con hospitales generales donde se cuenta con las especialidades básicas (cirugía general, medicina interna, gineco-obstetricia, pediatría y servicio de urgencias, se incluye la consulta externa de las especialidades) y 3er nivel o atención médica de alta especialidad incluyen subespecialidades y centros de cuidados intensivos, de muy alto costo. Su estructura se fundamenta en la Historia Natural de la Enfermedad caracterizada por niveles de prevención de enfermedades: Prevención primaria (Promoción de la salud y protección específica) prevención secundaria (diagnóstico oportuno y tratamiento precoz) y prevención terciaria (rehabilitación). Este tipo de organización influye en la organización curricular de las carreras de medicina divididas en ciencias básicas y ciencias clínicas, en las que se incluyen elementos de la salud pública, epidemiología, y humanidades (historia de la medicina, bioética, antropología médica, socio-antropología) y metodología de la ciencia (el método científico, diseños de investigación epidemiológica, medicina basada en evidencia) sin embargo la organización curricular se encuentra centrada en la enfermedad y su prevención alejándose de la salud, además la acción del trabajador de la salud es en los centros de atención, donde el paciente se tiene que desplazar para recibir el beneficio médico.

Desde los principio de Alma Ata(Echeverri,2011) referidos en el 5º Foro de Atención Primaria a la Salud, en que se aclara lo que es y no es de la APS, y entre los supuestos. No es una medicina diferente, ni enfocada a los elementos preventivos de las enfermedades solamente. Implica a todos los integrantes de un núcleo social: trabajadores de la salud, sistemas de salud, comunidad, sociedad, no sólo en la prevención de las enfermedades, sino en identificar indicadores de salud, cómo se reporta en líneas previas.

El nuevo modelo involucra una formación de un sistema de atención con los siguientes atributos: ser accesible a la atención continua, centrada en la familia, coordinada con la familia la comunidad, atención efectiva y con médicos formados en proporcionar los cuidados primarios y colaborar en la gestión y facilitar la atención médica oportuna en centros específicos de acuerdo al desarrollo de la enfermedad.

Para la formación del médico se puede generalizar como médico de familia o médico familiar. En México existen experiencias recientes, como el programa de “El médico en tu casa” (Gobierno del DF, S/F), con la intención de atención a población vulnerable, modelo que en otros países como en Cuba, Brasil, Canadá, por mencionar a los más relevantes, describen la participación del médico con un enfoque más allá de la atención hacia la enfermedad y con participación multidisciplinar.

La caracterización implica que el médico sea un integrante ampliamente conocido por la familia y la comunidad, en el que realice visitas para promover, detectar y solucionar los problemas de salud más frecuente, además de trabajar en corresponsabilidad en la gestión de la salud; proporcionar servicios centrado en la familia con respeto a sus creencias y cultura, con reconocimiento de la diversidad; compartir el cuidado de la familia incluyendo el manejo especializado cuando lo amerite el paciente; prestación de servicios no limitado a la atención aguda o crónicas de la enfermedad sino más amplia, con asesoramiento relacionado con la salud, nutrición, problemas psicosociales, por mencionar algunos; garantizar la atención ambulatoria y hospitalaria en enfermedades agudas las 24 hs del día durante todo el año; disposición de la atención por un prolongado periodo de tiempo; Identificación de las necesidades de atención médica y derivación al centro apropiado; Interacción con otras organizaciones sociales en su área de influencia (escuelas centros de reunión social, etcétera); coordinación de equipo organizado con la familia y otros integrantes sociales.

Tener un registro de los integrantes de la familia, resguardando la confidencialidad; evaluación constante de la salud de los integrantes de la familia, con orientaciones pertinentes hacia el cuidado de la salud.

10.2 Conclusiones

Los sistemas propuestos implican cambios en la formación del trabajador de la salud. En el médico es cambiar el enfoque patogénico, por el salutogénico; más hacia la estrategia de la Atención Primaria de la Salud, sin que sea el enfoque de la Historia Natural de la Enfermedad. Implica involucrar al estudiante en lo social, antropológico, intercultural e histórico, con búsqueda de indicadores de salud. La reflexión es involucrar los programas educativos en la incorporación de la investigación más rigurosa, desde los diseños cualitativos, hasta los más complejos.

Los resultados de la formación deben involucrar a instituciones de salud, comunidad, familia y personas, que permitan modificar leyes y normas.

Cada uno de los puntos presentados es complementario entre sí, no se encuentran separados, se presentan así solo con fines de análisis de cada uno de ellos y sus relaciones.

Cambiar las políticas asistenciales implica cambiar el modo de percibir la propia medicina, los sistemas asistenciales y los formativos.

Los primeros pasos se han dado, que es, a través de reuniones, conferencias, congresos y cursos de grupos líderes en la educación y en la asistencia para reactivar modelos, que sin embargo cayeron en situaciones de confusión conceptual.

El futuro de la medicina se encuentra en mejorar la salud de la población y disminuir la enfermedad al orientarse al estado preclínico,

10.3 Referencias

American Academy of Pediatrics. (July, 2002) Medical Home Initiatives for Children With Special Needs Project. Pediatrics: 110(1), 184-188. Recuperado de: <http://pediatrics.aappublications.org/content/110/1/184.full.html>

CONAPO. (2015). Población total en México, 2013. Recuperado de: http://www.google.com.mx/webhp?nord=1&gws_rd=cr&ei=v6v5VcyyMY-dyASh1YSQDA#nord=1&q=poblacion+de+mexico

De la Fuente, J. R. (Noviembre-Diciembre, 2011). Medicina académica y desarrollo social. Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM, 54(6), 30-33.

Gandini, B. (2004). La medicina académica y su rol ante la crisis mundial de la salud. Congreso de la Sociedad Argentina de Medicina Interna General (SAMIG), Buenos Aires, setiembre 25 de 2004. Recuperado de: <http://www.cancerteam.com.ar/invi018.html>

Gobierno de la Ciudad de México D.F. (S/F). El médico en tu casa. Recuperado de: <http://www.agu.df.gob.mx/inicia-cdmx-programa-el-medico-en-tu-casa-unico-en-su-tipo-a-nivel-mundial-para-prevenir-males-que-ponen-en-riesgo-la-salud-de-poblacion-vulnerable/>

Gobierno de los Estados Unidos Mexicanos. Gobierno de la República. (2015) 3er. Informe de gobierno 2015. Anexo estadístico. México: Presidencia de la República.

INEGI, (2015). Indicadores sociales. Recuperado de: <http://www3.inegi.org.mx/sistemas/temas/default.aspx?s=est&c=19004>

Instituto Mexicano del Seguro Social. (2014). Guías de práctica clínica. México: IMSS. Recuperado de: <http://www.imss.gob.mx/profesionales-salud/gpc>

Echeverri, O.(2011) Una nueva oportunidad. Atención Primaria de la Salud: Una nueva oportunidad. Plan de desarrollo. Facultad de la Salud 2011-2030. 5° Foro de Atención Primaria de la Salud, APS. Recuperado de: http://salud.univalle.edu.co/pdf/plan_desarrollo/aps_documento_previo_al_foro.pdf
Rivera de los Santos, F., Ramos V. P. Moreno R. C. y Hernán G. M. (Marzo-Abril, 2011). Análisis del modelo salutogénico en España: Aplicación en salud pública e implicaciones para el modelo de activos en salud. *RevEsp Salud Pública*; 85,129-139.

Seligman, M.E.P. (2008). Positive Health. *Applied Psychology: An international Review*, 57, 3–18. doi:10.1111/j.1464-0597.2008.00351.x