

Varios estudios y encuestas hechas en Estados Unidos revelan, que una no despreciable proporción de pacientes con enfermedades crónicas, a cargo de generalistas, no recibe tratamientos efectivos y no tiene un control óptimo de sus enfermedades¹. El motivo principal de estos estudios es responder a la pregunta si el cuidado de los pacientes con enfermedades crónicas debe ser brindado por médicos generalistas o bien ser responsabilidad de especialistas. Un segundo cuestionamiento, derivado casi inmediatamente del primero sería: ¿Cuál es el rol de los generalistas?

La respuesta a estos dos interrogantes sin duda existe; es decir, debe existir un "punto óptimo" de cuidados para determinado paciente, aunque no conozcamos exactamente dónde está ese punto.

Es poco probable que hoy alguien pueda concebir un sistema de atención de salud que pueda prescindir de generalistas. Lo que sí, seguramente nos debemos plantear para responder estos interrogantes es qué rol le cabe a los generalistas y, especialmente, qué aspectos debe reforzar la medicina de atención primaria para cumplir con sus postulados.

Según la Organización Mundial de Médicos de Familia (WONCA)

"...el médico de familia o general es el profesional responsable de proporcionar atención integral y continuada a todo individuo que solicite asistencia médica pudiendo implicar para ello a otros profesionales de la salud, que prestarán sus servicios cuando sea necesario. Acepta a toda persona que solicita atención, al contrario que otros profesionales o especialistas, que limitan la accesibilidad de sus servicios en base a edad, sexo y/o diagnóstico de los pacientes. Atiende al individuo en el contexto de la familia y a la familia en el contexto de la comunidad de la que forma parte. Es competente clínicamente para proporcionar la mayor parte de la atención que necesita el individuo, después de considerar su situación cultural, socioeconómica y psicológica".

La atención primaria centra su cometido, su incumbencia y su obligación moral en:

1. Brindar cuidados continuos, coordinados y comprensivos.
2. Ser accesible.
3. Llenar los espacios entre los cuidados por múltiples especialistas en los -cada vez más- pacientes con múltiples padecimientos.
4. Tener ciertas habilidades propias que no tienen las especialidades, como promoción de cambios de hábitos, autocuidados y cuidados preventivos.

Algunas evaluaciones sistemáticas de las características de la atención primaria mediante cuestionarios validados midieron siete factores de la atención primaria: accesibilidad (financiera y organizacional) continuidad (duración de la relación y continuidad de las consultas) integralidad (conocimiento integral del paciente y consejos preventivos) integración de la atención, calidad de la interacción médico-paciente (comunicación y examen físico) trato interpersonal y confianza en el médico.

Lejos de la percepción de los propios médicos sobre lo que debería ser y es el médico de atención primaria, los datos obtenidos de los pacientes sugieren que la integralidad dista mucho de ser percibida como una característica distintiva. A excepción del conocimiento de la historia clínica, pocos pacientes consideran bueno o excelente el conocimiento que el médico tiene de ellos.

En otros estudios que evalúan la atención provista por los médicos de atención primaria, alrededor de la mitad de los pacientes consideran que el conocimiento de su historia clínica por parte de sus médicos es muy bueno o excelente y la mayoría evalúa como muy buenas o excelentes las explicaciones sobre sus problemas o tratamientos.

En contrapartida, muy pocos consideran que es bueno el conocimiento que su médico tiene de ellos como persona -sus valores y creencias²-.

Primer alerta: Los cuidados de la salud deben responder a las necesidades de los pacientes. Los médicos de atención primaria deben conocer íntegramente a sus pacientes, así como acercarse a sus valores, creencias y responsabilidades diarias.

En cuanto a la calidad del desempeño de los generalistas comparados con los especialistas en determinados padecimientos, los resultados en general, muestran que ciertas condiciones como el infarto de miocardio, el accidente cerebro-vascular y el asma tienen mejores resultados cuando son manejados por especialistas; en la hipertensión, la diabetes, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica y la lumbalgia no hubo diferencias. En el manejo de la diabetes, los resultados no fueron significativamente diferentes entre generalistas y especialistas cuando los pacientes eran vistos en centros de práctica convencional. Sí había diferencias a favor de los especialistas, cuando el seguimiento era en clínicas especializadas en diabetes. Estas diferencias sugieren la influencia del entorno o el sistema en los resultados^{3,4,5}. Por otro lado, un estudio canadiense encontró que los pacientes con diabetes, enfisema y enfermedades mentales severas suelen ser subtratados por otras condiciones como dislipidemias, necesidad de reemplazo hormonal o artritis. Si bien este estudio no aporta evidencia sobre si la especialidad de quien atiende al paciente afecta los resultados, los pacientes con enfermedades crónicas tienden a recibir cuidados más fragmentados y es probablemente en ellos donde más se necesiten cuidados integrales⁶.

Finalmente, varias publicaciones sugieren que los cuidados compartidos entre especialistas y generalistas pueden lograr mejores resultados^{7,8}.

Con respecto a costos, los especialistas utilizan más recursos y tests diagnósticos, siendo sus internaciones más prolongadas que las de los generalistas³.

Segundo alerta: la provisión de cuidados de alta calidad documentados por resultados mensurables debe ser el objetivo de los sistemas de atención primaria. Los médicos generalistas deben redoblar esfuerzos para manejar lo más apropiadamente posible enfermedades crónicas de alta prevalencia. La participación de especialistas en equipos de atención primaria puede aportar la combinación óptima de conocimiento y destrezas que los pacientes crónicos necesitan.

La atención primaria tiene importantes competencias centrales que no tienen las especialidades. Sus fortalezas principales provienen de la proximidad con los pacientes, su perspectiva más amplia, la flexibilidad y la adaptabilidad. De todos los atributos valorados por los pacientes, la continuidad de los cuidados está entre los más preciados. Las instituciones que forman médicos de atención primaria deberían priorizar en sus programas la integración horizontal de estas competencias; la relación médico-paciente debería ser el eje de sus programas.

LA CUESTIÓN EN ARGENTINA

En Argentina, las debilidades estructurales de la medicina de atención primaria son mucho más fuertes. Entre otros grandes abismos: no existe un currículo unificado para la atención primaria; las diferencias de calidad entre los centros de formación -y también de nivel entre los formadores- es muy grande y no existe un pro-

ceso validado de certificación que garantice una buena formación.

En este sentido, nuestra brújula suele ser el lugar donde un profesional hizo su residencia; "es bueno porque hizo la residencia en tal o cual lugar" suele ser la vara con que medimos la idoneidad de nuestros profesionales. Más aún, las entradas y salidas del sistema educacional de entidades que, según sus necesidades, crean o cierran residencias de atención primaria no tiene control alguno ni existe un organismo que fije pautas, que regule, que vele por la calidad.

Para salvar este abismo entre la calidad ofrecida y la calidad necesaria es imprescindible que todos los médicos de atención primaria tengan acceso a residencias que garanticen una formación de alta calidad; que estas residencias estén reglamentadas, evaluadas y certificadas por las sociedades científicas; que los procesos de evaluación de los centros formadores también estén validados y que la certificación, tanto de profesionales como de instituciones sea periódica.

Los médicos de atención primaria deberán redoblar esfuerzos para mejorar continuamente sus competencias centrales utilizando información adecuada, actualizada y basada en sólidas evidencias. Para ello la disponibilidad de una herramienta formidable como Internet y el dominio del inglés como idioma internacional deberían ser parte de estas competencias centrales.

En lo que a sus instituciones respecta, la atención primaria en Argentina pasa por un momento de extrema debilidad. Estos tiempos la hallan sin liderazgo ni representantes que lo asuman –muchas veces la vemos empantanada, en sus jornadas científicas, en discursos maniqueístas, que desnudan aún más sus falencias-; faltan organizaciones sólidas que asuman el compromiso de hacerla trascender y cumplir con sus postulados. Las voluntades individuales, sin duda, no alcanzarán. Las políticas coyunturales, de corto plazo o personalistas tampoco.

La misión de la atención primaria es, sin duda, ponerse en el centro del sistema de salud motivando y acompañando al Estado para que defina y sustente políticas a largo plazo centradas en la utilización racional y costo-efectiva de los recursos, la cobertura universal, la accesibilidad y la equidad de un sistema con profesionales de alta calidad.

La Atención Primaria necesita imperiosamente que el Estado formule o más bien asuma su responsabilidad en materia de políticas de salud. Las organizaciones profesionales podrán promover y mantener la excelencia a través de la educación médica continua, pero los cambios sostenidos requieren acción de los líderes locales que deberán dirigir su accionar a cuatro puntos: los ejecutivos del sistema de salud, los decanos de las escuelas de medicina, los políticos y el público en general⁹.

Los ejecutivos de la salud deberán reconocer la necesidad de centrar sus organizaciones en la atención primaria y abandonar la ambivalencia de tener médicos de cabecera porque está de moda mientras "padecen" a la atención primaria como un mal necesario que amenaza la rentabilidad y el atractivo de sus negocios. Las organizaciones de salud que tienen buenos médicos de atención primaria como referentes centrales son exitosas, son costo-efectivas, sus servicios son de alta calidad y la satisfacción de los pacientes también es alta. Una bandera, la de la libre elección, suele esgrimirse como un cercenamiento de las libertades individuales. Siendo tan complejos, aun para los propios médicos, los aspectos de la salud, no es el paciente –sabio en su padecimiento pero lego en ciencias médicas- quien puede decidir adónde buscar la solución de sus problemas. En su lugar, acompañándolo, guiándolo y asistiéndolo debe estar un médico de atención primaria de calidad indiscutible.

Los decanos de las escuelas de medicina, también deberían trabajar en la generación de políticas a largo plazo basadas en las necesidades reales de la población. El modelo que se sigue mostrando a los alumnos de las escuelas de medicina es el del especialista centrado en las tecnologías y trabajando en el ámbito privado de las grandes ciudades. Como consecuencia de ello un gran porcentaje de médicos hacen residencias y orientan su formación de posgrado a disciplinas en las que luego no tendrán trabajo para, después de mucho tiempo y gran esfuerzo, intentar "aggiornarse" haciendo cursos de atención primaria y trabajando en guardias, sin población a cargo, atendiendo eventos en lugar de pacientes.

El discurso de asunción del Presidente de la Nación ante la Asamblea Legislativa, abre una esperanza en materia de Políticas de Estado¹⁰:

"...profundizar la contención social a las familias en riesgo, garantizando subsidios al desempleo y asistencia alimentaria. Consolidando una verdadera red federal de políticas sociales integrales para que quienes se encuentran por debajo de la línea de pobreza puedan tener acceso a la educación, la salud pública y la vivienda..."

...en el campo de la salud, el Estado asumirá un rol articulador y regulador de la salud pública integral sumando los esfuerzos de los subsectores públicos provinciales y nacionales, privados y de obras sociales, orientado a consolidar las acciones que permitan generar accesibilidad a las prestaciones médicas y a los medicamentos para toda la población.

La ley de prescripción por el nombre genérico de los medicamentos recientemente reglamentada será aplicada con todo vigor y el Programa Remediar, de gratuita distribución de medicamentos ambulatorios, continuará.

Es objetivo de gobierno concretar un Sistema Nacional de Salud, que se consolidará en una red en la que el hospital público será un eje referencial, con los demás centros de salud, públicos o privados, para ser pilares estratégicos de la atención primaria de salud, integrándose con las políticas de contención social para avanzar en la tarea de prevención.

El objetivo de dar salud a los argentinos impone que se asuman políticas de Estado que sean impermeables a las presiones interesadas, por poderosas que sean, provengan de donde provengan".

La salud es mucho más que un problema médico y sin políticas sociales, es sólo una herramienta desarticulada. Los políticos deberán también actuar responsablemente, formando e integrando comisiones permanentes -con asesores de conocida trayectoria y sin conflictos de intereses- cuya misión sea generar políticas de Estado, sólidas, coherentes y de largo plazo. Hoy, el sistema de salud de Argentina es un ensamble de organizaciones inconexas –muchas veces bolsones de recaudación, poder y también corrupción-. El accionar de los políticos deberá responder de una vez por todas a las necesidades del público y no a intereses sectoriales y de corto plazo. Para ello, es imprescindible, la integración y el esfuerzo conjunto de todos los participantes mencionados.

El público, finalmente debe ser guiado y formado para ser receptor crítico y responsable de sus derechos de salud. La demanda de servicios de salud analizada desde la microeconomía tiene una característica única: para el individuo enfermo no hay alternativa posible entre la necesidad de curación, rehabilitación o mejora y cualquier otro bien o servicio sin que importe el valor que pudiera tener éste. En consecuencia, la demanda de servicios de salud

por parte del individuo enfermo no puede perfilarse en función de gustos o preferencias o de un mayor o menor precio. Sin duda, tal paradoja económica obedece a que la demanda de servicios de salud constituye una necesidad que, por vital, es inestimable.

Otra característica distintiva de los servicios de salud es que el financiador de los mismos -Estado, obra social o prepaga- no participa entre quien genera el servicio -el profesional- y quien consume el mismo -el público-. Generación y consumo, en consecuencia, pueden hacerse sin preocupación por el gasto o motivados por intereses distintos del mantenimiento de la salud y hasta con cierta irresponsabilidad.

Siendo tan complejas estas características del consumo de servicios y tan complejo el sistema y los requerimientos cognitivos para una correcta toma de decisiones, no podemos esperar que sea el público quien solucione el problema de costos crecientes y cali-

dad decreciente; quien corra a buscar un especialista altamente capacitado y responsable que cuide sus intereses con absoluta ecuanimidad. Es la Atención Primaria quien debe bregar por lograr la calidad y el prestigio que la sociedad necesita.

Concluyendo, la medicina de atención primaria necesita reformularse y, en Argentina, posicionarse en el centro del sistema de salud. Es necesario trabajar duramente en mantener y mejorar las competencias centrales. Es imprescindible la confluencia de los médicos generalistas en instituciones cuya misión sea proveer un marco académico con principios éticos inexpugnables que velen por el buen desempeño de los médicos para que unifiquen su accionar en mejorar la calidad de vida de los ciudadanos de nuestro país definiendo y promoviendo sus valores fomentando y sosteniendo estándares altos mediante la promoción de cuidados personales, integrales y continuos para los individuos en el contexto de la familia y la comunidad.

Dr. Carlos García [Presidente de la Asociación Argentina de Medicina Familiar. Secretario de la Fundación MF]

Referencias

1. Anderson Rothman A, Wagner E. Chronic Illness Management: what is the role of primary care. *Ann Intern Med.* 2003; 138:256-61
2. Gelb Safran D. Defining the future of primary care: what can we learn from patients? *Ann Intern Med.* 2003;138:248-55
3. Moore G, Showstack J. Primary care medicine in crisis: toward reconstruction and renewal. *Ann Intern Med.* 2003; 138:248-55
4. Harrold LR, Field TS, Gurwitz JH. Knowledge, patterns of care, and outcomes of care for generalists and specialists. *J Gen Intern Med.* 1999;14:499-511.
5. Greenfield S, Rogers W, Mangotich M, Carney MF, Tarlov AR. Outcomes of patients with hypertension and non-insulin dependent diabetes mellitus treated by different systems and specialties. Results from the medical outcomes study. *JAMA.* 1995;274:1436-44.
6. Greenfield S, Kaplan SH, Kahn R, Nonomiya J, Griffith JL. Profiling care provided by different groups of physicians: effects of patient case-mix (bias) and physician-level clustering on quality assessment results. *Ann Intern Med.* 2002;136:111-21.
7. Redelmeier DA, Tan SH, Booth GL. *N Engl J Med* 1998;338:1516-20
8. Greenfield S. The next generation of research in provider optimization (Editorial). *J Gen Intern Med.* 1999; 14:516-7.
9. Nash DB, Nash IS. Building the best team (Editorial) *Ann Intern Med.* 1997;127:72-4.
10. Sox HC. The future of primary care. *Ann Intern Med.* 2003; 138:230-32
10. La Nación, 26 de mayo de 2003. Cambio es el nombre del futuro. Discurso del Presidente de la Nación ante la Asamblea Legislativa.

Apartir de las noticias de los casos de meningitis ocurridos en Zárate (Buenos Aires) a partir de la primera semana de agosto resumimos los puntos más importantes del documento de la Sociedad Argentina de Pediatría: "Información del Comité de Infección de la SAP sobre los casos de Meningitis en la Ciudad de Zarate".

Los 37 casos virales correspondieron a enterovirus y los tres casos bacterianos fueron casos confirmados de Neisseria meningitidis, serogrupo C.

Respecto de los Enterovirus recordamos que se diseminan a través de la vía fecal-oral y que la transmisión a través del agua puede presentarse como una extensión de dicha vía. Las infecciones ocurren generalmente en niños y aumentan su frecuencia en verano. La excreción viral y la transmisión pueden continuar durante varias semanas luego del comienzo del cuadro clínico, siendo usualmente el período de incubación de tres a seis días. La mejor medida de prevención es la higiene y el lavado de manos y no existe terapia específica. Destacamos que ya pasaron más de diez días luego del último de los casos bacterianos (10 de octubre) tiempo superior al período de incubación de esta patología y que no se ha observado en el país un aumento de las tasas de incidencia de meningitis bacterianas ni de meningitis por Neisseria meningitidis, serogrupo C.

Podemos concluir:

- Que este aumento del número de los casos no justifica una vacunación masiva.
- Que a través de los cálculos de las tasas de incidencia y su comparación con las históricas de la enfermedad corresponde a las autoridades de Salud el análisis de la situación y las decisiones (respecto de la ciudad de Zárate se ha decidido vacunar a los niños de 2 a 14 años de edad con vacuna antimeningocócica A/C).
- Que el resto del país no se encuentra en situación de riesgo por lo que no se debería indicar vacuna antimeningocócica A/C ya que no existe una epidemia.
- Que no se deben cerrar colegios o instituciones ni suspender las actividades sociales o de grupo. Por el contrario, es importante el mantenimiento de la actividad escolar con el objetivo de detectar los nuevos casos y la posibilidad de efectuar las medidas de control.
- Que la quimioprofilaxis debe realizarse sólo en los contactos cercanos (familiares, escolares o laborales). Definición de "contacto cercano": conviviente hogareño o de centro de cuidados diurnos como jardines maternales, colegios, universidades, comunidades semicerradas en contacto con un paciente con enfermedad meningocócica por más de cuatro horas diarias durante cinco días de la semana o cualquier persona expuesta directamente a las secreciones orales del enfermo).

* Disponible en internet en: www.sap.org.ar