

El cardiólogo y el Nuevo Modelo de Atención de la Salud

En esta nueva comunicación con los miembros de la Sociedad Argentina de Cardiología deseo proponer a los cardiólogos, pero también a los planificadores y a la comunidad en general, una **visión y una misión de la especialidad para los próximos años**, considerando las actividades de la cardiología en el Nuevo Modelo de Atención de la Salud que ha logrado mayor consenso en la planificación de nuestro país e internacionalmente.

Las primeras manifestaciones en nuestro medio ya pueden evidenciarse en las reformas del Programa Médico Obligatorio (PMO) para los pacientes con seguros de salud, o el Programa Nacional de Médicos de Cabecera del Ministerio de Salud de la Nación para los pacientes sin cobertura, suscripto por 23 provincias de nuestro país.

La estrategia de atención primaria de la salud, el médico de cabecera o de referencia o de familia o generalista, la población a cargo, el fortalecimiento del primer nivel de atención, el tránsito ordenado desde el primer nivel al segundo o tercero, la referencia y contrarreferencia, la educación y la promoción de la salud, las enfermedades prevalentes, la prevención primaria y secundaria, son palabras, frases y conceptos que se instalaron y aparecerán en nuestro lenguaje cada vez con mayor frecuencia.

Quienes estén interesados en conocer con mayor profundidad el desarrollo de la estrategia de atención primaria de la salud y los diferentes modelos propuestos podrán encontrar una inmensa bibliografía desde la reunión de Alma Ata a la fecha y la experiencia argentina en Salud Rural realizada antes de 1978.

Sin embargo, quisiera comentar algunas situaciones que entiendo han sido parte importante y por lo cual la estrategia de atención primaria de la salud y el fortalecimiento del primer nivel de atención aún no han tenido desarrollo considerable en nuestro país, retardando los beneficios del impacto sanitario que produce esta planificación.

En primer lugar existieron algunos desvíos de las definiciones originales que confundieron la atención primaria con atención primitiva, primera, rudimentaria.

Para comunicarlo en forma didáctica, atención primaria de la salud es una estrategia que va desde la vacuna hasta el trasplante cardíaco si es necesario, que pone énfasis en la prevención, la educación

y la promoción de la salud y que hoy entendemos que **debe reunir recursos humanos, físicos y tecnológicos apropiados para dar la mejor atención en todos los niveles.**

Pero también debemos reconocer que es necesario producir **cambios curriculares** tanto en la enseñanza de grado como de posgrado para obtener recursos humanos preparados para este modelo de atención.

Tengamos en cuenta que nuestra formación médica siempre estuvo más dedicada a la atención de la enfermedad que a la atención de la salud: las actitudes reparadoras predominan en nuestro pensamiento sobre las preventivas. El objetivo es no descuidar ninguna de las dos.

Quizá sea ésta una explicación posible de por qué tan bajo porcentaje de pacientes hipertensos tienen un tratamiento adecuado o por qué en aquellos pacientes que han presentado un evento coronario la prevención secundaria no se establece con la agresividad suficiente.

Otro elemento para tomar en cuenta en la discusión se refiere al mayor incentivo que tuvimos los médicos para dirigirnos a la especialidad reparadora y al trabajo dentro de las instituciones, en desmedro de la actividad preventiva y el trabajo en centros de salud más cerca de la gente, permitiendo mayor accesibilidad y descentralizando la consulta hospitalaria.

Cuando el primer nivel de atención se fortalece, con médicos con población a cargo y centros de atención ambulatoria con programas de prevención, educación para la salud, promoción y alta capacidad de resolución, el 80% de las consultas se solucionan en ese nivel.

El hospital se hace más eficiente y se dedica principalmente a las patologías que sí merecen ese nivel y poniendo a su disposición toda la tecnología necesaria.

Pero al reconocer la existencia de incentivos debemos establecer otros desvíos que motivaron que los médicos nos alejamos del primer nivel de atención

Generalmente se utilizaron mecanismos de pago que inducían conductas médicas, por ejemplo e denominado "Nomenclador" estimulaba las prestaciones con utilización de tecnología en detrimento de la consulta y la actitud médica.

La respuesta a esta forma de práctica se intentó limitar mediante otros incentivos económicos y apareció entonces el *management care* con un análisis predominantemente elaborado por economistas e insuficiente base científica médica.

A este médico generalista o de familia se le inducían prácticas de contenedor de la demanda, *gate-keeper*, que terminó produciendo subprestación, con aumento de morbimortalidad en diversas patologías como la angina de pecho, el infarto agudo de miocardio y la insuficiencia cardíaca, en comparación con las series de tratados por especialistas en cardiología.

Este aparente enfrentamiento entre generalistas y especialistas no sólo no resolvió el problema sino que lo agravó al surgir resistencias entre los médicos y lógicamente oponerse a cambios que no eran claros ni se entendían desde el punto de vista de la atención de la salud y la enfermedad.

Los generalistas o médicos de familia no se sentían cómodos en esta práctica que no era la base ni la vocación de su formación, ni los especialistas limitados en su práctica por datos económicos y no de la medicina basada en la evidencia. Se niveló para abajo y la mejor formación médica no contaba en los incentivos positivos.

Conviene entonces que definamos los roles de cada uno al decir que en el Nuevo Modelo de Atención de la Salud en el cual se ha comenzado a trabajar, el médico de familia, generalista o médico de cabecera o referencia, es un planificador, que además tiene alta capacidad de resolución para responsabilizarse de una población a cargo, a quien tiene que registrar y cuidar haciendo oferta de salud a través de la prevención y la educación.

Es decir, la actividad de este profesional coincide con su formación y su vocación.

Pero además, en el primer nivel de atención debe integrarse a este médico de cabecera con el centro ambulatorio de atención primaria de la salud donde actúa el resto del equipo de salud, que incluye en primer lugar al pediatra, quien se responsabilizará de la población infantil de varios médicos de cabecera, el tocoginecólogo, la enfermera, el especialista en salud mental, el odontólogo.

En este aspecto, el concepto nuevo que deja atrás algunas ideas casi fundamentalistas de la atención primaria es que, para aumentar la capacidad de resolución de este nivel de atención y descentralizar la consulta hospitalaria, es necesario incorporar otras especialidades en el equipo de salud que podrá ir variando de acuerdo con la pirámide poblacional de la región donde se trabaja.

Por ejemplo, en una zona rural con baja densidad de población o no, el pediatra, el tocoginecólogo y la enfermera son los pilares imprescindibles pero el odontólogo, el especialista en salud mental, el oftalmólogo y el infectólogo deberán establecer una periodicidad de consultas, **mientras que en una zona urbana o periurbana con una pirámide poblacional de base angosta la cardiología debe estar presente en el centro ambulatorio de atención primaria.**

Este último concepto es el que nuestra especialidad debe discutir y hacer entender a los planificadores que en la actualidad sólo ubican a la cardiología en el segundo y en el tercer nivel dedicado fundamentalmente a las prácticas complejas.

Sin duda, el cardiólogo clínico es quien mejor está preparado para la prevención secundaria, tiene alta capacidad de resolución de la patología ambulatoria cardiovascular, conoce los algoritmos de diagnóstico y tratamiento de acuerdo con los conceptos de medicina basada en la evidencia, pero además favorece el intercambio de conocimientos en el primer nivel de atención apoyando la formación de médicos de familia y clínicos en su etapa de entrenamiento, favoreciendo la interdisciplina (sistema de residencias).

En resumen, este concepto moderno de la atención primaria de la salud permite establecer junto con esta estrategia la organización de un primer nivel de atención, con alta capacidad de resolución que no provoque demoras y aumento de la mortalidad en las listas de espera de consultas o prácticas de especialidades de enfermedades prevalentes, **definiendo la composición del equipo de salud de acuerdo con la región, las patologías prevalentes y la pirámide poblacional.**

Se iniciaron las primeras modificaciones que dieron comienzo a esta transformación en la planificación del modelo de atención en nuestro país.

Como muestra la experiencia de otras naciones que planificaron una organización similar, la relación gasto/impacto sanitario mejoraría.

El conocimiento de otras experiencias internacionales nos permite corregir problemas que se observan en los modelos de otras naciones y así esta experiencia argentina también podrá hacer su aporte a la literatura internacional, sobre todo de la región sudamericana y otros países con desarrollo y dificultades similares.

Dr. Néstor A. Pérez Baliño

SUBSECRETARIO DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD
MINISTERIO DE SALUD DE LA NACIÓN