

ARTÍCULO DE OPINIÓN

Es mejor prevenir que curar, pero ¿Cómo se hace eso?

Prevention is better than cure, but how do you do that?

Carlos Edgardo Claudino Fajardo  <https://orcid.org/0000-0003-2368-1112>.

Clínicas Médicas de Copán, Consulta Externa; Santa Rosa de Copán, Honduras.

Constantemente, en los medios de comunicación, foros académicos, mesas técnicas y otras instancias, escuchamos que “más vale prevenir que curar” y que en países de bajos ingresos, como Honduras, lo más eficiente es tener un modelo de atención sanitario con énfasis en lo preventivo dado que el gasto es menor previniendo que “curando”. Estaremos todos de acuerdo con esta afirmación, pero nadie dice ¿Cómo se hace esto?, ¿Qué estamos haciéndolo en el país?, ¿Es suficiente lo que hacemos? En estas líneas pretendemos resaltar algunas propuestas que ya se han discutido en mesas técnicas previamente e inclusive están plasmadas en algunos documentos oficiales del país, pero que por alguna razón no parecen haber encontrado un camino expedito para su correcta y total implementación.

Desde la declaración de Alma Ata en 1978 hasta el compromiso de los Objetivos de Desarrollo Sostenible y la cobertura universal en salud de hoy en día, pasando por la Carta de Ottawa en 1986;¹⁻⁴ está claro para todos que es más costo/efectivo hacer acciones encaminadas a la promoción de la salud y a la prevención de la enfermedad en contraste con las acciones curativas o la atención del que ya enfermó.

La Secretaría de Salud, en el 2013, publicó el documento normativo denominado Modelo Nacional de Salud ⁵ con el propósito de dar direccionalidad al diseño y ejecución de la forma de atención/provisión, gestión y financiamiento de los servicios de salud en el país. No conozco el nivel de aplicación de esta normativa, mucho menos cuales han sido sus resultados, si es que algo se ha llevado a la práctica; pero aun así pretendo resaltar de este documento, aquellas propuestas encaminadas a la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad por considerarlas pertinentes y que, debieran estarse desarrollando en el país para cumplir con el “más vale prevenir” o el “es mejor prevenir que curar”.

En el primer nivel de atención, deben organizarse, capacitarse y equiparse verdaderos Equipo de Atención Primaria de Salud entendidos como, tal y como lo define el Modelo Nacional de Salud, un conjunto multidisciplinario de profesionales y técnicos

de la salud responsables del cuidado de la salud de las personas y familias asignadas y ubicadas en el territorio de su responsabilidad, vistos en sus ambientes de desarrollo (hogar, comunidad, escuela, trabajo), sin tener en cuenta ningún factor que resulte discriminatorio (nivel de ingreso, género, étnico, cultural, etc.) y que realizan acciones, fundamentalmente, aunque no exclusivamente, de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Estos equipos deben de contar con los suficientes recursos humanos calificados, recursos materiales y financieros para cumplir efectivamente con su responsabilidad. Su trabajo debe ser, 85% o más, extramuros dado que deben conocer y registrar el estado de salud de cada una de las personas y sus ambientes, en su territorio, independientemente si esta persona ha visitado o no el establecimiento de salud, es decir su trabajo debe ser proactivo, en el hogar, el barrio, la comunidad, las escuelas, centros de trabajo, etc. Deben iniciar haciendo un diagnóstico de cada uno de los ciudadanos y de sus ambientes y generar las intervenciones que de él se deriven. Serán responsables de la salud de la cohorte de personas cuyo único criterio de ingreso sea residir en el espacio geográfico de responsabilidad del equipo de salud y de quienes conocerán y registraran su historia sanitaria a lo largo de la vida para intervenir cuando así se requiera.

Deben conocer y registrar para actuar, es decir, desarrollar acciones en cada uno de los ambientes humanos que lleven a preservar el estado de salud con el cual nacemos, recuperar tempranamente la salud quebrantada, evitar lesiones y secuelas y rehabilitar a quien lo requiera, independientemente si el ciudadano ha solicitado o no el servicio. En el primer nivel no se debe estar a la espera que el ciudadano busque el servicio de salud, el servicio de salud debe estar siempre en todos los ambientes humanos para promover la salud y prevenir la enfermedad, es decir, intervenir antes que aparezcan los problemas sanitarios. Esto no es utopía o buenos deseos, de hecho, hay muchos países donde se realiza desde hace varios años.

Se requiere de una decisión firme y contundente de alto nivel, adecuado financiamiento, de una gestión eficiente, de hacer uso

Recibido: 25-01-2024 Aceptado: 01-08-2024 Primera vez publicado en línea: 19-09-2024
Dirigir correspondencia a: Carlos Edgardo Claudino Fajardo
Correo electrónico: claudino_carlos@yahoo.com

DECLARACIÓN DE RELACIONES Y ACTIVIDADES FINANCIERAS Y NO FINANCIERAS: Ninguna.

DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS: Ninguna.

Forma de citar: Claudino-Fajardo CE. Es mejor prevenir que curar, pero ¿Cómo se hace eso?. Rev Méd Hondur. 2024; 92 (2): 146-147. DOI: <https://doi.org/10.5377/rmh.v92i2.18816>

© 2024 Autor(es). Artículo de acceso abierto bajo la licencia <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.es> 

de las tecnologías actuales de la información y la comunicación y de la preparación de los recursos humanos con la actitud correcta y debidamente entrenados para hacerlo. Es muy probable que los profesionales de la salud que egresan actualmente de nuestras escuelas formadoras no tengan el perfil necesario para estas actividades, dado que en general somos entrenados para “curar” y no para prevenir. Estos equipos deben ser el centro y eje del modelo de atención en el Sistema de Salud, deben ser la “piedra angular” que soporta todo el peso del sistema. Su primer producto debe ser el registro y diagnóstico sanitario del 100 por ciento de los hondureños con su plan consecuente.

Es importante hacer notar que estos no son equipos itinerantes que brindan atención médica improvisada en sitios de difícil acceso. No son para hacer “brigadas médicas”. Estos deben ser los verdaderos responsables de velar por la salud de los hondureños en forma integral y deberán tener las competencias y posibilidades para utilizar los recursos del sistema de salud para lograrlo.

Mucho de lo que se requiere para el funcionamiento de estos equipos ya está desarrollado, protocolizado y por escrito, a la espera de la decisión política firme y del apoyo financiero suficiente para su implementación completa.

Esto significará hacer un cambio en nuestros modelos o teorías que han orientado nuestra manera de ver la salud pública en el país, es decir implica un cambio de paradigmas, en el patrón o arquetipo con el cual se han estructurado los servicios públicos a través de los últimos años.

Además, en el primer nivel deben crearse y ponerse a funcionar de forma completa y en todo el país, los establecimientos o centros de salud, tipo tres o de nivel de complejidad tres,⁵ entendidos como centros ambulatorios urbanos con especialidades médicas básicas (pediatría, ginecología y medicina interna) sin internamiento, que brinda servicios 12 horas por día y que cuenta con laboratorio clínico y servicios de diagnóstico por imágenes. Esto incrementará el acceso y cobertura a servicios más eficientes a los ciudadanos con padecimientos crónicos como hipertensión, diabetes, padecimientos premalignos y algunos malignos lo que permitirá la prevención de secuelas, como la insuficiencia renal crónica entre otras, y la muerte.

Estos establecimientos o centros de salud tipo tres deberán ponerle especial énfasis a la atención de hipertensión arterial y diabetes mellitus, que, sin duda alguna, son causantes de insuficiencia renal crónica en una alta cantidad de personas año con año, los cuales requerirán de hemodiálisis periódicas. Atender estos dos padecimientos de forma oportuna y eficaz es probable-

mente la medida más costo/efectiva que podemos implementar para prevenir, en gran parte, la enfermedad renal crónica.

Ni los equipos de atención primaria, ni los establecimientos de complejidad tres deben implementarse a medias, no basta con cambiarles el nombre a los establecimientos de salud existentes; deben estar certificados o licenciados como tales y tener absoluta certeza que cumplen con los requisitos mínimos ya normados y protocolizados que los hace funcionar como tales. No debemos conformarnos con “medio implementarlos” o “renombrarlos” únicamente, debemos aspirar a su implementación completa y su seguimiento en el tiempo para asegurar su calidad, eficacia y eficiencia.

Dada la inversión que se requiere para una verdadera puesta en marcha de estos equipos y sus establecimientos, debe crearse una estrategia adecuada para su implementación gradual pero segura, sostenible en el tiempo y financieramente tolerable. Una manera podría ser hacerlo de forma “regionalizada”. Es decir, para empezar, identificar por sus condiciones sociales y epidemiológicas al menos seis a ocho regiones en el país y allí hacer la implementación completa del modelo de atención propuesto en una primera etapa, para posteriormente avanzar en la medida que el financiamiento y la disponibilidad de recursos humanos lo permita. Además, requerirá de la implementación de modalidades de gestión modernas, eficientes, con mayor participación ciudadana, descentralizadas y altamente técnicas, blindadas ante la injerencia de partidos políticos y ante la corrupción.

Cosas como esta requerirá de compromisos de Estado, que soporten las investidas de los cambios de gobierno, requerirá de resistir la tentación de “resetarlo” todo unilateralmente cada cuatro años o con cada cambio de autoridades, que suele ocurrir con más frecuencia.

La implementación de los equipos de atención primaria o “equipos de salud familiar”, y de los establecimientos o centros de salud tipo tres o “policlínicos” (con todo lo que esta normado y protocolizado para ellos, en forma completa y en todo el país); y hacerlos funcionar en redes integradas de servicios, articulados con el resto de establecimientos de su nivel y con los hospitales, constituyen, en mi entender, los puntos más relevantes para hacer un modelo preventivo más que curativo, y podríamos tener ya 10 años de retraso.

DETALLES DE AUTOR

Carlos Edgardo Claudino Fajardo, Médico, Especialista en Salud Pública y especialista en Ginecología y Obstetricia; claudino_carlos@yahoo.com

REFERENCIAS

1. Organización Panamericana de la Salud. Salud Universal en el Siglo XXI: 40 años de Alma-Ata. Informe de la Comisión de Alto Nivel. [Internet]. Ed rev. Washington: OPS; 2019. [citado 21 mayo 2024]. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/50960>
2. Franco-Giraldo AJ. Configuraciones, modelos de salud y enfoques basados en la Atención Primaria en Latinoamérica, siglo XXI. Una revisión narrativa. Rev Gerenc Polit Salud. [Internet]. 2020 [citado 21 mayo 2024];19:1-22. Disponible en: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps19.cmse>
3. Organización Mundial de la Salud. Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 17-21 November 1986. Ginebra: OMS;1987.
4. Universidad abierta y a distancia de México. División de ciencias de la salud, Biología y Ambiente. Acciones de prevención, promoción y atención en salud. [Internet]. México: UnADM; 2007. [citado 21 mayo 2024]. Disponible en: https://dmd.unadmexico.mx/contenidos/DCSBA/BLOQUE1/GSS/03/HSCO/unidad_02/descargables/HSCO_U2_Contenido.pdf
5. Secretaría de Salud (HN). Modelo Nacional de Salud. SESAL y CSAI presentaron los resultados de la revisión del Modelo Nacional de Salud. [Internet]. Tegucigalpa:SESAL; 2023. [citado 21 mayo 2024]. Disponible en: <https://www.salud.gob.hn/sshome/index.php/component/k2/item/1022-sesal-y-csai-presentaron-los-resultados-de-la-revision-del-modelo-nacional-de-salud>