

## Necesitamos una “cobertura universal”... pero al mismo tiempo una atención primaria de “salud para todos”

*We Need Universal Health Coverage... but, at the Same Time, Primary Health Care Services for Everyone*

*“No escribes porque quieres decir algo, escribes porque tienes algo para decir”.*

FRANCIS SCOTT FITZGERALD

### INTRODUCCIÓN

Parece existir actualmente un consenso prácticamente mundial sobre los objetivos de la “cobertura universal de salud”, a la que la Organización Mundial de la Salud (OMS) define: *“Toda la gente debe recibir servicios de salud de calidad que cubran sus necesidades, sin exponerlos a dificultades financieras en el pago para conseguirlo.”* (1)

La inquietud es tan masiva que un Premio Nobel de Economía, Kenneth Arrow, dice que “la salud es un valor ético y económico”, y se une a más de 300 colegas de casi 50 países *“para instar a los líderes a priorizar las inversiones para lograr la cobertura médica universal”* (\*), como escribió recientemente en el diario de mayor circulación de la Argentina. (2)

Prosigue: *“Brindar a todos servicios básicos de salud de alta calidad sin amenazarlos con la ruina financiera es lo correcto”* (\*). *La salud y la supervivencia son valores básicos. Y deben estar previstos con una política social deliberada.”*

Y como economista declara: *“La cobertura médica universal también es una acción inteligente.”* (\*). *Cuando la gente está sana y con estabilidad financiera, las economías resultan más sólidas y prósperas.”* (\*)

La definición inicial y las propuestas del economista parecen simples y claras, pero suenan ingenuas si no se trasladaran a suministrar servicios en el mundo real mucho más complicado, que realmente alcancen a aquellos que más lo necesitan y para decirlo más específicamente, a aquellos a los que más difícilmente les llegan en la actualidad. Porque, como termina contundentemente nuestro economista, *“El éxito de las metas para el desarrollo del mundo depende de nuestra capacidad para llegar a las poblaciones más pobres y marginadas, que continúan siendo las más castigadas en términos de muerte y discapacidad en el planeta.”* (2)

Sin ese cambio drástico de orientación, los recursos serán desperdiciados y el número de muertes prevenibles y enfermedades tratables seguirá siendo cada vez más alto.

Los muy pobres o marginales de los países de ingresos bajos y medios son poco visibles.

Una gran parte de los trabajadores pobres de países de ingresos medios como el nuestro están empleados informalmente. Por ejemplo, en la Villa 31 de la ciudad de Buenos Aires, si bien el 80% estaba trabajando la semana previa a una encuesta, (3) a solo al 16% se les hacían descuentos para jubilación como trabajadores formales; además, 3 de cada 4 trabajadores tenían un salario inferior a \$4.400 y el 45% tenían trabajos temporales o casuales (changas); como resultado de estas condiciones, son fiscalmente invisibles, con cientos y miles viviendo en asentamientos precarios sin dirección oficial. “Para resolver el problema del alcance se requieren métodos que activamente conecten la provisión de servicios de salud a gente que de otra manera sería invisible y por lo tanto inalcanzable.” (1)

Si bien la disminución de la barrera financiera, como eliminar los honorarios a los usuarios para cualquier tipo de prestación adecuada, es el primer paso importante para la cobertura universal de salud, no es suficiente porque solo se dirige a un obstáculo al acceso de la salud.

La comunidad de la salud tiene que dirigirse a romper otras barreras adicionales a la atención de la salud, como la distancia geográfica, las diferencias culturales, las normas de género, la ciudadanía, los fundamentales determinantes sociales, y así muchas otras. Son necesarios métodos novedosos de manera que los servicios de salud vayan más allá, sorteando todas estas barreras.

Como manifiesta la OMS: “Extender el alcance, por lo tanto, no es un problema técnico que debe ser resuelto, sino también un problema político de redistribución de recursos.”

“La meta 3<sup>ra</sup> de los Objetivos de Desarrollo Sustentable es ‘asegurar vidas saludables y promover el bienestar para todos a todas las edades’... El respaldo de la cobertura universal de salud como uno de los Objetivos de Desarrollo Sustentable demuestra un compromiso con la igualdad, con el objetivo de asegurar a cada uno de los que necesitan servicios de salud que sean capaces de conseguirlos sin indebidas dificultades financieras.” (4)

No obstante, ya han pasado 38 años de la declaración preliminar de Alma-Ata de “salud para todos”, y entre la comunidad de los profesionales de la salud persiste la desilusión por el fracaso de integrar la perspectiva de la salud personal y la de la salud pública. Quizás se debió a que en lugar de alinear un enfoque de la salud pública de la comunidad local con los servi-

(\*) En negrita en el original.

cios de salud personal, a partir de Alma-Ata (1978) se dio prioridad a la utilización de programas verticales y a la atención personal de la salud, a expensas de la salud poblacional.

“La atención primaria orientada a la comunidad integra la atención individual y la basada en la población, combinando la destreza de los practicantes con la epidemiología, la medicina preventiva y la promoción de la salud. Para hacerlo así, hay que tratar de minimizar la separación entre salud pública y atención individual de la salud.”

Ha llegado “... el momento de integrar la atención personal de la salud y la salud pública, y organizar la atención primaria sobre los principios de atención de los individuos en el contexto de una población definida en el tiempo.” (5)

### LA BRECHA DE SALUD DEBIDO A LA DESIGUALDAD DE LOS DETERMINANTES SOCIALES

Michael Marmot cita la distopía de Aldous Huxley de un nuevo mundo en el que habría cinco castas, los Alfas, Betas, Gamas, Deltas y Épsilons, donde existiría un gradiente descendente de desarrollo físico e intelectual..., pero inducido por sustancias químicas introducidas subrepticamente a las tres órdenes descendentes inferiores y se les permitiría el desarrollo normal solo a Alfas y Betas. (6)

En nuestro mundo actual, ante el conocimiento de esta situación pavorosa habría un clamor generalizado y acciones inmediatas para eliminar la sustancia contaminante y permitir que todos los niños se desarrollen, no solamente los Alfas y Betas; todos querríamos parar tremenda injusticia.

Ahora haremos una larga cita del lúcido texto de Marmot, cuando dice: “Aunque, quizás no a propósito, toleramos un asunto público injusto semejante con aparentemente poco clamor de cambio. El contaminante es llamado desventaja social y tiene profundos efectos sobre el desarrollo de los cerebros y limita el desarrollo intelectual y social de los niños.

”Hay un claro gradiente social en el desarrollo intelectual, social y emocional; cuanto más alta es la posición social de las familias, más florecen los chicos y mejor es su puntaje en todas las mediciones del desarrollo. Esta estratificación en el desarrollo precoz del niño, de Alfa a Épsilon, surge de la desigualdad en las circunstancias sociales...”

”Este gradiente social, a su vez, tiene un profundo efecto en las oportunidades siguientes en la vida del niño. Vemos un gradiente social en el rendimiento en la escuela y la salud adolescente; un gradiente en la probabilidad de no tener a los 20 años empleo, educación o adiestramiento; un gradiente en condiciones de trabajo bajo tensión que dañan la salud mental y física; un gradiente en la calidad de la comunidad donde la gente vive y trabaja; en las condiciones sociales que afectan a la gente más vieja; y, central a mi preocupación, un gradiente social en la salud adulta. Un hilo

causal recorre estas etapas del curso de la vida desde la temprana niñez, a través de la vida adulta hasta las edades mayores y la desigualdad en la salud...”

Y prosigue: “... la injusticia social está matando a gran escala... Pero por cada niño que muere hay quizás 25 que no completan su desarrollo potencial...”

“... En países de ingresos bajos, medianos y altos, la mente es la entrada mayor a través de la cual las circunstancias sociales llevan a la desigualdad de salud. ¿La mente? El saber convencional enfocaría sobre causas más tangibles de la mala salud: pobres elecciones de estilo de vida o ausencia de acceso de atención de la salud. La ausencia de acceso a la atención de salud es, en todo respecto, no la causa de la mala salud, puede ser la causa de una gran cantidad de sufrimiento innecesario como consecuencia de la mala salud.

”El estilo de vida no saludable, fumar, alcohol, dieta y obesidad son el curso implicado en las enfermedades no transmisibles, junto a un camino con tensiones, pero debemos preguntarnos por qué estos estilos de vida no saludables siguen un creciente gradiente social. Tenemos que dirigirnos a las causas de las causas: las condiciones sociales que actúan a través del curso de la vida que afecta tanto a las exposiciones como a la conducta de la gente.” (6)

Consideremos un joven porteño típico viviendo en el barrio de Lugano o, peor, en la Villa 31, con una expectativa de vida que no debe alcanzar los 55 años, sujeto a abuso físico y sexual por los sucesivos compañeros de su madre, mudándose de casa en casa repetidas veces, entrando a la escuela con problemas de conducta, la cual lo lleva a la delincuencia, la violencia y por temporadas a la prisión. Es posible que los psiquiatras que lo evalúen digan que tiene un trastorno de personalidad, ansiedad, depresión y aun tendencias antisociales.

Aunque “es verdad que el tabaco, el alcohol, las drogas y una espantosa dieta, al lado de la liberal indulgencia en la violencia, son los mayores contribuyentes a su mala salud, pero la causa de las causas es su trágica historia de vida. Argumentar que este hombre joven es responsable por su propia pobre salud es ignorar la marca en él de sus circunstancias de vida.”

“... También cambia la cuestión moral. Nuestro ímpetu de culpar a los pobres por su irresponsabilidad en dar rienda suelta a conductas riesgosas que son malas para su salud se atemperarían conociendo que las desventajas sociales en la infancia pueden haber tenido una influencia permanente en la conducta adulta.” (6)

Si seguimos a Amartya Sen en el argumento de que la desventaja relativa con respecto al ingreso se traduce en desventajas absolutas en el poder y el control sobre su propia vida, podemos aceptar que no es lo que la persona tiene lo que es importante para la salud, sino lo que esa persona puede hacer con lo que tiene. (7)

Si vamos a los datos duros, en un metaanálisis de 9 estudios de cohorte y 19 estudios de corte transversal, la relación entre el “riesgo relativo” (RR) de mortalidad y la desigualdad de ingresos medida por el coeficiente de Gini mostraba una relación directa lineal; por cada 0,05

unidades de aumento en el coeficiente de Gini, el RR de mortalidad se incrementó a 1,08 (IC 95% 1,06-1,10) y el OR a 1,04 (IC 95% 1,02-1,06), respectivamente.

La metarregresión mostró una fuerte asociación entre la desigualdad y la mortalidad relativa luego del umbral de Gini de 0,30, con aumento continuo hasta aproximarse a un RR de 2,0 con un Gini de 0,65. También la metarregresión demuestra este efecto con datos de estudios posteriores a 1990, mostrando la mayor desigualdad económica de las últimas tres décadas, y con más larga duración de seguimiento (> 7 años). Por lo tanto, demuestra que hay que incorporar el retraso de tiempo entre que se produce la desigualdad de los ingresos y ocurre la mortalidad. (8)

Luego de este planteo inicial, intentemos sumergirnos en el significado de la atención primaria de la salud.

### HACIENDO REALIDAD LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD

Ante la fragmentación y la desigualdad en la atención de la salud, parece existir un amplio acuerdo en que la atención primaria es esencial en un sistema de salud planificado y eficaz. Debería estar “centrada en la persona con un enfoque basado en la población. La atención primaria, incluyendo los modelos de práctica de familia basados en grupos multidisciplinarios, puede servir como punto regular de entrada al sistema de atención de la salud, incluyendo la prevención de enfermedades y la promoción de la salud. La atención primaria ayuda a establecer y mantener una población saludable en forma equitativa y eficiente, y es esencial para lograr la cobertura universal de salud.” (9)

Debe mantener los elementos de un primer contacto accesible y equitativo.

**Accesible** quiere decir sin retraso en la atención de los enfermos y sin demoras cuando están esperando la atención. Porque como dicen los editores del *JAMA*, “Cuando el paciente es hecho esperar un tiempo largo para recibir atención de un médico u otro profesional de la salud, el mensaje implícito es claro: el tiempo del paciente es menos importante que el del clínico..., si un paciente tiene que esperar un tiempo largo cada vez que ve al doctor, hay un problema en el sistema.”

Porque en los Estados Unidos “..., en promedio, los americanos pasan 80 minutos en una clínica para recibir atención, durante los cuales solamente 20 minutos lo pasan en entrevista cara-a-cara con el médico.” (10) Sería interesante conocer qué pasa en nuestro país, que debe ser muchísimo peor.

**Equitativo** tampoco lo es en los Estados Unidos porque “... sin embargo, más preocupantes fueron otros hallazgos mayores: marcadas diferencias en el tiempo de espera para recibir atención. El tiempo en la clínica fue más prolongado para las minorías raciales y étnicas, los desocupados y aquellos con menor educación... las diferencias en oportunidad para obtener atención existen para las poblaciones de pacientes más vulnerables. Porque el estudio encontró que estos pacientes tam-

bién pasan un tiempo más largo viajando para recibir atención, su carga global para obtener atención es aún más grande...” (10) Lo mismo se produce de manera aún más grosera en la Argentina, con nuestro sistema fragmentado de salud.

**Continuidad** en el curso de la vida con una atención abarcadora, con **coordinación** de los especialistas, **orientada** a la familia y la comunidad y con **participación** de las personas, la familia y la comunidad; estos serían los elementos que la evidencia sugiere que hacen al éxito de los servicios de atención primaria.

Los gobiernos, tanto nacionales como provinciales y comunales, deberían tener la ambición de medir el progreso, si lo tienen, para suministrar atención primaria de la salud a la cual se dirigen los Objetivos del Desarrollo Sustentable.

“Como la interfase entre la comunidad el sistema de salud y otros sectores, la fuerza de trabajo de la atención primaria es razonablemente la columna vertebral del sistema completo de salud. La densidad, la distribución y el rendimiento de esta fuerza de trabajo, los cuales incluyen trabajadores comunitarios de la salud, enfermeras, parteras, médicos de familia y profesionales aliados de la salud, deberían ser analizados.

... Medir el progreso hacia la implementación de la atención primaria no es una tarea fácil, aunque es el broche para lograr la cobertura universal de la salud y es el pivote de los Objetivos de Desarrollo Sustentable.” (11)

Para poder lograr mayor inversión en la atención primaria de la salud que la que existe en el presente son necesarias las mediciones del gasto de la atención primaria como una proporción del gasto total de salud. (9)

La implementación de la atención primaria de la salud hará avanzar la igualdad en salud en todos los países, tantos ricos como pobres, y por ende promover el desarrollo humano, por el énfasis en la participación de la comunidad. (12)

La demanda del sistema de salud actual no tiene precedentes y será mayor en el futuro debido a que por aumento de la expectativa de vida se incrementaron las enfermedades degenerativas, como la demencia y la fragilidad física, y los avances de la medicina permiten vivir más a los pacientes, pero con múltiples y serias enfermedades crónicas.

Vamos a presentar las dificultades que enfrentan los países desarrollados actuales para implementar una atención primaria de la salud de calidad y satisfactoria para los pacientes, que podrían ayudarnos a nosotros a sortearlas, en un hipotético futuro desarrollo universal de la atención primaria de la salud en la Argentina.

Utilizaremos la publicación reciente de los hallazgos de la “*Commonwealth Fund International Health Policy. Survey of Primary Health Physicians*”, donde se comunicaron los resultados de una encuesta del año 2015 a médicos de atención primaria, por muestreos aleatorios con representación nacional (muestras entre un rango de 503 a 2.905 por país) en 10 países desarrollados (Australia, Canadá, Alemania, Holanda, Nueva

Zelanda, Noruega, Suecia, Reino Unido y Estados Unidos). (13) Sería muy importante compararlos con los resultados de una eventual encuesta similar que se realizara en nuestro país.

**Preparación para la atención de necesidades complejas:** Para pacientes con demencia, aquellos con necesidades de cuidados paliativos, o con necesidad de servicios a domicilio a largo plazo, la visión de los médicos de que estaban preparados para hacerlo era menor del 70% y en muchos países era menor del 50%.

Para pacientes con deterioro significativo de la salud mental o problemas relacionados con el uso de sustancias, menos de la mitad de los médicos estaban preparados y era peor en Suecia y en los Estados Unidos, donde solo lo estaba 1 de cada 6 médicos.

Es necesario adecuar la estructura del sistema y educar a los médicos para que funcione correctamente la atención de pacientes crónicos con múltiples y serias morbilidades.

**Acceso a la atención:** Todos los países (excepto Alemania) utilizan enfermeras o encargados de casos para ayudar a controlar y manejar la atención de pacientes con condiciones crónicas serias. La mayoría de los médicos holandeses e ingleses dicen que hacen visitas frecuentes a domicilio, en contraste con solamente el 6% de los médicos estadounidenses. Más de 2 de 3 tienen algún arreglo para que los pacientes se atiendan después de las horas programadas y evitar la consulta en una emergencia hospitalaria, excepto los Estados Unidos y Canadá.

Es evidente que se necesita contar con “trabajadores de la salud comunitarios”, entrenados y pagos de la propia población, para alcanzar en su domicilio a la población a cargo con intervenciones preventivas y de promoción de la salud.

Hay revisiones sistemáticas de la utilización de “trabajadores de la salud comunitarios” que suministran un rango de intervenciones preventivas para la salud materna y del niño en países de ingresos bajos y medios con alguna evidencia de estrategias efectivas, aunque aún insuficientes para sacar conclusiones definitivas para la mayoría de las intervenciones; son necesarias investigaciones adicionales para llegar a evidencias concluyentes. (14)

Para madres con depresión posparto se realizó un estudio aleatorizado por *cluster*, en el Pakistán rural, con 463 madres en el grupo que realizó intervención basada en la terapia cognitivo-conductual por trabajadores “comunitarios de la salud” con 3 días de adiestramiento y con supervisión grupal intensiva mensual, comparado con 443 madres en el grupo control que recibieron el mismo número de visitas por “trabajadores comunitarios de la salud” no adiestrados. El resultado fue impresionante: tenían el criterio de depresión mayor a los 6 meses el 23% de las madres con intervención y el 53% de las madres control OR 0,22 (IC 95% 0,14-0,36;  $p < 0,0001$ ), que se mantuvo igual a los 12 meses. (15) Además, los bebés de las madres en intervención se beneficiaron en muchos indicadores

(aumentaron la cobertura de vacunación, tuvieron menos episodios de diarrea, buena participación en las actividades de juego con ambos padres). (16)

**Coordinación de la atención y comunicación:** Significa cómo fue la devolución de los pacientes con informes escritos oportunos al médico de atención primaria. Cuando consultan a un especialista va de un rango de solo el 37% en Suecia hasta el 78% en Suiza. El informe de la internación al alta hospitalaria que implica mayor riesgo va desde un 68% en Holanda hasta tan bajo como 8% en Suecia, con resultados similares cuando se atienden en los departamentos de emergencia. Existe poca comunicación con los servicios de cuidado domiciliario y aun menor es la notificación de cambios de salud importantes en el hogar de los pacientes.

La brecha para coordinar la atención con los servicios sociales (como vivienda, alimentos y transporte) es muy importante; además, el 70% o más de los médicos de Australia y el Reino Unido dicen que es una carga difícil de resolver.

Todavía el valor de la coordinación y la comunicación del médico de atención primaria durante eventos agudos hospitalarios y situaciones crónicas, con la ayuda de los servicios sociales, deja mucho que desear en los países occidentales desarrollados y en el nuestro es prácticamente inexistente.

**Capacidad tecnológica en la atención de la salud:** Hay un desarrollo rápido pero desigual en la tecnología de la información de las historias clínicas. En algunos países es casi universal desde hace un tiempo, como en Australia, Holanda, Nueva Zelanda, Noruega, Suecia y el Reino Unido; por otro lado, en Canadá y en los Estados Unidos ha sido más baja y progresó en los últimos años a 73% y 84%, respectivamente.

Más desigual es aún en la funcionalidad de los avances electrónicos; por ejemplo, menos de 1 de cada 4 poseen *recordatorios* para realizar tareas de prevención o intervenciones, solamente predominan con 3 de cada 4 en el Reino Unido. Menos de la mitad de los médicos de Canadá, Australia, Alemania y los Estados Unidos son capaces de intercambiar resúmenes clínicos de los pacientes.

Tres de cada 4 médicos se manifiestan satisfechos o muy satisfechos con la historia clínica electrónica en Holanda, Alemania, Australia y el Reino Unido, pero esa satisfacción es a su vez de 1 de cada 2 en los Estados Unidos y 1 de cada 3 en Suecia.

**Satisfacción y visión del sistema de atención de salud:** No es muy optimista la visión que tienen los médicos de atención primaria del sistema de atención de la salud, ya que solamente alrededor del 20% están de acuerdo en que funciona bien y necesita cambios menores en los Estados Unidos, el Reino Unido, Alemania y Suecia; el país de más alta aprobación es Noruega, con el 67% de acuerdo. Es de hacer notar que cayó dramáticamente en el Reino Unido, de aproximadamente el 50% en 2012 a 22% en 2015.

La mayoría de los médicos de los diferentes países piensan que su sistema de salud funciona igual en los

últimos 3 años; pero 1 de cada 3 médicos en el Reino Unido, Suecia, Holanda, los Estados Unidos y Alemania piensa que funciona peor.

Pocos médicos de atención primaria están insatisfechos de cómo practican la medicina en seis países, pero en Alemania, el Reino Unido, los Estados Unidos y Suecia es más alta que los niveles promedio, llegando a 1 de cada 3 médicos, que son también los que están insatisfechos con el tiempo disponible para sus pacientes y con la carga administrativa relacionada con el seguro o los reclamos de pagos, que es visto como un punto importante de frustración.

En estos países desarrollados, una ínfima minoría de médicos de atención primaria no están satisfechos con sus ingresos, que es similar al de muchos especialistas.

Podemos concluir que en estos 10 países occidentales desarrollados un número sustancial de médicos de atención primaria están mucho menos que bien preparados para manejar la atención de pacientes con necesidades complejas. También, sus pacientes experimentan el desarrollo de diferentes brechas, necesitan tener acceso a una coordinación eficiente de la atención, que incluye no solo la salud, sino también la atención domiciliaria y los servicios sociales.

Además, los médicos están preocupados por la calidad de la atención, manifestando insatisfacción con diferentes aspectos de su práctica y muestran una adhesión ambivalente a sus sistemas de salud. (13)

Vamos discutir a continuación cómo interviene la atención primaria para cambiar favorablemente la salud, solo en dos fases típicas de la vida, en su inicio y en la madurez, en el control de las enfermedades crónicas.

### **CÓMO CAMBIAR LAS MARCAS EPIGENÉTICAS QUE CONDICIONAN UNA MALA SALUD DESDE ANTES DEL NACIMIENTO HASTA LA VIDA ADULTA**

El estudio Las Experiencias Adversas de la Niñez (*The Adverse Childhood Experiences*) concluyó que vivir en la pobreza, combinado con otros factores de riesgo, afecta la salud física y psicosocial de la persona desde la niñez hasta la edad adulta. Ese bajo nivel socioeconómico afecta al niño aun antes del nacimiento, ya que el niño por nacer está en riesgo por un embarazo anormal debido a la salud negativa de los padres.

Pero lo que es aún más sorprendente, incluso la(s) siguiente(s) generación(es) experimentan las mismas consecuencias que sufrieron sus padres, aunque las condiciones ya sean distintas. Todos ellos parecen atrapados en un círculo difícil de salir. (17)

¿Cómo se transmiten esos rasgos, si conocemos que la secuencia hereditaria de ADN es imperturbable a las condiciones del medio ambiente? El *epigenoma*, al contrario del ADN, es susceptible a las modificaciones de su entorno, así como a las perturbaciones aleatorias con el tiempo; estas características añaden diversidad *fenotípica* a la población.

La interacción entre genes, medio ambiente, epigenética y enfermedades es complicada y aún está

escasamente entendida. Pero sí se conoce, por modelos en animales y estudios en humanos, que hay múltiples tipos de cambios del entorno que modifican las marcas epigenéticas, debido, por ejemplo, a la metilación del ADN, que ciertamente regula la expresión del gen y en consecuencia cómo y cuándo el código genético se traduce en acción biológica.

El ejemplo clásico es OverKalix en Noruega, que mostró que los niños cuyos abuelos habían experimentado la hambruna antes de la pubertad tenían una expectativa de vida menor dos generaciones después. Porque esos abuelos, que estuvieron expuestos en el útero a la hambruna durante el primer trimestre, muestran cambios en la metilación del ADN, en los genes asociados con el peso al nacer y el colesterol de lipoproteínas de baja densidad. (18)

Un análisis a escala del genoma de la metilación diferencial del ADN en sangre total después de la exposición en la concepción a la hambruna, durante el Invierno de Hambre de Holanda, demostró que las regiones de las metilaciones diferenciales prenatales son en forma preferencial las regiones que regulan el crecimiento y el metabolismo, asociados con el peso al nacer y el C-LDL sérico.

La modulación epigenética por la senda de la mala nutrición prenatal debe promover un fenotipo metabólico adverso que se manifiesta más tarde en la vida. (19)

Se conoce también que el ejercicio está fuertemente relacionado con cambios en la metilación del ADN. Estos hallazgos sugieren que el *epigenoma* es sumamente dinámico y además relevante en el riesgo de producir enfermedad cardiovascular.

¿Se pueden cambiar estas condiciones iniciales? En los Estados Unidos, David Olds ha desarrollado una interacción que se centra en las familias de riesgo alto, que llamó "Asociación Enfermera-Familia" (*Nurse Family Partnership*). Hasta ahora, es una de las pocas intervenciones basadas en evidencias para la prevención de trastornos disruptivos y abuso de menores.

En Holanda se realizó el estudio aleatorizado y controlado VoorZorg para la prevención primaria del abuso de menores en embarazadas de alto riesgo social, menores de 26 años, durante su primer embarazo. Otros objetivos eran mejorar la salud de la madre durante el embarazo (rápido tratamiento, disminuir el consumo de cigarrillos, etc.), mejorar el desarrollo y la salud del niño, ayudando a los padres a adquirir más capacidad en la atención de sus hijos y mejorar el desarrollo personal de la propia madre.

En el grupo activo (n = 237), además de la atención de salud universal brindada por el Estado como en el grupo control (n = 223), enfermeras especialmente adiestradas realizaban 10 visitas (de 1 a 1,5 horas) durante el embarazo, 20 durante el primer año de vida y otras 20 en el segundo. (20)

El estudio demuestra que a los 3 años del nacimiento el punto final de comunicación de maltrato al servicio de protección de la niñez fue del 19% en el grupo control y del 11% en el grupo intervención, con

una reducción (RR 0,58) significativa ( $p = 0,04$ ). También mejoró significativamente el puntaje que evalúa el entorno del hogar, al igual que la internalización de la conducta (por asimilación inconsciente) en los niños.

El mismo grupo publica que la intervención activa del estudio VoorZong, comparado con el cuidado usual en Holanda, fue efectiva en reducir la “violencia de pareja” en el embarazo, con más de dos formas de violencia de cuatro medidas (agresión psicológica, ataque físico, coerción sexual, lesiones), en el grupo control 31% y en el grupo intervención 19% (OR 0,49; IC 95% 0,20-0,58), y de manera similar a los 2 años del nacimiento (36% vs. 23%, respectivamente). (21)

Es evidente que las visitas frecuentes y prolongadas de enfermeras adiestradas en el hogar, colaborando con los padres para estructurar cambios de conducta, educar para la salud, discutir con la madre sus preguntas, ansiedades y miedos, aumentando su autosuficiencia y comprometiendo una red social de apoyo, dan resultados favorables para esas familias desprotegidas.

#### **ATACANDO LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES CRÓNICAS CON LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD COMUNITARIA**

La gente sigue pensando, también muchos de los médicos, que la atención primaria está limitada a solo la oportunidad para el hallazgo de casos (en los programas orientados por la enfermedad), pero pasan por alto que es una fuente de atención comprehensiva, integral y que coordina la atención para *todos* los problemas de salud y a su vez tiene la función de comprometer a los individuos, la familia y la comunidad en su propia atención. Solo así la atención primaria asegura un valor agregado real a la atención de la salud y a la salud de la gente.

“La atención primaria integrada es esencial para atacar las enfermedades no transmisibles (ENT) crónicas. Las condiciones crónicas, mucho más que las enfermedades infecciosas, están influidas por la percepción y la conducta del paciente.

”El manejo efectivo de las ENT requerirá un cambio de la atención orientada al problema a la atención orientada por el objetivo. El manejo a largo plazo de las enfermedades crónicas requiere más que ‘acceso permisible a drogas esenciales a la atención primaria de la salud’. Requiere dar poder a los pacientes, reducir las barreras de estilo de vida saludables y atención que refleje los valores de los pacientes como individuos. Hay evidencia consistente de la efectividad de la atención primaria en la reducción de los ingresos hospitalarios relacionados con ENT; la multimorbilidad entre aquellos con ENT ha mostrado que es mejor atacada con la atención primaria de la salud.” (22)

¿Cuál sería la mejor respuesta posible al desafío que plantea el incremento en las ENT? Sin duda, es promover una atención centrada en la gente por medio de inversión en la atención primaria con un enfoque

integrado, incluyendo un número suficiente de profesionales de la salud bien adiestrados.

Como dicen Walley y colaboradores: “La experiencia ha demostrado la necesidad de cambiar de educación de la salud (provisión de información) a promoción de la salud (transformación de actitudes y conductas), darle poder a la gente para tener un papel más activo en su salud.” (23)

Para las condiciones y enfermedades crónicas más prevalentes existen intervenciones costo-efectivas en atención primaria de la salud; por ejemplo: (24)

**Control del tabaco:** En la prevención primaria es asegurar que todos los pacientes adultos sean interrogados brevemente acerca de sus hábitos con el tabaco, todos los que utilicen el tabaco sean reiteradamente aconsejados en dejarlo y poder ofrecerles seguimiento adecuado por servicios de ayuda de cesación (telefónico, internet, presencial en grupos, etc.) y un amplio acceso a la terapia de reemplazo con nicotina.

**Promoción de la salud:** Existe evidencia de que las advertencias y los consejos para reducir la grasa de la dieta, incrementar el ejercicio y dejar de fumar pueden funcionar.

**Intervención farmacológica en riesgo de enfermedad cardiovascular:** Con un régimen de varias drogas (estatinas, hipotensores) o combinados en una píldora tendría probablemente costo-efectividad en países de ingresos medios y bajos. (25)

Los individuos que serían adecuados para la utilización preventiva con drogas pueden ser fácilmente identificados por los factores de riesgo presentes en la entrevista clínica: pequeña historia del consumo de tabaco y alcohol, peso (IMC) y circunferencia de la cintura, presión arterial e historia de enfermedad cardiovascular en la familia, sin la necesidad de la medición del colesterol en plasma.

**Prevención de diabetes:** Impedir la progresión de la tolerancia alterada a la glucosa con intervenciones, ejercicio y tratamiento con metformina es altamente efectiva; y el número necesario a tratar con una u otra intervención para prevenir 1 caso de diabetes sería de 7.

**Tratamiento de trastornos mentales:** Hay una robusta evidencia internacional sobre la eficacia y la costo-efectividad de la terapéutica farmacológica y psicológica (p. ej., con la terapia cognitivo-conductual y terapia interpersonal) para las enfermedades mentales más comunes y también en la utilización peligrosa del alcohol en el escenario de la atención primaria de la salud, realizada tanto por médicos como por enfermeras con intervenciones breves o entrevista motivacional.

Como la brecha de la necesidad de tratamiento es grande, el entrenamiento de trabajadores comunitarios de la salud, con apoyo y derivación, en ciertas circunstancias, a tratamiento específico sería se suma utilidad.

#### **Prevención y el tratamiento de las enfermedades crónicas en la atención primaria de la salud**

**Ventajas:** Son varias: la relativa proximidad de los efectores a las viviendas de los pacientes reduce el

tiempo y el costo del viaje; el conocimiento del paciente individual, familias y comunidad local por los trabajadores de atención primaria, que además permite la colaboración para diseñar las medidas de promoción de la salud; la posibilidad de atención de una población definida hace que la cobertura, el seguimiento y el control sean más fáciles, y una mayor continuidad de la atención, incluyendo las comorbilidades.

**Desventajas:** Para poder materializar las ventajas anteriores, la fuerza de trabajo primero debe ser suficiente; además, es necesario que se encuentre debidamente adiestrada y con educación y supervisión permanente en servicio, con ingresos similares o mayores que el de un especialista, con una alta moral de servicio y, por supuesto, no deben faltar los estudios complementarios y fundamentalmente que cada paciente reciba sin cargo la droga que necesita.

**Suministro de fármacos:** En la actualidad, hasta el 90% de las poblaciones de ingresos bajos compran las medicinas (que constituyen del 20% hasta el 60% del gasto en salud) pagando de su bolsillo –en la Argentina existe un paliativo parcial con el plan Remediar–, constituyéndose así en el ítem de gasto más grande de los hogares después del alimento. (26)

El estudio publicado por Rasha Khatib y colaboradores (27) es parte del estudio PURE, una encuesta epidemiológica prospectiva realizada en 18 países de cinco continentes. El PURE demuestra que la prevención secundaria cardiovascular no está disponible ni es permisible en muchas comunidades del mundo, ya que las cuatro medicinas cardiovasculares indicadas para la prevención secundaria (aspirina, betabloqueantes, IECA y estatinas) no están potencialmente permisibles en solamente menos del 1% de los hogares de países de ingresos altos estudiados, y escala progresivamente al 25% de los hogares de los países de ingresos medios-altos, 33% de las viviendas de los países de ingresos medios-bajos y 60% de los hogares de los países de ingresos bajos.

Estos hallazgos implican que si queremos detener la epidemia de enfermedades cardiovasculares son de suma importancia las políticas de cobertura universal de la salud, que no implique gastos para la población, movilizándolo los recursos del Estado y una fuerza de trabajo de atención primaria de la salud con orientación hacia la comunidad, llegando con medicamentos efectivos a las poblaciones con ingresos bajos y medios.

## CONCLUSIONES

Las enfermedades no transmisibles crónicas se están transformando cada vez más en las causas líderes de muerte e invalidez en todo el mundo. Sin embargo, muchos países no desarrollados de ingresos bajos y medianos, y también los sectores sociales de ingresos bajos en los países desarrollados, siguen enfrentando una alta carga de enfermedades infecciosas y continúan siendo prioritarias la salud materna y del recién nacido, la salud de los niños y el planeamiento familiar.

Aun en esos países y sectores hay también una necesidad creciente de manejar las enfermedades no transmisibles crónicas, por lo cual es esencial alcanzar una alta cobertura en la población rural y urbana sin servicios, siendo la prueba real de la justicia social y de la igualdad de oportunidades.

El manejo de las enfermedades crónicas en la atención primaria de la salud es fundamentalmente diferente de la atención aguda. Necesita una organización que sostenga la continuidad del cuidado, personal adiestrado suficiente y bien remunerado, amplia disposición de drogas y una la ética donde el desarrollo y el mejoramiento del otro implican también el mejoramiento y el desarrollo personal del agente de salud.

Para que la atención primaria de la salud comunitaria sea efectiva, debe ser complementada por políticas públicas con capacidad, ante el *marketing* de las grandes empresas multinacionales, de ir extinguiendo la utilización del tabaco, la dieta insalubre que produce obesidad, diabetes y enfermedad cardiovascular y el consumo excesivo de sal.

Y hacer por fin realidad un mundo con *salud para todos*, aplicando a la atención primaria de la salud la máxima artiguista, enunciada durante la primera reforma agraria de América: “*Que los más infelices sean los más privilegiados*”.

Hernán C. Doval<sup>MTSAC</sup>

Director de la Revista Argentina de Cardiología

## BIBLIOGRAFÍA

1. Wong J. Achieving universal coverage. Bull World Health Organ 2015;93:663-4. <http://doi.org/bb3n>
2. Kenneth Arrow. “La salud es un valor ético y económico”. Diario Clarín, 3 de enero de 2016.
3. Datos propios preliminares no publicados de una encuesta de salud en la Villa 31.
4. Hosseinpoor AR, Bergen N, Magar V. Monitoring inequality: an emerging priority for health post-2015. Bull World Health Organ 2015;93:591-591A. <http://doi.org/bb3p>
5. Van Weel C, De Maeseneer J, Roberts R. Integration of personal and community health care. Lancet 2008;372:871-2. <http://doi.org/dd8fg7>
6. Marmot M. The health gap: the challenge of an unequal world. Lancet 2015;386:2442-4. <http://doi.org/bb3q>
7. Sen A. Inequality reexamined. Oxford University Press; 1992.
8. Kondo N. Socioeconomic disparities and health: Impacts and pathways. J Epidemiol 2012;22:2-6. <http://doi.org/brkm62>
9. Kidd MR, Anderson MIP, Obazee EM, Prasad PN, Pettigrew LM. The need for global primary care development indicators. Lancet 2015;386:737. <http://doi.org/f3jbbz>
10. Ross JS, Katz MH. Editor’s note. No time to wait. JAMA Intern Med 2015;175:1986. <http://doi.org/bb3r>
11. Pettigrew LM, De Maeseneer J, Anderson MIP, Essuman A, Kidd MR, Haines A. Primary health care and sustainable development goals. Lancet 2015;386:2119-20. <http://doi.org/bb3s>
12. Walley J, Lawn JE, Tinker A, de Francisco A, Chopra M, Rudan I. Primary health care: making Alma-Ata a reality. Lancet 2008;372:1001-7. <http://doi.org/dzt43s>
13. Osborn R, Moulds D, Schneider EC, Doty MM, Squires D, Sarnak DO. Primary care physicians in ten countries report challenges caring for patients with complex health needs. Health Affairs 2015;12:2104-112. <http://doi.org/bb3t>

14. Gilmore B, McAuliffe E. Effectiveness of community health workers delivering preventive interventions for maternal and child health in low- and middle-income countries: a systematic review. *BMC Public Health* 2013;13:847. <http://doi.org/bb3v>
15. Rahman A, Malik A, Sikander S, Roberts C y Creed F. Cognitive behaviour therapy-based intervention by community health workers for mothers with depression and their infants in rural Pakistan: a cluster-randomised controlled trial. *Lancet* 2008;372:902-9. <http://doi.org/fsjx85>
16. Patel V, Kirkwood B. Perinatal depression treated by community health workers. *Lancet* 2008;372:868-9. <http://doi.org/dvhzq9>
17. Felliti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson PF, Spitz AM, Edwards V, et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction in many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American J Prev Med* 1998;14:245-8. <http://doi.org/btqcfc>
18. Feinberg AP, Falling MD. Epigenetics at the crossroads of genes and environment. *JAMA* 2015;314:1129-30. <http://doi.org/bb3x>
19. Tobi EW, Goeman JJ, Monajemi R, Gu H, Putter H, Zhang Y, et al. DNA methylation signatures link prenatal famine exposure to growth and metabolism. *Nature Communications*; 2014. <http://doi.org/bb3z>
20. Mejdoubi J, van den Heijkant S, van Leerdam FJM, Heymans MN, Crijnen A, Hirasing RA. The effect of VoorZorg, the Dutch Nurse-Family Partnership, in child maltreatment and development: a randomized controlled trial. *PlosOne* 2015;10(4):e120182. <http://doi.org/bb32>
21. Mejdoubi J, van den Heijkant S, van Leerdam FJM, Heymans MN, Crijnen A, Hirasing RA. Effect of nurse home visits vs. usual care on reducing intimate partner violence in young high-risk pregnant women: a randomized controlled trial. *PlosOne* 2013;8:10|e78186.
22. De Maeseneer J, Roberts RG, Demarzo M, Heath I, Sewankambo N, Kidd MR, et al. Tackling NCDs: a different approach is needed. *Lancet* 2012;379:1860-1. <http://doi.org/fqm9kk>
23. Walley J, Lawn JE, Tinker A, de Francisco A, Chopra M, Rudan I, et al. Primary health care: making Alma-Ata a reality. *Lancet* 2008;372:1001-7. <http://doi.org/dzt43s>
24. Beaglehole R, Epping-Jordan JA, Patel V, Chopra M, Ebrahim S, Ebrahim S, et al. Improving the prevention and management of chronic disease in low-income and middle-income countries: a priority for primary health care. *Lancet* 2008;372:940-9. <http://doi.org/c4c4vg>
25. Gaziano TA, Opie LH, Weinstein MC. Cardiovascular disease prevention with a multidrug regimen in the developing world: a cost-effectiveness analysis. *Lancet* 2006;368:679-86. <http://doi.org/ft87vf>
26. Niessen LW, Khan JAM. Universal access to medicines. *Lancet* 2016;387:9-11. <http://doi.org/bb34>
27. Khatib R, McKee M, Shannon H, et al, on behalf of the PURE Study Investigators. Availability and affordability of cardiovascular disease medicines and their effect on use in high-incomes, middle-incomes, and low-incomes countries: an analysis of the PURE study data. *Lancet* 2015; Oct 20:[Epub ahead of print].