

La Atención Primaria de Salud y el desafío de las enfermedades cardiovasculares. Recomendaciones para el plan de acción*

The Primary Health Care and the challenge of cardiovascular disease. Recommendations for action plan

Dr.C. Francisco Rojas Ochoa

Escuela Nacional de Salud Pública. La Habana, Cuba.

Los servicios de Atención Primaria de Salud (APS) y su entorno económico, social, medioambiental y cultural son el escenario donde pueden realizarse de modo óptimo la promoción de salud y la prevención de enfermedades. Esto es particularmente relevante en lo que respecta a las enfermedades cardiovasculares.

La gran magnitud del problema y su gravedad pueden ser controladas. La promoción de salud, la prevención de las enfermedades cardiovasculares, el tratamiento oportuno y continuado, sobre una plataforma amplia de educación sanitaria dirigida a toda la población, pueden ser eficaces y reducir la morbilidad y mortalidad por estas enfermedades. Esto se alcanza a partir de la organización de los servicios de APS como parte de un sistema nacional.

La prioridad en la APS la tendrá el personal, en especial médicos, enfermeras, psicólogos y trabajadores sociales, entrenados en profundidad en la aplicación del método clínico, sobre la base de las habilidades para realizar una adecuada entrevista, donde se debe escuchar todo, interrogar cuidadosamente y examinar exhaustivamente, conquistando y motivando al paciente. Logrando clara empatía.¹

POLÍTICAS PÚBLICAS EN SALUD

La política de libre acceso para toda la población en un sistema de atención calificado, gratuito y de cobertura universal, es la clave en la estrategia de control de las enfermedades cardiovasculares. Esto sólo se alcanza con un completo subsistema de APS, que dará atención a la promoción y prevención con intervenciones de carácter poblacional junto a la atención médica, asegurando la calidad de la asistencia a los enfermos, que deberá ser continua, y especializada, por lo frecuente de las complicaciones y la necesidad de conocer y emplear bien el poderoso y complejo arsenal de fármacos hoy disponibles.

¿Podrá esto hacerse en los países pobres con igual efectividad que en los países ricos? La respuesta requiere nuevas y consistentes investigaciones.²

Estos principios son los que ha aplicado Cuba. El primer programa integral, con importantes resultados, ya se ejecutó en los primeros años de la década de 1990.³

LOS SERVICIOS DE APS

Los servicios públicos en atención primaria deben ser de acceso libre, cobertura universal, equitativos, continuos, de calidad probada y gratuitos. Deberán contar con guías específicas para las acciones programadas. Guías propias generadas en cada país, ajustadas a sus posibilidades y a la cultura de la población. Se necesitarán en algunos casos guías para grupos minoritarios de población.

La práctica de la dispensarización de toda la población, según riesgos, ha sido de alta utilidad en el modelo de APS en Cuba.

Algunas tendencias socavan las respuestas de los sistemas de salud que estamos enumerando "Sin unas políticas y un liderazgo fuertes, los sistemas de salud no gravitan espontáneamente en torno a los valores de la APS, ni responden de forma eficaz a los desafíos sanitarios cambiantes". Algunas tendencias negativas caracterizan la situación actual:

- una focalización desproporcionada en la atención terciaria especializada, a menudo conocida como «hospitalocentrismo»;
- la fragmentación de los servicios, como resultado de la multiplicación de programas y proyectos;
- la mercantilización generalizada de la atención en los sistemas sanitarios no regulados.

Comparto estas opiniones de la OMS.⁴ Combatir estas tendencias es tarea obligada de todos, solo así aseguraremos el acceso universal a la APS, la equidad sanitaria y las comunidades sanas. La prioridad será dada a la organización de los servicios de APS, estos estarán en contacto estrecho con la población.

Así lo ha hecho el sistema de salud cubano, que coloca el consultorio de medicina familiar, a cargo de un médico y una enfermera, en las comunidades.

El modelo se ha descrito así: "Otro cambio de gran importancia consistió en llevar al médico a trabajar y vivir en el propio sector donde residía la población que atendía. Para este fin fue necesario acometer la construcción o adaptación de locales para el consultorio y las viviendas del médico y la enfermera.

Inicialmente, se programó que el equipo formado por el médico, la enfermera y, siempre que fuera posible, el psicólogo, atendiera a 120 familias, o sea, aproximadamente entre 600 y 700 habitantes. Posteriormente, la cifra se fue ajustando según los diferentes lugares, pero sólo excepcionalmente la población atendida llegaba a 1 000 habitantes. Un buen número de estos consultorios del médico de la familia se establecieron en áreas rurales.

Fueron creados grupos básicos de trabajo (GBT), constituidos por un especialista en pediatra, un internista y un gineco-obstetra, responsabilizados con la docencia, las interconsultas y la supervisión, dentro de su especialidad, de la labor asistencial de entre 15 y 20 médicos de familia.

El policlínico, en esta nueva modalidad, continúa siendo el centro rector que planifica, organiza, dirige y controla las acciones de salud y a este quedan subordinados, los consultorios del médico de la familia, los cuales deben mantener con aquél una vinculación estrecha.

En el policlínico se realizan los exámenes de laboratorio, rayos X, electrocardiografía y otros, así como las consultas de las especialidades no básicas, sin embargo las interconsultas correspondientes a las tres especialidades básicas se realizan en el consultorio del médico de la familia.

Fueron también necesarias otras transformaciones en los policlínicos, entre ellas, la incorporación de las consultas de especialidades que anteriormente no se realizaban en esta unidad. En ese orden, se les fueron incorporando nuevos servicios, como los de rehabilitación, hasta lograr que una buena parte de las atenciones ambulatorias, que tradicionalmente se realizaban en los hospitales, pasaran a estas instituciones.

El médico y la enfermera de la familia, con su trabajo sobre la población, están en la primera línea de lucha contra la enfermedad y en condiciones de aplicar, rápida y eficientemente, todas las medidas necesarias.

El médico de familia debe poner especial interés, tanto en la atención a enfermos, como a personas sanas. La prevención y la promoción son elementos de primera importancia en su formación profesional.

La educación para la salud es otro de las acciones que el médico y la enfermera aplican en su trabajo diario. Los factores económicos y sociales son objeto de una consideración especial por su influencia en la salud de la población.

Otro elemento de trabajo de la medicina en la comunidad es la atención *dispensarizada*, que consiste en agrupar a la población según sus problemas de salud, y elaborar una planificación adecuada de acciones para preservarla. El médico a cargo de la atención debe realizar, periódicamente, un examen a todos los componentes, de esta forma llega a conocer no solamente si padecen de enfermedades crónicas, sino también, cuáles son las condiciones en que viven, cómo influyen el medio social y familiar, y los factores de riesgo que sobre ellos inciden. Estos elementos le permiten incluir en el análisis de salud de toda su población, tanto a las personas sanas, a los que están en riesgo de enfermar, a los enfermos y a los que padecen de secuelas de una enfermedad.⁵

Esta modalidad básica de organización es flexible y se ajusta según las condiciones locales de infraestructura, la disponibilidad de personal, la densidad de población y las facilidades de comunicación.

El centro de las acciones promotoras y preventivas se encuentra en las modificaciones de estilos de vida que atentan contra la salud. La educación general (escolaridad) es importante, para poder desarrollar a partir de ella la educación sanitaria. Esta última no puede depender sólo de mensajes en los medios de comunicación pública, la escuela, en especial en la enseñanza primaria y la comunicación **cara a cara** del personal de salud, tarea indelegable de médicos y enfermeras, es de máximo valor. Las guías mencionadas deben incluir estos aspectos.⁶

INVESTIGACIÓN CIENTÍFICA

Para avanzar con mayor rapidez y efectividad en el terreno de los estilos de vida se requiere fortalecer el área de las investigaciones sociales, psicológicas y antropológicas. Estas deben realizarse para cada país o grupo social específico dado el peso notable que sobre los estilos de vida tiene la cultura en su conjunto, con grandes diferencias originadas en creencias, medios urbano y rural, etnias, etc.

FORMACIÓN DE PERSONAL

Generalmente no se presta la debida atención a la formación de personal para la APS. Estas personas, en especial médicos, enfermeras, psicólogos y trabajadores sociales, deben recibir entrenamiento específico para su adecuado desempeño en el trabajo de educación sanitaria. Su superación debe estar enfocada en desarrollar, de manera amplia, las habilidades en el manejo del método clínico, en el cuidado de los paciente que ya están diagnosticados como hipertensos, en lo que concierne al uso de los fármacos necesarios, y otros aspectos de su diario quehacer. La especialización como Médico General Integral (MGI), y de la enfermera en medicina comunitaria, son esenciales.

El énfasis por los notables resultados que pueden alcanzarse está en la formación clínica.⁷

Se ha insistido en el valor de la aplicación rigurosa del método clínico en la atención a la población. Se debe enfatizar en aspectos a veces subestimados como la medición de la tensión arterial. Todos los que realizan estas mediciones deben ser bien entrenados (se llega a la certificación del entrenamiento). El equipo a utilizar deberá ser calibrado periódicamente y las condiciones del lugar y mobiliario serán adecuadas. El entrenamiento implica conocer circunstancias como la gran variabilidad que puede observarse en las mediciones a un sujeto: hora, día, reacción a la bata blanca, ingestión previa de fármacos, el equipo utilizado, estrés, ambiente, persona que mide la tensión arterial, en fin la estructura de la APS.⁸ Debe regularse la doble lectura de la tensión arterial en cada consulta.

Para la mejor actuación en la clínica debe disponerse de las guías prácticas de trabajo para prevención y control.

Es imprescindible la muy satisfactoria relación con los pacientes, es necesario obtener la motivación, ganar la empatía, tanto para medidas de prevención, como para la adherencia al tratamiento de los pacientes.

RECOMENDACIONES

Son numerosas las recomendaciones para la prevención y control de las enfermedades cardiovasculares, ellas se originan en la medicina basada en la evidencia, en estudios de costo-efectividad, en acuerdos de consenso o en la experiencia empírica acumulada en la atención de individuos. A pesar de las guías de actuación disponibles, algunos médicos actúan según su criterio al recomendar al paciente que hacer.

La mayor efectividad de estas recomendaciones se logra en un contexto donde las medidas de salud pública fortalecen estas acciones. Son recomendaciones de esta clase:

1. libre acceso a los servicios de APS, de cobertura universal, calificado y gratuito.
2. acercamiento máximo del servicio de salud a la población.
3. estrategia poblacional, no dirigida sólo a grupos de riesgo, sino a toda la población, desde edades tempranas (ciclo vital).
4. organización intersectorial y enfoque social de las acciones, participación popular, concurso de la sociedad civil.
5. desarrollar guías de actuación para todo el personal de APS.
6. dispensarización según riesgo de toda la población.
7. promover la investigación en APS, de perfil económico, social, psicológico y antropológico, para una mejor formación del personal de salud y mejor educación sanitaria de la población.
8. entrenar de modo específico en todo lo concerniente a enfermedades cardiovasculares, en especial a médicos y enfermeras en el dominio del método clínico y técnicas de educación sanitaria (especialización).

A estas recomendaciones deben añadirse algunas del área de la atención individual, como son:

9. medir con regularidad la tensión arterial. Someter a control médico la prehipertensión (120-139 (presión sistólica)/80-89 (presión diastólica)). Establecer la doble lectura de la misma en cada consulta.
10. controlar la hiperglicemia y la alta concentración de lípidos en sangre.
11. recurrir a la atención médica más especializada en casos de síndrome metabólico, diabetes, daño renal y otras situaciones complejas. La APS es parte de un sistema, al que se necesita recurrir no pocas veces.

12. promover en todo paciente la adherencia al tratamiento.

Cualquiera de estas recomendaciones por sí solas alcanza resultados beneficiosos. Todas juntas en ejecución reducirían notablemente la morbilidad y mortalidad por enfermedades cardiovasculares.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. JNC. Séptimo informe del Comité Nacional Conjunto de los Estados Unidos de América sobre Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de la Hipertensión Arterial. Washington, D.C.: OPS, 2009: 17 y 34.
2. Orduñez, P. Enfermedades cardiovasculares en Cuba: determinantes para una epidemia y desafíos para la prevención y el control. Rev Cubana Salud Pública 2005; 31(4):270-284.
3. Grupo Gestor Gubernamental e Intersectorial. El Proyecto Global de Cienfuegos. Rev. Finlay. Octubre-diciembre 1991:388-411.
4. OMS. Informe de la salud en el mundo 2008. La atención primaria de salud. Más necesaria que nunca. Ginebra, OMS, 2008: 12.
5. Torre, de la E. Salud para Todos Sí es Posible. Sociedad Cubana de Salud Pública. La Habana, 2005:57-59.
6. U.S. Preventive Services Task Force. Recommendations and Rationale. Behavioral Counseling in Primary Care to Promote a Healthy Diet. This was first published in Am J Prev Med, 2003; 24(1):93-100.
7. Nasiff A., Rodríguez Silva H., Moreno M.A. Práctica clínica. Ciencias Médicas. La Habana, 2010: 15-84.
8. Kaplan NM. Hipertensión clínica. Tercera edición en español traducida de la séptima en inglés. Waverly Hispánica S.A. Buenos Aires, 1999: Cap. 2; 23-49.

* Presentado en: Atención Primaria de Salud y el desafío de las enfermedades cardiovasculares. Recomendaciones para el Plan de Acción. Taller, OPS. La Habana 2010.

Recibido: 14 de junio de 2013.
Aprobado: 30 de junio de 2013.

Dr.C. Francisco Rojas Ochoa

Profesor Consultante. Escuela Nacional de Salud Pública. La Habana, Cuba.
rojaso@infomed.sld.cu