

Editorial

LA MEDICINA Y EL ESTADO. RECUESTO HISTORICO Y PROBLEMAS ACTUALES DE LA CIRUGIA¹

Por el Dr. Héctor R. Acuña
Director de la Oficina Sanitaria Panamericana

El derecho a la atención de salud es un concepto de aceptación universal que los gobiernos de las Américas han expresado en múltiples formas, tanto en el orden nacional como en el ámbito de reuniones subregionales y de carácter continental, haciendo esfuerzos encomiables no solo individualmente sino también como movimiento solidario, para convertir en realidad este principio de equidad y justicia social. Los gobiernos se han expresado mediante la elaboración de políticas nacionales de salud, las cuales de una u otra forma están basadas en los compromisos de orden internacional, adecuados a las realidades de sus propios países. En el decenio que se inició en 1970 el Plan Decenal de Salud para las Américas, adoptado en Santiago de Chile en 1972, constituyó el derrotero para la formulación de estas políticas; hoy, la declaración de Alma Ata y la meta de Salud para Todos en el Año 2000 serán la base para el estudio y reformulación de dichas políticas. Sin duda estas sucesivas reorientaciones de las políticas de salud constituyen un proceso evolutivo y de progreso por medio del cual, en forma explícita o implícita, los gobiernos de este continente las relacionan, como un todo armónico, con el desarrollo socioeconómico.

En su IV Reunión Especial celebrada en 1977, los Ministros de Salud de las Américas "confirmaron el propósito de intensificar sus esfuerzos para acelerar el proceso de la extensión de la cobertura de servicios de salud a toda la población y recomendaron que como componente esencial se adopten las estrategias de atención primaria de la salud y la participación de la comunidad". Reconocieron igualmente la necesidad de una acción concertada de todos los sectores de desarrollo para lograr un objetivo común. La información disponible sobre el estado de los servicios de salud en relación con las necesidades crecientes de las poblaciones, pone en evidencia la urgencia y la importancia de idear nuevos enfoques y estrategias para acelerar el proceso de la extensión de la cobertura de los servicios de salud, e imprimir a estos un ritmo de expansión y una dinámica de funcionamiento acordes con la magnitud del compromiso de garantizar atención apropiada y oportuna a las poblaciones que carecen de ella, en particular a aquellas poblaciones marginadas de las zonas rural y urbana y, en forma sucesiva, lograr para el año 2000 la Meta de Salud para Todos. Si nos referimos especialmente a una parte del proceso de atención de salud, que es la atención médica, y en particular el tratamiento quirúrgico, solo me-

¹ Discurso pronunciado en el XXII Congreso Bienal Mundial del Colegio Internacional de Cirujanos, que se celebró en la ciudad de México del 29 de junio al 4 de julio de 1980.

dian­te una profunda transformación de las instituciones que conforman los sistemas de salud—tanto en sus fundamentos teóricos como en su organización— así como de los medios y estrategias que se utilizan para la prestación de servicios, será posible llegar a satisfacer este enorme volumen de necesidades y participar coherentemente en el proceso global.

Atención primaria

Los gobiernos del mundo acordaron que la atención primaria de salud constituye la estrategia clave para el logro de la salud para todos, ya que consideran que es un medio práctico para poner al alcance de todas las comunidades la asistencia de salud indispensable, que sea aceptable, que esté de acuerdo con los recursos de la sociedad y que asegure la plena participación de la comunidad y el acceso de esta a todos los escalones de un sistema integrado. Es de esperar que a través de este proceso se logre el mejoramiento continuo de la situación sanitaria de toda la población.

El reconocimiento de que la atención primaria “es mucho más que una simple extensión de servicios básicos de salud, abarcando factores sociales y de desarrollo”, obliga a diseñar estrategias para el fortalecimiento de políticas sociales de desarrollo y la coordinación de planes y acciones concretos intersectoriales, en los cuales los aspectos de salud tengan una contribución armónica con los demás componentes, dentro de un perfil de bienestar aceptable para la comunidad.

Refiriéndonos especialmente a la atención médica y a los servicios de salud, dentro del contexto de los sistemas nacionales de servicios de salud de la Región de las Américas, el concepto de servicios primarios está íntimamente ligado a la estrategia de extensión de la cobertura con servicios de salud a las poblaciones no atendidas o subatendidas. Lo anterior exige la definición, funcionamiento y desarrollo de niveles de atención de salud.

Los niveles de atención quedan definidos por la forma de organizar las combinaciones de los recursos en cantidad y calidad, para producir un determinado volumen y estructura de servicios de salud de diversos grados de complejidad. La determinación de estos niveles, variable en cada situación particular, depende del tipo de necesidades que deberán satisfacer y de la combinación de los recursos en función de las tecnologías adoptadas. Básicamente es independiente del tipo de la unidad o establecimiento a través del cual se otorga el servicio, aunque por lógica la determinación de los niveles de atención condiciona la selección de los tipos de establecimientos que mejor convengan para el funcionamiento eficiente y eficaz del sistema nacional. Se acepta por niveles primarios, o de servicios mínimos, aquellos en los cuales la atención es elemental en la tecnología pero apropiada y eficaz, y que se imparte por medio de una combinación de recursos simples en términos de organización y costo real y social. Estos diferentes niveles deben estar interconectados mediante un sistema eficiente de referencia y de supervisión-educación.

Es conveniente en este momento destacar la importancia de la regionalización de servicios frente a la extensión de la cobertura. La regionalización estaría definida por la categoría y distribución de la oferta para cubrir la demanda, en función de un orden de prioridades y urgencias. La localización es-

pacial y la estructura de esta oferta determina el acceso de la población al sistema y por lo tanto, la posibilidad de satisfacer sus necesidades. Constituye así la clave de la organización de cualquier sistema de servicios y de las posibilidades de extender efectivamente su cobertura a toda la población. Desde esta perspectiva se concluye que los así llamados "programas de salud rural" o de "atención primaria" o de "servicios primarios de salud" no pueden ser considerados independientes o fuera del contexto de un sistema de regionalización, en el cual los servicios se articulen de manera funcional o escalonada y reciban mutuo apoyo técnico y logístico.

Ustedes habrán podido observar que cuando nos referimos al proceso de extensión de cobertura de los servicios de salud, mediante las estrategias de atención primaria y participación de la comunidad, nos estamos refiriendo también a niveles de atención, sistemas de regionalización, referencia de pacientes de niveles primarios a niveles de mayor complejidad, o sea a todo un sistema de atención que le da a la estrategia de atención primaria la necesaria respuesta de complejidad creciente, eliminando así el peligro de una medicina o de una salud de menos calidad para los más pobres.

Cirugía: recuento histórico

La cirugía, como la parte de la medicina que se ocupa del estudio de las afecciones para cuyo tratamiento se requiere de la intervención manual del profesional—tal como lo indica su nombre, derivado de las palabras griegas *jeir* que significa mano y *ergon* trabajo—es tan antigua como la humanidad misma. La cirugía comenzó cuando el hombre trató de atender al primer accidentado y ha seguido en su evolución un proceso de constante superación. Así, la historia de la cirugía se confunde con la historia de la humanidad. Al principio, la cirugía no estaba aislada de la medicina. Los primeros cirujanos eran los hechiceros y médicos de esas épocas. Posteriormente, cuando se diferencia el saber como lo "invisible" de la enfermedad y la práctica como lo "visible" de esta, la cirugía pasa a ser del dominio de los barberos y curanderos o sea de los "hombres prácticos".

Con Ambrosio Paré en el siglo XVI, la cirugía se eleva al rango de una verdadera profesión, al basar su "práctica" quirúrgica en el estudio de la anatomía, en la experimentación y en la correlación anatomoclínica. En el siglo XVIII con el advenimiento de la Revolución Francesa y la aparición de nuevos integrantes, lo que hoy llamamos "el equipo de salud", crea una nueva diferencia, esta vez de niveles, teniendo por una parte a "los doctores" y por otra a "los oficiales de la salud", que son adiestrados en corto tiempo y en la práctica exclusivamente. La antigua diferencia entre médicos y cirujanos, entre lo interno y lo externo, lo que se sabe y lo que se ve, se encuentra cubierta y relegada a una posición secundaria por esta nueva distinción.² No se trata más de una diferencia por el objeto, sino por el grado de experiencia del sujeto que conoce. Sin duda, entre médicos y cirujanos existía una diferenciación jerárquica que estaba señalada por las instituciones, pero derivada de una diferenciación primaria del dominio objetivo de su actividad. Con la aparición del

² Michel Foucault. *El nacimiento de la clínica*. México, Siglo XXI, 1966.

“oficial de salud” esta diferenciación se desplaza hacia el índice cualitativo de esta actividad.

Todo lo anterior significa una reforma fundamental en los programas de formación médica. De la anarquía de la formación médica en los primeros años de la Revolución Francesa, cuando prácticamente se eliminaron las facultades de medicina, nace un nuevo planteamiento que “une los intereses y los derechos de la libertad personal con los de la seguridad pública”.³ Este nuevo enfoque está basado entre otros, en la práctica hospitalaria, en la clínica, y en la asistencia a las operaciones, como la solución concreta al problema de formación de médicos y de la definición de la competencia médica. En esa época, un proyecto presentado por J. M. Calés⁴ en la Comisión de Instrucción Pública, trata de restablecer un cuerpo médico calificado por un sistema de estudios y exámenes normalizados. La oposición es grande, sobre todo por la poca disponibilidad de recursos de formación basados en este esquema, y en las grandes necesidades de personal especialmente para los ejércitos, a lo que se une la casi imposibilidad de incorporar masivamente a los empíricos actuantes, mediante un proceso de formación de calificación extraordinaria. Entonces se hace evidente que ninguna reforma de la enseñanza será posible mientras no se haya resuelto el problema al cual sirve de pantalla: el del ejercicio de la medicina.

Con Bichat, el fenómeno patológico es percibido sobre el fondo de la vida, encontrándose vinculado de este modo a formas concretas orgánicas. La visión médica no estará más basada en lo invisible, en la elucubración teórica de una explicación empírica, sino en lo concreto y visible de la alteración orgánica. Cuánto ha contribuido la cirugía a este conocimiento es por ustedes muy apreciado y conocido. Mientras que la clínica era para Canabís y Pinel una filosofía realizada, Bichat descubre en su anatomopatología no una filosofía, sino un método de análisis basado en la percepción y comprobación real de lo orgánico. En este nivel epistemológico, la vida no se refiere más a lo inorgánico, sino a un nivel muy superficial y en el orden de las consecuencias. La cirugía, con su práctica, su quehacer actuante sobre la vida, colaboró de manera especial en esta ruptura epistemológica que hizo de la medicina una ciencia. En otras palabras, considero que la cirugía en el transcurso de todos estos años, ha colaborado decididamente a ofrecer una percepción científica del fenómeno de salud-enfermedad.

Problemas actuales

He querido hacer este rápido recuento histórico porque muchos de los problemas de esos tiempos continúan en la actualidad. Recién ahora se acepta dar un nuevo enfoque a la medicina, considerándola — como en realidad lo es — una práctica social que no puede ser independiente de la concepción que el hombre tiene sobre la naturaleza y sobre la sociedad. Por lo tanto, la cirugía debe ser un componente inseparable de esta medicina, más social, más integrada a la comunidad. Si por lo general se le ha aislado, no se justifica persistir en ello y sustraer a la comunidad de los beneficios que los procedimientos

³ M. Foucault. *Op. cit.*

⁴ Informe de J. M. Calés sobre las escuelas especiales de salud, citado por M. Foucault. *Op. Cit.*

quirúrgicos, ordenadamente proporcionados y de acuerdo con los niveles de atención, pueden brindarle por medio de diferentes profesionales de la salud. Ahora más que nunca tenemos un problema de cobertura de necesidades de salud y los países del mundo están empeñados en lograr la meta de Salud para Todos en el Año 2000.

Para alcanzar esta meta, de proporción en realidad gigantesca, se requiere, entre otras, de una solución racional y oportuna en la misma comunidad. Esto representa un esfuerzo multidisciplinario en el cual debe integrarse la cirugía, haciendo los cambios y ajustes necesarios en los programas que de manera tradicional la han mantenido alejada y enclaustrada en los servicios especializados, aun para procedimientos elementales. Debe reevaluarse el papel que los servicios quirúrgicos han brindado en los hospitales, proyectando sus técnicas y recursos a niveles de atención primaria y secundaria y reservando el centro especializado para los problemas de difícil y complicada solución, dentro de un sistema regionalizado de servicios. Como en la época de Calés, debemos seguir tomando en cuenta la necesidad de adiestrar personal que asuma algunas funciones, hoy reservadas a los cirujanos, que pueden desempeñarse con eficacia y autonomía en los niveles periféricos de atención.

No hace mucho, un comité de profesores de medicina preventiva, reunido por la OPS, consideró que la atención médica y la práctica de salud es hegemónica y ejerce su dominio sobre el proceso educacional. Es decir, que al igual que en la época de la Revolución Francesa, aún hoy la forma como se brinda la práctica de la salud, individual o colectiva, curativa o integral, será el condicionante del proceso educacional. La introducción de cambios en los planes de estudio no producirá cambios en la práctica médica, sino al contrario. El día que los países modifiquen esta práctica para cumplir con los compromisos de cobertura adquiridos, será más fácil la elaboración de nuevos procedimientos educacionales y la preparación del personal más adecuado a los diferentes niveles de atención.

La cirugía, por excelencia, tiene un camino señalado y de continuo ascenso. Los avances científicos en el campo de la inmunología y en la bioelectrónica, entre otros, han permitido realizar actos quirúrgicos de niveles realmente insospechados hasta hace muy poco. La cirugía de los trasplantes, la microcirugía, la utilización e implantación de mecanismos bioelectrónicos son ejemplos muy parciales.

Cirugía y meta para el año 2000

Considero, sin embargo, que el problema radica en la base de esta pirámide, o sea en la forma de proporcionar a la comunidad los actos quirúrgicos que requiere, en el sitio y momento oportuno. Si pensamos que la cirugía debe vincularse al proceso de extensión de cobertura de los servicios de salud y a la atención primaria, debemos cambiar el modelo actual de la cirugía en que predomina el individuo "horizontal", en la cama de hospital o en el quirófano, por otro modelo en el que el objetivo sea el individuo que vive, trabaja y padece en su núcleo familiar, en su comunidad. Para lograr esta transformación, deberá hacerse un ordenamiento racional de las actividades quirúrgicas, de acuerdo con los diferentes niveles de atención. En cada nivel de atención deberá señalarse un conjunto de actividades quirúrgicas que "alguien debe hacer". En al-

gunos países será un auxiliar de salud, en otros una enfermera, en otros un médico. Pero si deseamos que realmente la extensión de la cobertura con atención primaria no se transforme en una medicina de "segunda" para los más pobres, deberán existir actividades quirúrgicas que solucionen de modo definitivo o parcial un problema y permita la referencia efectiva en el caso necesario.

Este enfoque de práctica de salud sin duda requerirá de un proceso nuevo en la tradicional enseñanza de la cirugía, tomando en cuenta no solo contenidos, sino, fundamentalmente, niveles de actuación y tipos de personal. Un reciente Comité de la OPS, conformado por profesores de cirugía de América Latina, consideró que "...es responsabilidad de los gobiernos el conformar una estructura de servicios de salud que permita el acceso eficiente y oportuno de la población a una atención quirúrgica adecuada. En consecuencia, se debe proveer a las localidades alejadas de personal bien adiestrado y con suficiente dotación para garantizar una atención efectiva".⁵

Para alcanzar la meta de Salud para Todos en el Año 2000, la cirugía debe orientarse de manera decidida a brindar su cuota en el logro de esta aspiración. Algunas realizaciones como la cirugía simplificada o ambulatoria, generada y desarrollada en la Facultad de Medicina de Cali, Colombia, las consultas especializadas en la propia comunidad y la formación de personal auxiliar y técnico para ciertas actividades quirúrgicas son demostraciones claras que algunas de las acciones quirúrgicas no son patrimonio exclusivo del especialista y que pueden ser practicadas fuera de los hospitales, reduciendo su costo. En lo que se refiere al adiestramiento de personal auxiliar y técnico en determinadas acciones quirúrgicas, queremos enfatizar que estos deben supervisarse de manera idónea, y que el diseño de los programas de adiestramiento debe estar condicionado por un cuidadoso análisis de las necesidades y una determinación precisa de tareas y funciones, que permita el desempeño de una actividad de calidad.

Finalmente, consideramos indispensable señalar algunos aspectos en relación a investigación y cirugía. De manera tradicional, los departamentos de cirugía se han dedicado a la cirugía experimental que, utilizando como base la fisiopatología quirúrgica, ha proporcionado en muchos casos bases científicas a la elaboración de nuevos procedimientos quirúrgicos. Hemos dejado de lado otros dos tipos de investigación que también pueden contribuir a elevar el nivel de salud de las comunidades. Una de ellas es la investigación epidemiológica y social que podrá indicarnos entre otras cosas, hacia quién está dirigida la actividad quirúrgica de los servicios de salud y cuáles son los problemas más comunes para, sobre esta información, perfeccionarlos. También, nos permitirá conocer qué impacto estamos produciendo en la salud de las poblaciones con nuestros servicios quirúrgicos. Asimismo, se nos abre un nuevo campo con la investigación de servicios de salud que nos permitirá investigar "cómo" prestar estos servicios quirúrgicos, la mejor forma de hacerlo, y la manera de darles más acceso a los grandes grupos de población.

Esta síntesis ha tenido como objetivo fundamental despertar un nuevo afán creativo, orientado a que cirugía y cirujanos participen de la preocupación de los países de la Región por lograr la total cobertura de salud para sus habitantes.

⁵ Informe Final del Comité del Programa de Libros de Texto de la OPS en la Enseñanza de la Cirugía. II reunión celebrada en la sede de la OPS, Washington, D.C., del 5 al 9 de noviembre de 1979.