

DESAFIOS DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD EN ARGENTINA

Federación Argentina de Medicina General (FAMG).

Redactores: Silvana Forti, Rafael Passarini, Adrián Alasino, Darío Montenegro.

1. APS. Contexto Histórico y Político.

La década del setenta se caracterizó, en lo sanitario, por los esfuerzos de las naciones para ampliar el acceso a los servicios de salud. El advenimiento de la APS y el compromiso de “Salud para Todos en el año 2000” significaron para la región de las Américas un reforzamiento de las políticas y estrategias para la ampliación de la accesibilidad a los servicios de salud en toda la Región. El antecedente más inmediato fue la III Reunión Especial de Ministros de Salud realizada en Santiago de Chile en 1972, que llegó a la conclusión de que los servicios de salud no lograban hacer llegar sus beneficios a toda la población. Así comienzan elaborarse documentos y propuestas que preparan el terreno para la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, realizada en Alma Ata, Kasajistán en septiembre de 1978.

Organizada por OMS/OPS y Unicef, esta Conferencia que reunió a 134 países y 67 organismos internacionales, definió y otorgó reconocimiento internacional al concepto de atención primaria de salud (APS) que propugnaba una política de ampliación de los servicios para resolver lo que en aquella época se llamó la crisis de accesibilidad, principal signo de una crisis mayor, la de los sistemas de salud.

El contexto político, económico y demográfico en el que se instrumentó a nivel internacional era crítico. El mundo estaba en lo que se denominaba la Guerra Fría. La población empezaba a ser mayormente urbana, en plena transición demográfica. El panorama político se caracterizaba por dictaduras militares en muchos países y democracias inestables en otros, con algunas excepciones. En ese escenario, los servicios de salud estaban organizados con un enfoque centralista. La APS promovió el progresivo fortalecimiento de unidades de servicios y de capacidades locales (que en muchos países se denominaría nivel primario de atención) y que posteriormente servirían de base a nuevos enfoques de políticas de salud.

La Declaración de Alma Ata que, como objetivo principal buscaba ampliar la accesibilidad a los servicios de salud, avanzaba aún más allá ya que propugna “que

todos los pueblos del mundo alcancen en el año 2000 un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva, (y que la APS) es la clave para alcanzar esa meta como parte del desarrollo conforme al espíritu de la justicia social”.

Un artículo reflexiona que en la Argentina *“la Declaración coincide justamente con un momento crucial del dismantelamiento del sistema sanitario nacional y de la transferencia de servicios y responsabilidades a las provincias. (...) La atención sanitaria de carácter extrahospitalario tenía entonces ya una larga tradición, que provenía de los programas sanitarios que se habían promovido en las zonas rurales del Norte del país asociado a los cultivos industriales (azúcar, algodón y tabaco) (ALVARADO, 1978); y la otra orientada a las periferias de las grandes ciudades, dinamizada a partir de los años 1960 por los programas maternos-infantiles y el ingreso de las técnicas de planificación familiar (ROSEN, 1993). (...) Durante la dictadura (1976-1983), la atención desconcentrada en las zonas periurbanas fue desalentada y en algunos casos reprimida, básicamente porque el conflicto político-militar de la década tenía como escenario casi excluyente a las grandes ciudades. En cambio, se reinstaló en algunas provincias un programa financieramente asistido de alcance nacional, que se conocía como Salud Rural. (...) Años más tarde (...) se inicia en los 1990 un período caracterizado por la adopción de políticas neoliberales, con el consecuente vaciamiento del Estado y la aparición del mercado como la principal voz autorizada para dictar la agenda pública (...) se consolidó una fuerte tendencia hacia la mercantilización de la salud. En este contexto, la estrategia de APS se vio traducida al acceso de un paquete mínimo de intervenciones focalizadas, ocultando y aislando a la salud de cualquier reflexión sobre los determinantes sociales, económicos, culturales y urbanísticos...”*¹

En el Informe del Banco Mundial sobre el Desarrollo Mundial –1993. “Invertir en Salud”, se decía: *“...como generalmente las reducciones del gasto público son esenciales para un programa de ajuste, es probable que los gastos en salud se recorten. (...)...el liderazgo político, comenzando por el jefe de estado, es un elemento indispensable de los programas de reformas (del sector salud) en casi todas las partes.*

¹ Bertolotto, A.; Fuks, A.; Rovere, M. • Atención Primaria de Salud en Argentina: proliferación desordenada y modelos en conflicto. Saúde em Debate • Rio de Janeiro, v. 36, n. 94, p. 362-374, jul./set. 2012.

(...) El financiamiento público universal (o el financiamiento ordenado por el gobierno) de un conjunto mínimo de servicios esenciales definido para el país frecuentemente dará mejor resultado que las medidas orientadas hacia grupos muy específicos, con los cuales se podría menoscabar la base política de la reforma.”

En los 90's las reformas iban llegando de la mano del gobierno y así “*el Decreto N° 9/93, establece la desregulación de las obras sociales (...) esta disposición se completa con el decreto 578/93 regulatorio del Hospital de Autogestión. (...) La norma autoriza a los hospitales que se inscriban en el respectivo registro a complementar sus ingresos cobrando los servicios a las personas con capacidad de pago y con fondos originados en las contrataciones con empresas de seguro privado de salud, mutuales y obras sociales. (...) La política de hospitales de autogestión no implicó cambios sustanciales en la organización del subsistema público, persistiendo los problemas de eficiencia y de falta de focalización del gasto”.*²

Los seguros se implementaron con el Programa Materno Infantil y Nutricional (PROMIN-1994); a éste le sucedió el Plan Nacer (2005). Las características principales es que estos programas se orientaron, en su concepción, a trabajar sobre los indicadores de salud de las poblaciones materno-infantiles, sin profundizar en el resto de la comunidad hasta que, en 2014, el Programa Nacer se amplió, denominándose SUMAR³. Estos seguros de salud subsidian la demanda cambiando el tradicional perfil de un “estado benefactor” por un “estado gerenciador”.

En 2004 se implementa el Plan Federal de Salud; “Partiendo de la base de que en Argentina hay niveles razonables, aunque insuficientes, de recursos como para garantizar mejores y mayores posibilidades de salud para todos, lo que se plantea a largo plazo es un sistema de salud equitativo e integrado, con un rol activo de un “Estado garante” del bienestar de la población. El sistema posibilitará el acceso a una canasta de bienes y servicios esenciales en salud a través del aseguramiento que brinde

² Una Década de Reforma de la Atención Médica en Argentina. Susana Belmartino. Salud colectiva v.1 n.2, Lanús, mayo/ago. 2005.

³ “Con el Programa SUMAR, se reafirma y profundiza la gran alianza federal constituida con el Plan Nacer para fortalecer los sistemas provinciales de salud a través de un novedoso modelo de política pública. De esta manera, se aumentará la inversión para el sector público, se desarrollarán los Seguros Provinciales de Salud y se trazarán nuevas prioridades y objetivos que serán monitoreados y evaluados de manera sostenida, como se caracterizó el Plan Nacer.” Ministerio de Salud de la Nación, Página institucional Programa SUMAR.

cobertura universal básica a toda la población, con un fuerte componente preventivo y que responda a la resolución de patologías de una manera eficiente y eficaz”.⁴

En el período enero de 2002 a diciembre de 2007 se implementan el Programa Médicos Comunitarios y el Programa Remediar en un contexto de emergencia para garantizar “servicios y medicamentos esenciales”. Estos eran objetivos a corto plazo y coyunturales. A largo plazo se debían “cerrar aquellas brechas que suelen esconder los promedios estadísticos y que delimitan los márgenes de la inequidad: de un lado los sectores más ricos y del otro los que menos tienen”⁵. Desde el 2007 al 2014 se mantuvieron, con algunas modificaciones, los programas mencionados.

En la larga historia del sistema de salud argentino, no ha habido una conducción hacia una política de APS nacional, quedando ésta supeditada a realidades provinciales y/o municipales, plagadas de marchas y contramarchas al ritmo del gobierno de turno.

Históricamente la APS ha tenido poco lugar en un sistema de salud ya que los hospitales han ocupado el centro de la escena, con grandes estructuras de un accionar centrífugo para un modelo de atención centrado en la complejidad, reparador, fragmentado y con tendencia a las especialidades de segundo y tercer nivel, lo que es aún más evidente en el sector privado; por la tanto se ha tomado como poco trascendente el trabajo en otros escenarios.

En las últimas décadas, influenciados por un escenario internacional favorable y con la implementación de algunas políticas nacionales mencionadas en este capítulo, se está modificando lentamente esa realidad y comenzando a visibilizarse la importancia de los *efectores del primer nivel de atención*.

2. Definición del problema

Hoy sabemos que la salud de la población depende poco de los servicios clínicos y más de las determinaciones sociales que se sitúan en diferentes escalas (Jaime Breilh). Si se

⁴ Bases del Plan Federal de Salud, 2004-2007. Ministerio de Salud de la Nación. Consejo Federal de Salud. Mayo de 2004. Pag.13.

⁵ Plan Operativo para la Reducción de la Mortalidad Materno Infantil, de la Mujer y de los Adolescentes. Resolución 1087/2010. Ministerio de Salud de la Nación.

desea más salud, sabemos que hay que invertir, como se hizo en la última década, en educación, seguridad alimentaria, vivienda, trabajo, etc.

Sin embargo, algunos problemas requieren atención médica y para ello existe un sistema sanitario. El objetivo del sistema sanitario es dar respuesta a la morbilidad y mortalidad innecesariamente prematura y sanitariamente evitable y, por ende, al sufrimiento consiguiente. Dos componentes integran el sistema sanitario: a) el que ofrece una red de servicios de atención de las personas, con primer, segundo y tercer nivel; y b) el que ofrece servicios a las poblaciones (salud pública). El primer nivel de atención, más cercano al lugar donde vive la gente, está más relacionado con las acciones de APS, ya que interactúa con las comunidades y resuelve la mayor parte de los problemas de enfermedad, lo que lo hace relativamente eficiente; de todas formas las acciones orientadas al cuidado de la salud no se manifiestan en plenitud.

En el caso argentino, constitucionalmente el sistema sanitario está asentado sobre la provisión pública, a la que tienen derecho todos los habitantes del país; sin embargo, este sistema enfrenta problemas estructurales y organizacionales para poder implementar una APS que garantice el acceso universal con calidad de la atención.

Uno de los problemas estructurales que se requiere resolver para garantizar el acceso universal es la segmentación del sistema. En el país co-existen tres subsistemas (público, privado y obras sociales) con distintas modalidades de financiamiento, cobertura y provisión. Cada uno se “encarga” de diferentes estratos de población según capacidad de pago, inserción laboral, clase social, nivel de ingreso; dando como resultado una ciudadanía regulada en lo referente al acceso a los servicios y un sistema inequitativo en relación a la cobertura.

Aunado a la segmentación aparece otro problema estructural que es la fragmentación, es decir, la co-existencia de muchas entidades no integradas en una red de servicios de salud. Esta fragmentación se expresa en falta de coordinación y así, por ejemplo, los servicios no colaboran entre sí y compiten; múltiples agentes operan sin articulación impidiendo la integración de redes de atención y la estandarización de la calidad de la atención, dificultando la longitudinalidad y continuidad asistencial y generando incrementos en costos de transacción y una asignación y distribución ineficiente de los recursos materiales y el capital humano del sistema sanitario.

La fragmentación no se ha resuelto en las últimas décadas ya que los programas que se han generado son focalizados o específicos por patologías y/o problemáticas: Plan Nacer, Plan Materno Infantil, Remediar, Jefas y Jefes de Hogar, PROFE, Médicos Comunitarios, etc. A su vez cada uno de estos programas impone un registro específico propio que se superpone con los otros, generando múltiple información que no puede cruzarse.

Otra dimensión de esta problemática sanitaria que impide fortalecer la APS, se relaciona con el financiamiento de la salud. El gasto en salud en Argentina se ubica en el 10.35% del PIB (Financiamiento de la Salud Poblacional en Argentina-Área de Salud IDEP-ATE), lo que lo acerca al gasto en salud de los países de la Organización de Cooperación para el Desarrollo Económico (OECD), que es del 8.9% (OECD 2010). De este 10,35 %, un 1,41 es aportado por las provincias para un 2,49 % del total del aporte estatal. (Financiamiento de la Salud Poblacional en Argentina-Área de Salud IDEP-ATE.)

En Argentina, tenemos que el 49.2% del gasto en salud es aportado por los bolsillos de las familias, contrastando con los países de la OECD donde financiamiento público es responsable de la mayor parte del gasto, representando más del 77%.

En relación a la financiación de la APS, en nuestro país constituye el 23,8 % del gasto público, pero sólo el 6% del gasto global en salud del país. Esto suele traducirse en condiciones precarias para muchos trabajadores de la APS. De lo público el 61,3 % del gasto en APS es municipal, generando un importante componente de inequidad (Stolkiner, 2013).

Sumado a lo anterior, consideramos que la dimensión legislativa en salud funciona como barrera para la organización de un sistema sanitario basado en la APS. Argentina es un país federal con una fuerte descentralización de servicios asistenciales que han carecido de un acompañamiento sistemático de recursos, donde la administración y provisión, básicamente, es de competencia provincial y municipal, incluyendo a los servicios de primer nivel. Sin embargo, frente a la ausencia de políticas nacionales sanitarias y a la configuración federalista del país, combinado con una baja articulación interjurisdiccional, tenemos un mosaico legislativo sanitario que dificulta la coordinación de servicios impactando en la calidad de la atención. A esto se suma cierta tradición de beneficencia de los servicios estatales y no de cumplimiento de derechos.

En cuanto a los aspectos organizativos de la APS, en el sector público existen diversas modalidades de servicios de atención primaria que difícilmente trabajan en redes. Se encuentran los llamados Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS), Centros Integrados Comunitarios (CIC) y Postas Sanitarias. Algunas características de estos CAPS pueden ser comprendidas a partir de criterios mínimos para su inclusión en el Programa Remediar (antes Remediar + Redes), cuyo objetivo principal es la provisión de medicamentos esenciales en forma gratuita, con cobertura del 90% de los principales motivos de consulta en el primer nivel de atención (ISAGS, 2012). Aproximadamente siete mil Centros de Salud en todo el país son receptores del Programa Remediar que, como ya se dijo, pueden ser de administración municipal, provincial y, raramente, nacional.

Desde la doctrina sanitaria tradicional la función del médico del primer nivel de atención es doble: a) como filtro/puerta de entrada se relaciona con la accesibilidad y/o derivación a otro sector si lo considera necesario; y b) función de acompañamiento (longitudinalidad-integralidad).

Así, la función de filtro se configura en un contexto particular y es expresión de diversos factores sanitarios y no sanitarios ya que esa función, también expresa un acuerdo social. En esta concepción sanitaria la función de filtro es un mecanismo jerárquico en el sistema de salud y otorga a los médicos generales el monopolio del primer contacto. Por ello es necesario conformar equipos de salud básicos, de médicos y enfermeros/as, para contrarrestar la hegemonía corporativa de muchas especialidades y subespecialidades médicas lineales.

En la perspectiva de un sistema organizado por niveles se asume que la función de filtro del médico general conjugada con el uso de la lista de pacientes adscriptos (población a cargo), permite ir acumulando y mejorando el conocimiento sobre las personas y familias que atiende a lo largo del tiempo donde ocurren distintos problemas de salud, lo que le permite desarrollar una capacidad de toma de decisión ante situaciones complejas, sobre todo en casos de co-morbilidad (Ortún et al 1995).

La longitudinalidad, se caracteriza por la relación interpersonal entre médico y paciente, y por ofrecer coordinación de cuidados respecto a todos los problemas de salud del paciente a lo largo de su vida (Gérvás et al 1995). La continuidad le ofrece a la persona el seguimiento de problemas concretos de salud. Si la continuidad se refiere a un

problema, la longitudinalidad se refiere a una persona. La continuidad sería la característica de todo el sistema sanitario; la longitudinalidad es característica básica de la atención primaria.

En el sistema sanitario argentino, se dificulta tanto la continuidad como la longitudinalidad. En general no hay una puerta preferencial definida, y para el acceso a especialidades no es obligatoria la derivación desde el profesional del primer nivel de atención. Son diversas las puertas de ingreso al subsistema de atención ambulatoria, por los Centros de Salud, consultorios externos de hospitales, centros de guardia, con las habituales barreras organizacionales de acceso. Se estima que cerca de la mitad de las consultas médicas son en el primer nivel de atención, como se observa en la Provincia de Buenos Aires. El primer contacto puede ser en el primer nivel pero también, indistintamente, en el segundo.

Por otra parte la consulta se realiza a libre demanda, tanto en el sector público como en las obras sociales, y no se nominaliza la población; sólo se utiliza la nominación en los programas como SUMAR y en las obras sociales en las que se opera la lista de afiliados. En muchos casos hay un tope en las consultas mensuales. Estas modalidades generan una alta demanda insatisfecha.

Cabe destacar que en el subsistema de las obras sociales se utiliza el modelo norteamericano managed care de los 70's, que introdujo la figura del médico del primer nivel en su rol de portero (gatekeeper), enfatizando los atributos que hacen a la característica del profesional de APS: primer contacto y coordinación de la referencia a los especialistas. Sin embargo, en la definición norteamericana el rol de filtro (gatekeeping) refiere al proceso de autorización de las derivaciones por un médico generalista designado para cumplir esta función. La mayoría de los seguros sociales pagan al mal llamado médico de atención primaria por capitación y, como uno de los pilares del managed care, el gatekeeping ha sido considerado esencial como estrategia de contención de costos.

Finalmente, el reto de reorganizar el sistema de salud alrededor de una APS abarcadora de calidad enfrenta el problema de la carencia de una formación médica y de enfermería orientada a desarrollar competencias más importantes para el trabajo en APS. Entre esas competencias básicas se encuentran el cuidado integral y continuo centrado en la

persona, la identificación y el cuidado apropiado de los problemas clínicos más frecuentes, el énfasis en la promoción de la salud, en la prevención de enfermedades y en el trabajo interdisciplinario e intersectorial dirigido a los determinantes socioeconómicos del proceso salud-enfermedad; el desarrollo de una comprensión y de un abordaje biopsicosocial del proceso salud-enfermedad; y la identificación de intervenciones sobre las necesidades sanitarias y demandas de la comunidad.

El médico especialista en medicina general y de familia y el enfermero con especialización en salud familiar y comunitaria son los ejes del equipo multiprofesional de APS que debe ser complementado, de acuerdo con las condiciones de cada región y las características demográficas y epidemiológicas de cada población, por otros profesionales (odontólogos, obstétricas, asistentes sociales, etc.) sumados a los agentes comunitarios o promotores de salud; todos deben contar con formación técnica suficiente para incorporar los conceptos y prácticas de la APS relativos a cada categoría profesional.

En nuestro país, si bien en el sector público existen Centros de Salud donde se trabaja en equipo, en la gran mayoría de los efectores del primer nivel el trabajo es individual, sin que existan criterios unificados de atención. A esto se suman las modalidades de contratación que en muchos casos está precarizada, sin la adecuada estabilidad laboral.

A manera de resumen podríamos señalar que la valoración de la APS está dada, en primera instancia, por el sistema de salud en el que se encuentra inserta. Ese sistema es el que concreta la significación de dicha atención en el nivel de la organización sectorial (Testa, 2004). La APS, tal como se configura e inserta en el sistema sanitario argentino, tiene un significado concreto que se expresa como un elemento aislado con baja legitimidad social y se materializa e interpreta como un conjunto de servicios del primer nivel, con escasos recursos y baja resolutivead. Y un significado abstracto (el que corresponde a su definición ideológica), como se observa en innumerables documentos de políticas de salud donde, muchas veces, cuando se habla de APS, en realidad se refiere al primer nivel de atención o a una canasta de servicios básicos focalizados por enfermedades, por sexo o edad.

Otros capítulos podrán profundizar en lo que respecta a la formación de grado, ya que la currícula no ha sufrido importantes cambios en un modelo educativo centrado en la

enfermedad y en el “ejercicio liberal de la profesión”, lo que afianza aún más una mercantilización de los problemas de salud y un protagonismo excesivo del llamado complejo médico industrial. La promesa generada por nuevas escuelas de medicina, integradas en departamentos de ciencias de salud, es una iniciativa que debe ser debidamente estimulada por el Estado, para alcanzar un nuevo paradigma de formación del capital humano en salud.

3. Propuesta

La Atención Primaria (AP) se caracteriza por un conjunto de acciones de salud, en el ámbito individual y colectivo, que cubre la promoción y protección de la salud, la prevención de riesgos, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación, los cuidados paliativos, la reducción de daños y el cuidado de la salud con el objetivo de ofrecer una atención integral que impacte en la situación de la salud y de la autonomía de las personas, así como en los determinantes y las determinaciones sociales y los condicionantes de la salud de las poblaciones.

Desde esta perspectiva y para avanzar en pasos superadores de la fragmentación y segmentación del sistema sanitario, se propone como primer paso promover acuerdos políticos en los diferentes niveles jurisdiccionales para que la AP sea una política de estado, pensada *como estrategia organizadora del sistema* y no como mero nivel prestacional.

Consideramos como condición necesaria, mas no suficiente, la formulación de una política nacional de AP que se oriente por principios de universalidad, accesibilidad, vínculo, continuidad del cuidado, integralidad de la atención, interculturalidad, responsabilización, humanización en la atención, equidad y participación social.

Una política de AP que considere al ciudadano como un sujeto en su singularidad e inserción sociocultural, y a las poblaciones enmarcadas en territorios atravesados por desigualdades e inequidades, así como potencialidades, buscando producir una atención integral.

Dicha política de Estado tendría que explicitar fundamentos y directrices para fortalecer la AP:

I. Tener territorio adscripto para facilitar la planificación y programación descentralizada, así como el desarrollo de acciones sectoriales e intersectoriales con impacto en la situación, en los condicionantes y determinantes sociales de la salud de poblaciones que constituyen ese territorio, considerando siempre el criterio de equidad.

II. Posibilitar el acceso universal y continuo a los servicios de salud de calidad y resolutivos, caracterizados como la puerta de entrada abierta y preferencial de la red de atención, acogiendo a los usuarios y promoviendo la vinculación y corresponsabilización para la atención de sus necesidades de salud.

III. Adscribir a los usuarios y desarrollar relaciones de vínculo y responsabilización entre los equipos y la población adscripta, garantizando la continuidad de las acciones de salud y la longitudinalidad del cuidado.

IV. Coordinar la integralidad en sus variados aspectos a saber: integrando las acciones programáticas y las demandas espontáneas, articulando las acciones de promoción de la salud, prevención de daños, vigilancia de la salud, tratamiento y rehabilitación y manejo de las diversas tecnologías del cuidado y de gestión necesarias a estos fines, y a la ampliación de la autonomía de las personas y colectividades; trabajando en forma multiprofesional, interdisciplinaria y en equipo; realizando la gestión del cuidado integral del individuo y coordinando con el conjunto de la red de atención.

V. Estimular la participación de los ciudadanos como forma de ampliar su autonomía y capacidad en la construcción de cuidados a su salud y de las personas y colectividades en el territorio, en el enfrentamiento de los determinantes, las determinaciones sociales y los condicionantes de la salud, en la organización y reorientación de los servicios de salud a partir de lógicas centradas en la persona y en el ejercicio del control social.

VI. Redefinir el rol de cada uno de los Estados: a) Nacional: que debe ejercer su rol de rectoría y asegurar a través de un financiamiento genuino, políticas y programas que garanticen la equidad en todo el país. b) Provincial: que le corresponde asegurar la accesibilidad a las redes de servicios de salud y garantizar el capital/talento humano calificado para los tres niveles de atención, incorporando el concepto de equipo de salud interdisciplinario para la complejidad de lo social. c) Municipal: que debe ocuparse fundamentalmente de realizar acciones que prioricen el cuidado de la salud a través de la intersectorialidad y el trabajo comunitario; responder a problemáticas sociales

complejas y, en el caso de contar con servicios asistenciales del primer y segundo nivel (algo que muchas veces genera nuevas inequidades), convenir con su jurisdicción provincial para que el financiamiento de los mismos no le impida destinar recursos a la APS.

VII. Incorporar el concepto de *alta complejidad de lo social*. El conocimiento sobre lo social va de lo global a lo específico y se hace necesario reforzar el concepto de equipo de salud del primer nivel. Es más comprendida la alta complejidad de la patología médica -en general es superespecialización con elevado uso de tecnología- que la alta complejidad social. La alta complejidad de lo social implica contar con el recurso adecuado para cada situación y debe también plantearse por niveles de resolución como la red de servicios médicos, pero en sentido inverso (hacia a la comunidad).

VIII Apostar al fortalecimiento de agencias de regulación de tecnologías médicas, tanto de métodos de diagnóstico como terapéuticos: por ejemplo ANMAT y otras asociadas a universidades públicas, laboratorios de producción pública de medicamentos e insumos médicos, INTI, etc. Estas agencias deben disponerse una por provincia o región de país y ser la máxima autoridad imponiendo políticas de regulación en el marco de la ética pública e incentivando la investigación y la producción de conocimiento.

La Federación Argentina de Medicina General (FAMG)⁶ respecto de los Equipos de Salud del Primer Nivel de Atención, según Niveles de Complejidad Social, propone lo siguiente:

Nivel 1, de resolución baja: agente sanitario, enfermero, médico, obstétrica, odontólogo.

Nivel 2, de resolución media: asistente social, psicólogo, nutricionista.

Nivel 3, de resolución alta: fonoaudiólogo, psicopedagogo, fisioterapeuta, sociólogo, equipo de violencia intrafamiliar, equipos interdisciplinarios para situaciones complejas: adicciones, prostitución, violencia social, trata de personas, discapacidades severas, etc.

La Integración con otros actores sociales para influir sobre los estilos de vida mediante:

⁶ Página institucional: www.famg.org.ar

- Hábitos Saludables: Individuales; Socioculturales; Ambientales
- Investigación-acción: Análisis de la Situación de Salud (ASIS) o diagnóstico situacional. Proyectos de Intervención (en base a la Planificación Local).

La Integración de Equipos Interinstitucionales o Intersectoriales.

La Integración de Redes: Redes Personales y Familiares (Culturales por Fuera del Sistema de Salud); Comunitarias; Institucionales y de Servicios; Intersectoriales.

El resultado u objetivo final será el *empoderamiento*: el centro de salud es parte de la comunidad, ésta se apropia del mismo y le pertenece a todos.

A su vez la Política Nacional de Atención Primaria (PNAP), será la que organice la diversidad de programas nacionales relacionados con actividades de atención primaria, y la articulación de estos programas deberán seguir las directrices de esta PNAP, configurando un proceso progresivo y singular que considere e incluya las especificidades locales y regionales.

Así mismo en dicha política estarían expresadas: a) las funciones de las redes de atención a la salud; b) las responsabilidades comunes a todas las esferas de gobierno así como las particulares de cada nivel gubernamental; c) la infraestructura y funcionamiento de la AP incluyendo educación permanente, atribuciones profesionales comunes y específicas y procesos de trabajo de los equipos de AP; d) el financiamiento de la AP que necesariamente deberá ser aumentado; y e) la participación y control social.

En relación a la actual desarticulación del sistema sanitario, esta política nacional de AP será la guía que permitirá ir articulando hacia dentro los diferentes programas focalizados, que se manejan a nivel nacional, para integrarlos progresivamente en las funciones de las redes de atención y hacia afuera servirá para articular con las obras sociales y el sector privado.

Una política nacional de AP servirá de paraguas para superar los problemas relacionados con el capital/talento humano y permitirá promover una cultura favorable a la atención primaria entre los usuarios y los servicios de salud, y al mismo tiempo presentara un escenario para acuerdos con las universidades y centros de formación para orientar las currículas hacia el desarrollo de competencias para la AP.

En relación a la gestión de la AP este marco de política, promoverá el registro único, el uso de protocolos y herramientas de gestión, así como la historia clínica informatizada.

4. Conclusiones

No hay duda que los cambios para fortalecer la AP en nuestro país se trata de un proceso a mediano y largo plazo, con intervenciones progresivas en diferentes ámbitos y dimensiones, que necesita ir ganando apoyo social para imponer a la AP como *estrategia organizativa del sistema de salud*. De ahí que es importante recuperar la planificación estratégica que permita avanzar en pasos progresivos hacia dentro del sistema, buscando una mayor vinculación de la AP con la salud pública y, hacia afuera del mismo, procurando fortalecer la intersectorialidad para impactar en las determinaciones sociales de las inequidades en salud.

La posibilidad de superar las inequidades en salud pasa por la necesidad de fortalecer un sistema de salud bajo control público universal, con efectividad clínica y legitimidad social.

Una futura Ley Nacional de Salud deberá integrar y jerarquizar, necesariamente, la política de APS para alcanzar los objetivos mencionados en el presente capítulo.