

Impacto de un Programa de Capacitación en la práctica profesional de médicos del Primer Nivel de Atención. El caso del Programa en Terapéutica Racional en Atención Primaria de la Salud. Programa Remediar. Ministerio de Salud.

Fernández Prieto, Anabel; Rezzonico, Guadalupe; Cerezo, Leticia; Gaglio, Romina; Galli, Amanda; Gil, Analía; Gonzalez y Liliana.

Cita:

Fernández Prieto, Anabel; Rezzonico, Guadalupe; Cerezo, Leticia; Gaglio, Romina; Galli, Amanda; Gil, Analía; Gonzalez y Liliana (2014). *Impacto de un Programa de Capacitación en la práctica profesional de médicos del Primer Nivel de Atención. El caso del Programa en Terapéutica Racional en Atención Primaria de la Salud. Programa Remediar. Ministerio de Salud. VIII Jornadas de Sociología de la UNLP. Departamento de Sociología de la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, La Plata.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-099/250>

Impacto de un Programa de Capacitación en la práctica profesional de médicos del Primer Nivel de Atención. El caso del Programa en Terapéutica Racional en Atención Primaria de la Salud. Programa Remediar. Ministerio de Salud.

Autores:

- Lic. Anabel Fernández Prieto – Programa Remediar – Unidad de Seguimiento y Evaluación afernandez@remediar.msal.gob.ar
- Lic. Guadalupe Rezzonico – Programa Remediar – Unidad de Seguimiento y Evaluación grezzonico@remediar.msal.gob.ar
- Lic. Leticia Cerezo – Programa Remediar – Unidad de Seguimiento y Evaluación lcerezo@remediar.msal.gob.ar
- Lic. Amanda Galli - amandaelisagalli@gmail.com
- Med. Romina Gaglio - Programa Remediar – Unidad de URM – rgaglio@remediar.msal.gob.ar
- Med. Analía Gil - Programa Remediar – Unidad de URM – agil@remediar.msal.gob.ar
- Med. Liliana González - Programa Remediar – Unidad de URM – lgonzalez@remediar.msal.gob.ar

RESUMEN

El Ministerio de Salud, a través del Programa Remediar y con la participación de 24 Facultades de Medicina, implementa un Programa de Capacitación en Terapéutica Racional de Atención Primaria de la Salud (TRAPS) destinado a médicos/as que se desempeñan en el primer nivel de atención (PNA). En el Curso sobre Riesgo Cardiovascular Global (RCVG) se promueve la utilización de la Guía de la OMS adaptada para Argentina para la estimación del riesgo.

Objetivo. Presentar los resultados de un estudio cualitativo que indaga, entre los profesionales que habían asistido al curso, el conocimiento y la utilización de la Guía.

Material y Método. Entrevistas en profundidad semiestructuradas a través de las cuales se exploran dimensiones tales como la relación médico paciente, el abordaje

de personas con riesgo cardiovascular y los factores institucionales que intervienen en el proceso de atención.

Los profesionales sostienen que la capacitación recibida impactó en la práctica clínica y que el uso de la Guía simplifica y mejora el tratamiento de personas con factores de riesgo otorgándoles seguridad y reduciendo la variabilidad en la práctica clínica. También señalaron que el uso de la Guía facilita la comunicación y contribuye a que el paciente se involucre en su propio tratamiento.

Conclusiones. El Curso motivó a los profesionales en el uso de la Guía en su práctica clínica cotidiana. No obstante, se identificaron matices en la utilización de la herramienta. En este sentido, la utilización de la Guía también puede verse incentivada u obstaculizada por factores que van más allá de la capacitación, entre los que se destacan los factores institucionales. Sería conveniente ampliar el estudio incluyendo profesionales de otras jurisdicciones.

Introducción

La Argentina, se encuentra atravesando un proceso de transición epidemiológica, en el que las enfermedades crónicas no transmisibles constituyen la principal causa de carga enfermedad (Borrue, 2010). Las enfermedades cardiovasculares se encuentran entre las principales causas de muerte que generan más años de vida perdidos por muerte prematura (AVPMP), explicando el 22.2% de los AVPMP en los varones y el 22.8 % en las mujeres (Borrue, 2010).

La estimación del Riesgo Cardiovascular Global y el correcto seguimiento de las personas con factores de riesgo constituye una intervención que tiene como propósito disminuir la morbilidad cardiovascular y, promover hábitos de vida saludables que contribuyan a disminuir los factores de riesgo.

No obstante, estimar el Riesgo Cardiovascular Global (RCVG) no es una tarea de fácil implementación en la práctica clínica habitual en los servicios de salud. Una investigación cualitativa entre equipos de salud realizada por el Programa Nacional de Prevención y Control de Enfermedades Cardiovasculares del Ministerio de Salud (Ferrantes, *et.al*, 2010) identificó un conjunto de barreras en la prevención de la enfermedad cardiovascular y en la correspondiente implementación de guías de tratamiento en el Primer Nivel de Atención (PNA).

Grol y Grimshaw (2003) refieren que los obstáculos para generar cambios en las prácticas de salud pueden surgir de los diferentes agentes del sistema de salud: los pacientes, los profesionales de la salud, el equipo de salud, el establecimiento de salud o bien el contexto de éstos.

En este contexto y teniendo en cuenta las barreras antes identificadas en el tratamiento de enfermedades cardiovasculares en el PNA, una de las estrategias propuestas por el Ministerio de Salud de la Nación Argentina (MSAL) son las capacitaciones en la temática. Así, a través del Programa Remediar se implementa, desde 2010, un Programa de Capacitación en Terapéutica Racional de Atención Primaria de la Salud (TRAPS) cuyo propósito es promover un enfoque racional del tratamiento de los problemas de salud prevalentes en el PNA. Estos cursos son dictados por equipos docentes de 24 Facultades de Medicina de manera simultánea en el marco de un Convenio entre el MSAL, la Asociación de Facultades de Medicina la República Argentina (AFACIMERA) y la UBA (Universidad de Buenos Aires). En el año 2013 se desarrolló un Curso de Estimación de Riesgo Cardiovascular Global (Curso ERCVG) destinado a profesionales médicos que se desempeñaban en Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) que conformaban la Red de Servicios de Salud a fortalecer a través del Programa Redes. El objetivo principal del curso fue proveer a los médicos de estrategias para la correcta clasificación y seguimiento de las personas con Riesgo Cardiovascular Global moderado, alto y muy alto¹.

Conocer las percepciones que los profesionales tienen sobre las Guías de Práctica Clínica (GPC) a nivel local es una de las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud para fortalecer los sistemas de salud (Sánchez, et al, 2009). Algunas GPC presentan mejor adherencia en la práctica que otras, diferencias que pueden ser causadas por la temática abordada: el cumplimiento de las GPC para tratamiento de enfermedades agudas tiene mayor adherencia que entre las enfermedades crónicas (Grol, *et al*, 2003). Con la implementación del Curso ha sido de interés de Remediar realizar una evaluación de la capacitación. Su objetivo² fue explorar acerca de los factores identificados como intervinientes en la práctica clínica que facilitan o condicionan llevar adelante las intervenciones médicas en los pacientes con Riesgo Cardiovascular por parte de los médicos que llevaron adelante el Curso ERCVG.

¹ Para el desarrollo de los contenidos de este curso y la resolución de los ejercicios se utiliza la Guía de Bolsillo para la estimación y el manejo del riesgo cardiovascular de la OMS adaptada para la Republica Argentina por la Dirección de Promoción y Protección de la Salud del Ministerio de Salud de la Nación.

² Esta evaluación contaba también con el objetivo de identificar variaciones en el conocimiento y en la implementación de los procesos de clasificación y tratamiento de los pacientes según RCVG en la práctica cotidiana de los profesionales que se desempeñan en CAPS de la RED. Este ha sido abordado a partir de una estrategia cuantitativa. Su correspondiente análisis se encuentra en proceso de elaboración para su publicación.

Entendemos a la evaluación como una instancia que contribuye al diseño y gestión de las políticas públicas en tanto que permite indagar respecto de los obstáculos emergentes y las posibles mejoras y/o correcciones en la intervención (Niremberg, 2010). Así, la evaluación consiste en una práctica de construcción, análisis y comunicación de información útil para mejorar algunos aspectos referidos a la definición e implementación de políticas públicas (Paula Amaya, 2010).

Material y Método

El abordaje de esta investigación ha sido cualitativo y exploratorio. Patton (2001 en Mahtani – Chugani y Sanz Álvarez, 2008) refiere que los métodos cualitativos se utilizan frecuentemente en la evaluación en tanto permiten referir qué ocurrió, cuándo y cuáles fueron las consecuencias de una política pública.

La técnica de recolección de datos fueron las entrevistas en profundidad, semiestructuradas. El criterio de selección de los entrevistados fue desempeñarse en CAPS que reciban medicamentos Remediar, que forman parte del Proyecto Provincial de Fortalecimiento de Redes de Servicios de Salud (PPFRSS) y hubieran realizado el Curso en ERCVG. Los CAPS pertenecen a las provincias de La Rioja³ y Catamarca⁴. La selección de estas jurisdicciones refirió a la coincidencia en el inicio de sus respectivos PPRSS, contando ambas Redes con más de dos años de implementación. En el presente artículo, a los fines de garantizar el anonimato de las provincias, nos referiremos a las mismas como Grupo 1 y Grupo 2. Por cada provincia se entrevistaron cinco médicos. El periodo de trabajo de campo abarcó de septiembre a diciembre de 2013.

Se diseñó una guía de pautas para la realización de las entrevistas que recorría dimensiones vinculadas a la atención de personas con patologías crónicas, la utilización de la Guía de ERCVG, las valoraciones de los entrevistados respecto del Curso ERCVG y sus implicancias en la práctica clínica y sus percepciones respecto de la organización del CAPS para el tratamiento de personas con Riesgo Cardiovascular Global.

Resultados

³ La Rioja cuenta con 87 CAPS en el total de la provincia de los cuales 21 se encuentran implementado el PPRSS, dentro de la Ciudad Capital de la provincia. 18 de éstos efectores, cuentan con profesionales capacitados por el Curso ERCVG.

⁴ La Provincia de Catamarca cuenta 107 efectores, de los cuales 56 integran la Red de Servicios de Salud en la que se implementa el PPRSS, dentro de la capital provincial. De estos 56 efectores, 12 tenían profesionales que estaban realizaron el Curso ERCVG.

Tabla 1: Caracterización de los profesionales entrevistados.

Grupo	Localidad	Edad	Sexo	Especialidad	Año en que completó la especialidad*	Tiempo en el CAPS	Duración de la Entrevista (minutos)
Grupo 1	Capital provincial	38	F	Medicina Familiar y Endocrinología	2005	7 años	35:00:00
Grupo 1	Capital provincial	46	M	Medicina Familiar	2010	6 años	26:00:00
Grupo 1	Capital provincial	44	F	Medicina Familiar y Endocrinología	2003	6 años	20:00
Grupo 1	Capital provincial	46	M	Medicina Familiar	1994	12 años	23:00
Grupo 1	Capital provincial	NS/NC	M	Medicina Familiar	2013	3 años	27:00:00
Grupo 2	Capital provincial	47	F	Medicina Familiar	2000	1 año	41:00:00
Grupo 2	Capital provincial	40	F	Medicina General	2005	7 años	29:00:00
Grupo 2	Capital provincial	38	F	Medicina General	1996	15 años	17:00
Grupo 2	Capital provincial	41	F	Medicina General	2009	1 año	20:00
Grupo 2	Capital provincial	31	F	Medicina General - Medicina Familiar - Medicina Laboral	2008	4 años	58:00:00

* Si tiene más de una especialidad se informa el año de la primera especialidad que completó.

La mayoría de las personas entrevistadas refirieron que el uso de la Guía para la ERCVG simplifica y mejora el abordaje de personas con factores de riesgo. También señalaron que el uso de la Guía facilita la comunicación y contribuye a que el paciente se involucre en su propio tratamiento. En relación a las percepciones respecto de la organización del CAPS para el tratamiento de personas con Riesgo Cardiovascular Global, refirieron que el trabajo en equipo es un aspecto muy valorado. Asimismo, se observaron implicancias de la capacitación en la práctica clínica respecto de la ERCVG. a pesar de estos a estos aspectos compartidos, se identificaron algunos matices. En este sentido, la utilización de la Guía también puede verse incentivada o bien obstaculizada por factores que van más allá de la capacitación, tales como factores institucionales o motivacionales.

Atención de personas con patologías crónicas: conocimiento y utilización de la Guía de Estimación del Riesgo Cardiovascular Global

La estimación y clasificación de las personas por Riesgo Cardiovascular Global es un proceso que requiere un cambio de hábito en la práctica profesional, así como también de cierta “adaptación” en la dinámica de trabajo de los CAPS.

Profundizando acerca del conocimiento de estrategias para estimar el Riesgo Cardiovascular de los pacientes, se les solicitó a los médicos entrevistados que mencionaran de manera espontánea aquellas herramientas que utilizaban para el abordaje habitual de personas con

factores de riesgo cardiovascular. La mención espontánea resulta fundamental ya que indica que el uso de la misma se encuentra interiorizado en la práctica de la asistencia diaria. En el Grupo 1, se identifica solo un entrevistado que menciona espontáneamente el uso de la Guía de Estimación del RCVG, mientras que la totalidad de los participantes del Grupo 2 mencionaron espontáneamente la Guía.

A partir de la indagación guiada sobre la Estimación por RCVG como método para la estimación del nivel de riesgo cardiovascular, ésta fue valorada positivamente en ambos grupos en tanto que simplifica el seguimiento de las personas con factores de riesgo cardiovascular, permitiéndolo asignar un nivel de riesgo por individuo y, su consecuente tratamiento, en caso de ser necesario. Ésto les proporciona a los médicos entrevistados mayor seguridad respecto de sus decisiones terapéuticas.

En ambos grupos de entrevistados, los médicos destacaron que el uso de la Guía de ERCVG: i. contribuye al involucramiento de los pacientes con su propio tratamiento en tanto posibilita que los mismos amplíen el conocimiento de sus factores de riesgo (sobre todo a partir del recurso gráfico de la “tabla”), acrecentando su comprensión y compromiso; y ii. mejora la relación médico-paciente al permitir entablar una comunicación más fluida. Sin embargo, destacaron que este intercambio comunicacional no se encuentra exento de dificultades, puede resultar un “arte trabajoso” que demanda tiempo y esfuerzo.

“Por ejemplo, tenía un caso de un chico de 40 años que no quería usar la insulina nada, un rebelde, gordo, asmático, hipertenso. No le faltaba nada. El iba y venía, rebelde, de lo que yo le daba, elegía lo que quería él y hacía cualquier cosa... entonces cada vez que venía se le hablaba: - ‘Ponete las pilas’ y al final hoy por hoy viene todos los meses y a veces de más, está con insulina y respetando todo. A veces me llora: ‘Eh sacame algo que ya estoy re podrido. Pero ese fue un trabajo para que venga y cumpla” (Grupo 1).

Los médicos entrevistados de ambos grupos relacionaron el uso de la Guía para la ERCVG con el Curso de TRAPS. Cabe destacar que, según lo referido por los entrevistados del Grupo 2, el acto de clasificación por Riesgo Cardiovascular Global se realizaba en todos los pacientes mayores de 20 años y, volcándose en la historia clínica (salvo un caso que dice utilizarla a partir de los 40 años). En el caso de los médicos del Grupo 1 se prioriza el uso de la Guía ERCVG sólo en los pacientes que se presumen podría tener riesgo cardiovascular elevado *per se*, es decir hipertensos y diabéticos o personas con patologías crónicas

declaradas. De allí que es posible afirmar que su uso no se encuentra generalizado a todas las personas adultas que se presentan a la consulta⁵:

“En todos no la uso: diabético, fumador, cardiópata, o hipertenso, en esos casos, la uso mucho, inclusive en el sector privado.” (Grupo 1)

“La utilizo en la mayoría de los pacientes que vienen hipertensos o son diabéticos, que pertenecen a esos grupos de riesgo.” (Grupo 1)

En términos de la práctica médica, los profesionales valoraron el hecho de que la ERCVG les permite llevar adelante protocolos de atención claros, simplificados y seguros. El uso de la Guía de ERCVG favorece el ordenamiento de los pasos a cumplir y el seguimiento de tratamientos de acuerdo al protocolo. En palabras de los entrevistados:

“Empecé a usar la Guía porque hay muchas cosas que se te van cuando vos estás ahí con el paciente, en cambio la Guía es una cosa que vos vas haciendo ahí, paso a paso y sabés que las cosas importantes no se te van a pasar.” (Grupo 1)

“Lo importante es sentirse respaldado porque la variabilidad de lo que recomendábamos los médicos de familia y otras especialidades es muy grande. El curso viene a respaldarnos en nuestras recomendaciones.” (Grupo 2)

Al mismo tiempo, algunos resaltan que es una herramienta que “vale la pena”, que no demanda de “mucho tiempo”:

“No me lleva mucho tiempo hacer la clasificación, creo que vale la pena, está bueno hacerlo. Te das cuenta de que le das calidad al paciente, un paciente que entra con (riesgo) bajo o moderado no va a pasar nunca a alto si lo controlás.” (Grupo 2)

Valoraciones de los entrevistados respecto del Curso de Capacitación de Estimación de Riesgo Cardiovascular Global: participación y aportes

En ambos grupos de entrevistados se identificó un posible efecto de la capacitación en el proceso de Estimación del Riesgo Cardiovascular en pacientes: pareciera que a partir del trabajo con los contenidos referidos a la ERCVG, los médicos se sienten más seguros para el

⁵ En este caso, la guía de bolsillo establece con respecto al grupo de Edad, que se deberá elegir el casillero 50 si la edad está comprendida entre 50 y 59, el casillero de 60 para edades entre 60 y 69. Si el paciente tiene menos de 40 años se elige este grupo etareo, sabiendo que se puede estar sobre-estimando el riesgo.

abordaje de personas con RCVG moderado, alto y muy alto, sobre todo porque desde el curso se promueve la prescripción adecuada e individualizada, ajustada a las necesidades y características de cada uno de los consultantes.

“Antes uno se manejaba nada más según si la hipertensión es leve, moderada o severa. Con esta Guía, en cambio, uno puede tener más en cuenta todo y de acuerdo a eso uno va evaluando la terapéutica, el manejo del paciente.” (Grupo 1)

La mayor seguridad atribuida al aprendizaje en esta temática puede permitirles dar mayor respuesta a las demandas de personas con factores de riesgo. Esta situación es valorada por los profesionales en tanto fortalece la práctica clínica, al tiempo que disminuye la cantidad de derivaciones de antemano a servicios de salud de mayor complejidad. Los pacientes son diagnosticados y tratados en el mismo CAPS, ampliando y fortaleciendo la capacidad de respuesta desde el PNA.

“Lo que nos sirve a nosotras a partir de los TRAPS es que podemos atender a los pacientes con Riesgo Cardiovascular Global sin problemas, no vamos a derivar a todos. El que es derivado a diabetólogo es el que no podemos atender con los recursos de acá.” (Grupo 2)

“A partir de esos cursos (los cursos de TRAPS en ERCVG) tenemos muchas más herramientas y controles clínicos, los seguimos nosotros.” (Grupo 2)

Asimismo entre los entrevistados fue posible identificar que a partir de la capacitación surgen ciertos indicios de modificaciones y/o incorporaciones en la práctica clínica. En este sentido se destacó de los cursos la posibilidad de normalizar “la práctica” y aportarles seguridad:

“Cada uno hacía lo que había aprendido, ahora todos los capacitados estamos siguiendo una misma línea.” (Grupo 2)

“En los cursos salta todo el tema de poder retener más personas en el ámbito primario, desde la prevención.” (Grupo 2)

“Lo más positivo de los cursos es que hacen hincapié en el tratamiento no farmacológico con el paciente, la actividad física, el tabaquismo... que son cosas que uno ya sabe pero por ahí no tiene la seguridad de que sea suficiente, pero estando enmarcado en un curso, sí.” (Grupo 2)

Sin embargo, fue posible identificar algunos obstáculos referidos a la posibilidad de llevar a la práctica todos los contenidos abordados en la capacitación. En el Grupo 1, por lo general, estos obstáculos refieren más a factores socioculturales de los pacientes: la dificultad en la promoción de hábitos saludables y la prescripción de medidas no farmacológicas parecieran estar más vinculadas a las características socioeconómicas de los pacientes que con los contenidos aprendidos en la capacitación.

“Lo que encuentro contradictorio o difícil de implementar del curso es que cuesta mucho con esta población, que es una población difícil de manejar, en términos de la importancia del cuidado de su salud llevar a cabo los cambios, concientizar a la gente de la importancia de su salud.” (Grupo 1)

“Es un trabajo de hormiga llegar a que la gente cambie y se concientice.” (Grupo 1)

“El obstáculo lo tenemos que vencer en la consejería del paciente, además de entender lo que se le dice, lo ponga en práctica. Hay que buscarle la vuelta para que el paciente ponga en práctica lo que entendió. Por ejemplo, los pacientes entienden perfectamente que tienen que disminuir el consumo de sal, pero vuelven a su casa y no modifican en nada su conducta por múltiples motivos: “es lo que hay para comer”, “como en el comedor”...a veces se dan situaciones particulares que cuando uno ya las ve en el 30% de la población, dejan de ser casos particulares.” (Grupo 1)

Percepciones en torno a la organización del Centro de Salud para el tratamiento de personas con Riesgo Cardiovascular Global

En la investigación fue de interés indagar respecto de los factores vinculados a la organización de trabajo en los CAPS entendiendo a éstos factores institucionales como mediadores de la práctica clínica concreta e individual.

De esta forma, se observó una valoración positiva en ambos grupos respecto del trabajo en equipo. En el Grupo 1 se refirieron al trabajo en equipo como instancia que ayuda a promover cambios de hábitos de los consultantes y la práctica interdisciplinaria en la realización de consejerías. Al mismo tiempo, identificaron la apertura de espacios dentro del CAPS como otra práctica que contribuye en este sentido (ej. encuentros para la realización de actividad

física de los cuales participan conjuntamente médicos y pacientes). En el Grupo 2, las actividades que se encuentran por fuera de las “tradicionales” entre el Centros de Salud y la comunidad aparecen como oportunidades para reforzar el trabajo en equipo (celebraciones y actividades “extramuros” entre otras).

En el Grupo 2 refirieron que la posibilidad de mejorar la infraestructura o de conseguir más recursos económicos para el Centro de Salud también aparece como un factor de importancia para la promoción del trabajo en equipo.

Por su parte, en ambos grupos resaltan la importancia de los agentes sanitarios en tanto apoyo al trabajo interdisciplinario, al seguimiento de pacientes, la realización de búsquedas activas:

“Los agentes sanitarios salieron a buscar adultos, sobre todo los que tenían riesgo, ellos mismas les programaron los turnos.”(Grupo 2)

*“Lo mismo las pacientes que están haciendo tratamientos para bajar de peso, la agente sanitaria les programa los turnos y cada una tiene la suya completa”
(Grupo 2)*

Se les consultó también a los médicos respecto de la realización de reuniones de equipo. Éstas fueron percibidas como instancias de coordinación, intercambio de dudas y consultas. Es decir, un espacio para socializar y compartir experiencias en el abordaje de pacientes con factores de riesgo. Mientras que en el Grupo 1 estas reuniones se realizan de manera espontánea entre colegas médicos (por lo general en calidad de “reuniones informales”), en el Grupo 2 se realizan con mayor frecuencia y organización:

“(Nos reunimos)... entre los médicos por el sistema de residencia que tenemos somos propensos a compartir los casos, tenemos reuniones en los casos que ameriten, pero no es permanente.” (Grupo 1)

“No tenemos reuniones periódicas, no hay tiempo, cuando hay algún problema tenemos acá un cuaderno de novedades, nos comunicamos por ahí con el agente sanitario que viene a la mañana.” (Grupo 1)

“Ahí vemos (en las reuniones de equipo) con la nutricionista nos ayuda muchísimo con el tema de clasificación, así nosotros sabemos a quién priorizar.”(Grupo 2)

“Se hacen reuniones de equipo los viernes, vamos la mayoría, desde administrativos, médicos, enfermeras. Ahí hablamos de los pacientes de la lista de riesgo para ver cómo manejarlos. Se ve también lo de la facturación, si vamos bien, si hay que facturar más.” (Grupo 2)

Más allá de su valoración positiva y la importancia percibida, la implementación del modelo de atención de personas con RCVG moderado, alto y muy alto cuenta con ciertos inconvenientes y dificultades. Al respecto, algunos de los profesionales refirieron que si bien el modelo de atención era percibido como beneficioso, implicaba tiempo y la articulación entre profesionales:

“Este nuevo modelo de atención del adulto requiere de una adaptación.”(Grupo 2)

“Antes el crónico se derivaba sin contención en el Centro Primario de Salud, ahora esto cambió mucho.” (Grupo 2)

Por otro lado, en el Grupo 1, parecería existir una percepción más individualizada respecto de la práctica médica concreta, dejada a criterio del profesional:

“El curso lo hice yo, la indicación está dada, pero cada turno (en referencia al turno de los médicos del CAPS) hace lo que le parece.” (Grupo 1)

“Cada paciente es un mundo, a cada paciente lo evalúo. Si veo que tiene muchos factores de riesgo, lo derivó. Pero si veo que es un paciente que tiene conducta que va a volver, lo manejo yo.” (Grupo 1)

En ambos grupos, los principales obstáculos que encontraron los médicos en su práctica se relacionan con la ausencia de contrarreferencia desde los niveles de mayor complejidad. Introducimos algunos fragmentos que dan cuenta de ello:

“Ahora estamos trabajando con referencia y contrarreferencia. Con el hospital se complica, porque no vienen con contrarreferencia. Traen el electro, solucionamos con eso, tratamos de evaluarlo.” (Grupo 2)

“Pero en cambio con lo que es cardiólogos o lo de adultos del hospital no, ahí no tenemos nada, no tenemos buena recepción del tercer nivel, ni estudios complementarios. Tenemos mucha dificultad, la gente vuelve a nosotros de nuevo, nos cuentan que no los atienden.” (Grupo 2)

La ausencia de dispositivos de referencia y contrarreferencia adecuados resultó un factor mencionado como crítico por los médicos de ambos grupos, percibiéndolo como un obstáculo para el tratamiento correcto de los/as pacientes. Las personas, al volver a la consulta en el CAPS sin una contrarreferencia escrita, sólo cuentan con su propia palabra e interpretación acerca de los que le dijo el especialista (en caso de que haya concretado una consulta).

La utilización de la Guía de ERCVG para el abordaje de personas con factores de riesgo cardiovascular es percibida, en el Grupo 2, como una directiva del Ministerio de Salud de la Nación. A partir del discurso de los médicos que participaron del curso:

“La información se baja, después con tiempo y paciencia hay que convencer a todos los médicos que la pongan en práctica.”(Grupo 2)

Por su parte, a partir del discurso de los médicos del Grupo 1, parecieran no existir lineamientos explícitos del Ministerio de Salud Provincial en relación al tratamiento de personas con patologías crónicas.

“En el Centro de Salud no hay directivas específicas para el abordaje de enfermedades de riesgo o crónicas.”(Grupo 1)

Se identifica la participación del Ministerio de Salud Provincial en el tratamiento, aunque con un rol difuso:

“La directiva es ministerial. Hay un Programa que seguramente la provincia se habrá adherido de nación para categorizar a los pacientes.” (Grupo 1)

“Periódicamente vienen los encargados del Programa a ver cómo está la aplicación, los que participan son la instructora o la reunión de planta.” (Grupo 1)

Reflexiones Finales

La implementación del modelo de atención basado en el abordaje de personas con patologías crónicas requiere de cambios en los hábitos de la práctica profesional de los integrantes de los equipos de salud, una reorganización, adaptación, fortalecimiento del trabajo en equipo y cambios en la práctica concreta en el Centro de Salud.

Se observa que los profesionales conocen la Guía de ERCVG. Destacan que su uso contribuye al involucramiento de los pacientes con su propio tratamiento y mejora la relación médico-paciente. A su vez, enfatizan en que favorece el ordenamiento y a la seguridad percibida por los profesionales en el abordaje de tratamientos de acuerdo al protocolo.

Se observa que el Curso ERCVG, además de haber incidido en el conocimiento y utilización de la herramienta, ha proporcionado mayor seguridad entre los capacitados en el abordaje de personas con RCVG moderado, alto o muy alto, al mismo que “normaliza” la práctica.

La posibilidad de diagnosticar y tratar a partir de un determinado riesgo en cualquier Centro de Salud, permite poder dar respuesta a nivel local a una mayor cantidad de personas que antes “se perdían” en otros niveles de atención o “se salían del sistema”. Esta situación contribuye a garantizar el acceso a la atención de la salud.

Sin embargo, se identificaron matices en La utilización de la Guía puede verse incentivada u obstaculizada por factores que van más allá de la capacitación, entre los que se destacan los factores institucionales. Sería conveniente para futuros abordajes poder ampliar el estudio en otras jurisdicciones del país, con diferentes situaciones de base que permitan complementar y profundizar respecto de los alcances de los resultados.

Bibliografía:

- Amaya, P. (2010) La evaluación de las políticas públicas como estrategia para la integración de la acción estatal en Amaya, Paula (comp.). El Estado y las Políticas Públicas en América Latina. Editorial Universitaria de La Plata.
- Borruel, M.A, Mas IP y cols. (2010), Estudio de carga enfermedad en Argentina. 1ra Edición, Buenos Aires, Ministerio de Salud de la Nación.
- Fernández Sánchez, A.; Sanchez Carracedo, D.; Navarro Rubio, D; Pinto Meza, A. y Moreno -Küstner, B (2009), “Opiniones de médicos de atención primaria, psiquiatras y psicólogos acerca de las guías de práctica clínica para la depresión. Un estudio cualitativo exploratorio” en Elsevier Dyma, Atención Primaria.

- Ferrante, D; Konfino, J; Linetzky, B; Tamsussi, A; Laspiur, S (2013) “Barriers to prevention of cardiovascular disease in primary care settings in Argentina”; Revista Panamericana de Salud Pública, 2013.
- Grol, R. y Grimshaw, J. (2003) “From best evidence to best practice: effective implementation of change in patients’ care” en The Lancet, Volumen 362.
- Meza, V. (2012) Carga enfermedad, riesgo cardiovascular global: detección temprana y seguimiento de factores de Riesgo Cardiovascular y enfermedades oncológicas en el PNA. Primera Edición. Ministerio de Salud de la Nación, Programa Remediar + Redes, Buenos Aires.
- Nirenberg, O. (2010) “Enfoques para la evaluación de políticas públicas” en Amaya P (comp.). El Estado y las Políticas Públicas en América Latina. Editorial Universitaria de La Plata.
- Mahtani – Chugani, V. y Sanz Álvarez, E. (2008) “La evaluación cualitativa en la formación médica continuada” EDUC MED, 11 (2): 77 -83, Viguera Editores SL.