

Ciencias de la Salud



FUNDACION H. A. BARCELO
FACULTAD DE MEDICINA

HISTORIA

Cáncer de mama. Evolución del
tratamiento quirúrgico

TENDENCIAS

Un viaje a la salud
del futuro

CIENCIAS

La Materia. Nuevos
enfoques conceptuales

ARTE & SALUD

El increíble caso de Alonso Quijano





DIRECCIÓN

Hugo Arce

CONSEJO EDITORIAL

Diana Gayol

Leandro Rodríguez Ares

Silvina Tognacca

Elisa Schürmann

Rocío Cabaleiro

DIRECCIÓN EDITORIAL

iris uribarrí

ARTE Y DISEÑO

DG. Oscar Alonso

COMITÉ REVISOR

•en Argentina

Dr. Carlos Álvarez Bermúdez

Dr. Alejandro Barceló

Lic. Diego Castagnaro

Dr. José Fuentes Oro

Lic. Norma Guezikaraian

Dr. Gerardo Laube

Dr. Víctor Martínez

Lic. Hebe Perrone

Dr. Cándido Roldán

Dr. Ricardo Znidak

•en Estados Unidos

Dr. Gregorio Koss

Dr. Francisco Tejada



Imagen de tapa. Fotocomposición

Ciencias de la Salud



EDITORIAL 4

► **Atención primaria de la Salud y seguridad del paciente**



HISTORIA 6

► **Cáncer de mama. Evolución del tratamiento quirúrgico**



TENDENCIAS 11

► **Un viaje a la salud del futuro**



CIENCIAS 15

► **La Materia. Nuevos enfoques conceptuales**



ARTE & SALUD 24

► **El increíble caso de Alonso Quijano**



RESEÑAS 30

► **La desmanicomialización a través del arte**

La revista Ciencias de la Salud es una producción trimestral de

EDICIONES DE LA GUADALUPE
& Comunicación Gráfica y visual

El volumen 3 Nº 1 corresponde a los meses de marzo, abril y mayo de 2013. La responsabilidad por los juicios, opiniones, puntos de vista o traducciones expresados en los artículos publicados pertenece exclusivamente a los autores. Ediciones de la Guadalupe se reserva el derecho de la reproducción total o parcial del material contenido en la revista. Aroaz 2463, 6 Piso, Dpto 13 - Telfax: 4328-6328 - E-mail: direccion@gmail.com. ISSN E/T

Atención primaria de la Salud y seguridad del paciente

ESCRIBE

Hugo E. Arce

Con reiterada frecuencia se menciona la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS) como enfoque unívoco de Política Sanitaria para todos los países. Asimismo, cuando se habla de la inserción de temas relativos a Salud Pública en las pautas establecidas para evaluar las carreras de Medicina, se da por supuesto que la estrategia de APS es el modelo excluyente a transmitir a los alumnos. Erróneamente, a menudo se menciona a la APS en el sentido del 1er nivel de atención, o de la atención ambulatoria básica en centros de salud.

Nuestro país, que no sólo es uno de los de mayor superpoblación médica, con pendiente ascendente, presenta también una tendencia a la especialización prematura de sus médicos. Según algunas estimaciones, existe una dotación de 60% de especialistas, frente a un 40% de *generalistas*, cuando la proporción debería ser la inversa. Además, la mayor parte de esos generalistas no se han capacitado específicamente como tales, sino que son el resultado de una *no especialización*. En otros países, como Holanda, las autoridades sanitarias tienen injerencia en la determinación de la cantidad de profesionales que se requieren, e incluso, en el cupo de ingresantes que van a admitir las escuelas de Medicina.

La elección vocacional de la modalidad de ejercicio de la Medicina hacia la que se orientan los estudiantes, está en gran medida determinada por la imagen pública y la ubicación geográfica de las carreras en las que cursan sus estudios. En ciudades donde existe una gran concentración de tecnología, es posible que los graduados se orienten hacia la especialización temprana, salvo que la Facultad realice un gran esfuerzo educativo y existan incentivos para el ejercicio de la Medicina General, la Medicina Familiar o la prevención y el 1er nivel de atención. En cambio, en ciudades de menor concentración tecnológica, donde los vínculos entre los servicios de salud y la comunidad son más estrechos, es más probable que los graduados sientan mayor gratificación y reconocimiento de la población, ejerciendo como *generalistas*.



Un concepto integral de APS implica pensar el Sistema de Salud con un enfoque amplio y abarcativo, donde tanto la prevención y el 1er nivel de atención, como los servicios hospitalarios y aún los de más alta complejidad, cumplen un papel específico dentro de la organización, sin que lo más *complejo* sea equivalente a lo mejor. Esta orientación no se logra sólo con clases teóricas sobre APS, sino descubriendo en los estudiantes que su inspiración vocacional -sublimada a menudo como ayuda al prójimo- puede ser encausada a través del vínculo directo con la comunidad.

Como señala Julio Frenk¹, dentro del campo de la salud el adjetivo primaria ha sido utilizado con 3 significados diferentes: primer contacto, primer nivel y primeras causas. En algunos países desarrollados, donde los médicos de atención primaria suelen actuar como *gatekeepers* (porteros), APS significa el sitio del primer contacto con la red de servicios. Pero hay otros puntos de primer contacto con el sistema de salud, tales como el servicio de Emergencias, a veces con patologías graves. En otros casos, el 1er nivel de atención pone a la APS dentro de una estructura jerárquica, que la identifica con la *simplicidad*, tanto de los problemas como de los recursos. Conviene acotar al respecto que, en los Ministerios de Salud de nuestras provincias, habitualmente se encuentran departamentos identificados como Atención Primaria de la Salud, que en realidad sólo se ocupan de la coordinación de los centros de salud.

Pero la *estrategia* de APS fue planteada, desde su enunciación en 1978², como un abordaje *integral* del sistema de salud, donde todos los recursos -públicos y privados, básicos y de alto riesgo- armonizados en una red, permitan atender a los usuarios con los elementos y la profundidad que requieran. Como dice Frenk, en materia de salud no hay una progresión lineal desde problemas simples a complejos sobre la vida de un individuo. Una persona puede tener una enfermedad compleja y de alto riesgo, como el cáncer, y durante su evolución ser afectado por un resfrío común.

Unas dos décadas más tarde el escenario mundial agregaba otras preocupaciones. Sustentado en una red permanente de conexiones satelitales infinitamente diversificadas, el mundo redujo bruscamente sus dimensiones comunicacionales a través de Internet. Las innovaciones en el campo social y sanitario, se difundían por esta vía de un modo mucho más rápido que el que permitían los foros internacionales. Iniciativas sobre Calidad de la atención médica transitaban por estas autopistas informáticas novedosas, germinando enseguida en países distantes y en instituciones de la sociedad civil. Un profesor emérito de la Universidad de Michigan, Avedis Donabedian, fue internacionalmente reconocido como el referente que logró integrar esas experiencias dispersas sobre Calidad en un cuerpo teórico, adaptando al campo de la Salud la evo-

lución del fenómeno similar en el ámbito industrial.

Comparando el desenvolvimiento de esta corriente con el paradigma de APS, la Calidad evolucionó en forma anárquica y *horizontal*, mientras APS tuvo un curso que podría caracterizarse como *piramidal*, desde organismos multinacionales hacia los gobiernos, y luego desde éstos a las sociedades. Pero en el campo de la Calidad, tanto la OMS como la OPS³, cabalgaron en la tendencia cuando ésta ya estaba en curso, aportando a su desarrollo documentos trascendentes e importantes instrumentos de aplicación práctica. El eje conceptual, que anteriormente se había depositado en la articulación de todos los recursos del sistema, ahora -sin resignar esos aspectos- desplazaba su atención hacia las expectativas y necesidades de los pacientes.

En las postrimerías del Siglo XX, fue cobrando creciente interés la preocupación por los daños causados por errores cometidos durante la atención de los pacientes. Diversas entidades de Norteamérica y Europa advertían sobre la importancia de buscar medidas preventivas para evitar errores asistenciales, comprendiendo a los médicos -y al equipo de salud- como parte de una organización, cuyos procedimientos tienen puntos débiles donde ocurren inconsistencias y accidentes. Un documento liminar de EE.UU. de 1999, constituyó un hito por la trascendencia alcanzada. Pero fue la Alianza Mundial por la Seguridad del Paciente, suscripta por la OMS en 2005, el punto de partida de una nueva corriente. Fue acompañada por gobiernos, organizaciones no gubernamentales e incluso iniciativas de los usuarios.

Desde el seno de la corriente de Calidad, había surgido un nuevo eje -el de la Seguridad del Paciente- que ahora ocupa la atención central de instituciones científicas y académicas. Aunque es un enfoque esencialmente hospitalario, no es ajeno al de la APS, basado en articular todos los recursos del sistema de salud con las necesidades de la población. Éste concentra la atención en el *proceso* asistencial y en los derechos del paciente, identificando momentos, actividades y tareas en los que la organización presenta puntos vulnerables: medicamentos parecidos por el nombre o el envase, identificación de los pacientes, pasajes de servicios, identificación del sitio quirúrgico, conexiones erróneas de tubuladuras, infecciones nosocomiales y otras. En realidad los distintos enfoques están encadenados, no son excluyentes sino complementarios, pero ponen el acento en uno de los eslabones del sistema.

1- Frenk J.: Reinventing primary health care: the need for systems integration. The Lancet 2009; 374: 170-173. Julio Frenk es Decano de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard.

2- OMS-UNICEF: Alma-Ata 1978. Atención Primaria de Salud. OMS, Ginebra, 1978.

3- OMS: Organización Mundial de la Salud. OPS: Organización Panamericana de la Salud.

4- Institute of Medicine: To Err is Human: building a safer health system. Washington D.C. 1999.