

HAY QUE FORMAR NUEVOS RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD



Por Rubén Torres

El envejecimiento de la población, las enfermedades crónicas y la necesidad inevitable de racionalizar los recursos son algunos de los retos que enfrentan los servicios y sistemas de salud en todo el mundo. Estos desafíos coexisten con un paradigma actual dominante de la atención que ha modificado profundamente el trabajo médico y de todo el equipo de salud.

La introducción del aseguramiento (público o privado) como mecanismo de financiamiento y la competencia entre administradores de fondos y prestadores, ha alterado la lógica del trabajo médico y el lugar de la práctica clínica en la atención. Antes el acto clínico se conducía exclusivamente por el médico, en cambio hoy el profesional estandariza la atención del paciente porque está en el terreno de las pugnas para generar ganancias en las distintas instancias del sistema médico-industrial-asegurador (algunos investigadores llaman a este proceso taylorización del trabajo médico); sin descuidar su propia ganancia y con la intención de bajar costos.

Queda entonces poco espacio para escuchar la percepción y el sentir del paciente, cuando la experiencia, las percepciones y el sentir de la persona en búsqueda de alivio

eran ejes de la construcción del médico (clínico y generalista) hacia una mirada compleja del malestar. En este nuevo enfoque, el paciente está en el último y el médico en el penúltimo peldaño de la jerarquía del sistema.

Esa disminución del tiempo de contacto con el paciente y la estandarización convierten su práctica en una rutina mecánica y poco estimulante. Así, médico y paciente, víctimas de la ideología de la “buena medicina” (como el uso de medicamentos de última generación y alta tecnología) promovida por la industria (a veces en connivencia con los propios médicos), favorece el encarecimiento de la atención innecesariamente y genera, además, iatrogenias que evitaría un buen manejo clínico redundando en una deficiente atención.

La actuación profesional de los equipos de salud es la única manera de enfrentarse a los retos del envejecimiento de la población, la cronicidad y la inevitable necesidad de racionalizar los recursos. Para eso no se puede seguir con un modelo de atención asistencialista centrada en los profesionales, necesitamos avanzar en un modelo más centrado en los domicilios y las comunidades donde pacientes empoderados tomen decisiones compartidas con los profesionales y recuperen el control de su propia salud.



Hay que recuperar además las características de identidad del profesionalismo, la vocación y la compasión. La práctica de la medicina no es una ciencia pura, sino una disciplina que debe tener las preocupaciones de la gente en su corazón y, por lo tanto, requiere de integridad, ética y conocimiento. Se requiere un nuevo perfil de liderazgo clínico, vinculado a la buena atención de los pacientes y no a la auto-promoción u objetivos profesionales individuales. Los médicos tienden a subestimar la frecuencia y el impacto de los efectos secundarios de los tratamientos e intervenciones sanitarias. Por eso es necesario un juicio clínico con “una visión generalista” donde la pregunta: *Qué le importa a usted* se convierta en el eje de la toma de decisiones compartidas. Los pacientes suelen elegir menor intensidad de tratamiento que los médicos cuando se les ofrece información equilibrada sobre beneficios y riesgos potenciales y, generalmente, los propios médicos optan, de igual modo, por menos tratamiento para sí mismos de los que ofrecen a sus pacientes.

Esto es más importante si asumimos que entre 30 y el 45% de la atención médica no está basada en evidencias científicas. La ‘intensidad’ de la medicina moderna consume un exceso de recursos que provocan que “la sociedad sea menos capaz de progresar en mejoras de la pobreza, la educación, la vivienda o el medio ambiente con medidas sencillas y con menos efectos secundarios que producen beneficios significativos tanto en la calidad de vida como en la incidencia de enfermedades”. Demasiada medicina puede resultar incluso dañina y debe darse mayor consideración a la comunicación con los pacientes y sus familiares con el fin de ayudarles a tomar las decisiones adecuadas. Los equipos de salud necesitan además, apoyo para no sentirse obligados por el “imperativo tecnológico” o la preocupación por los litigios. En la búsqueda de equidad en los sistemas de salud, el enfatizar esta visión en todos los niveles de la educación del recurso humano resulta ineludible. Nuestra casa está comprometida en ese propósito desde hace 25 años.

La actuación profesional de los equipos de salud es la única manera de enfrentarse a los retos del envejecimiento de la población, la cronicidad y la inevitable necesidad de racionalizar los recursos. Para eso no se puede seguir con un modelo de atención asistencialista centrada en los profesionales, necesitamos avanzar en un modelo más centrado en los domicilios y las comunidades donde pacientes empoderados tomen decisiones compartidas con los profesionales y recuperen el control de su propia salud