

IX CONGRESO AMGBA –DICIEMBRE 2021

MESA: 43 AÑOS DE ALMA ATA; HACIA UN SISTEMA INTEGRADO DE SALUD CON EL PNA COMO PROTAGONISTA.

Víctor Orellana, como presidente de la Federación Argentina de Medicina General (FAMG), nos dará un panorama de nuestra postura sobre un SISTEMA NACIONAL INTEGRAL E INTEGRADO DE SALUD.

Esto me permite dedicarme a hablar de la ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD (APS).

Es importante hacer un recorrido histórico. En parte, tomo palabras del médico peruano David Tejada de Rivero, quien fuera el Coordinador General de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma Ata, en 1978.

“Ya comienzos de los setenta del siglo pasado, la Organización Mundial de la Salud (OMS) se propuso rescatar y valorar las experiencias sobre el cuidado de la salud, principalmente las de China, con su medicina tradicional y otras formas académicas no occidentales en la India, y algunas menores en África y América Latina. El mayor mérito de la OMS fue darles un reconocimiento científico a pesar de las duras críticas y oposiciones que persistieron hasta la víspera de la Conferencia de Alma Ata. Unos años antes de 1978, Rusia ya había ofrecido ser sede de una Conferencia sobre la ‘atención primaria’.”

En este punto muchos, junto a Tejada de Rivero, coinciden en señalar que “el término de Primary Health Care, fue mal traducido como ‘atención primaria de salud’. (...) Por un lado, la palabra ‘atención’ induce a pensar en un servicio, sobre todo médico, donde hay proveedores activos y recipientes pasivos (el modelo flexneriano). Por otro lado, la palabra ‘primaria’

promueve a subvalorar el contenido de ese servicio e identificarlo con lo elemental, empírico, es decir, un servicio paralelo y barato para los pobres. El término en Alma Ata tenía otra acepción, que consideraba como primario a lo esencial, nuclear, fundamental, sustantivo y prioritario. (...) Para quien fue testigo directo de estos acontecimientos es claro: el lema ‘Salud para todos’ ha sido víctima de simplificaciones conceptuales y facilismos coyunturales condicionados por un modelo hegemónico mundial, aunque ya irremediablemente obsoleto, que confunde la salud y su cuidado integral con una atención médica reparativa y centrada casi en forma exclusiva en la enfermedad.”

A partir de esta reflexión se ha propuesto el término CUIDADO PRIMORDIAL DE LA SALUD (Prof. Horacio Pracilio) pero el uso y la costumbre se ha impuesto y la sigla APS se convirtió en símbolo de un anhelo para cumplir con el objetivo de “salud para todos...” (ya lo del año 2000 quedó en el camino).

Continuando con el contexto y las palabras de Tejada de Rivero “En la 28ª. Asamblea Mundial de la Salud de 1975 se logró imponer el concepto de atención primaria, así como la necesidad y urgencia de nuevos enfoques del cuidado de la salud, para todos y por todos.” Pero “Desde el punto de vista político, el mundo estaba en plena bipolarización ideológica y económica, así como también en una nueva forma histórica de confrontación. (...) ... dentro de los bloques dominantes, no había tampoco una clara hegemonía de un solo país. En el bloque llamado ‘socialista’ había una confrontación entre la Unión Soviética y China.

Sería muy largo y no viene al caso contar como termina siendo Alma Ata, en la unión Soviética, la sede seleccionada para la Conferencia, en medio de plena guerra fría oriente-occidente. Destaco sí, que China no participó, teniendo en sus “médicos descalzos” una experiencia histórica en la medicina tradicional.

Rescato también, el párrafo inicial del punto II de la declaración de Alma Ata: “el desarrollo económico y social, basado en un nuevo orden económico internacional...”

Recurriendo a Wikipedia “El **Nuevo Orden Económico Internacional (NOEI)** fue una expresión acuñada en la VI asamblea especial de la ONU, en el año 1974, que hace referencia de modo genérico a las peticiones que presentaban los países subdesarrollados a los desarrollados, relativas a las reglas de funcionamiento de la economía internacional. Este término vino a sustituir al de "ayuda al desarrollo" e implicaba contrarrestar la existencia de una determinada estructura u orden económico que ha perpetuado la posición de pobreza de los países binacionales.

El "viejo" orden económico internacional expresaba que el mundo "estaba regido por un sistema que se estableció en una época en que la mayoría de los países en desarrollo ni siquiera existían como Estados independientes y que perpetuaba la desigualdad".

Las peticiones de los países subdesarrollados eran:

- Establecer acuerdos sobre los productos de exportación de los países subdesarrollados que permitieran obtener precios remuneradores y justos.
- Aumentar la ayuda oficial de los países industrializados hasta un 0,7% de su PIB.
- Aliviar la carga de la deuda exterior, e incluso condonarla a los países de menor desarrollo.
- Reducir o eliminar los derechos arancelarios de los países centrales.
- Aumentar la transferencia de tecnología al tercer mundo y creación de un tipo de tecnología autóctona para los países en desarrollo.

- Afirmar el derecho superior de los Estados sobre la propiedad enclavada en sus límites territoriales.
- Aumentar el peso de los países subdesarrollados en el FMI.
- Reglamentación y supervisión de las actividades de las empresas multinacionales.”

Si SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2000 fue una utopía el NUEVO ORDEN ECONÓMICO MUNDIAL debe haber sido una ingenuidad ya que ... “la recesión económica de fines de los 70 y principios de los 80, impulsaron políticas de ajuste económico para la reducción del déficit fiscal, proponiendo achicar el protagonismo y financiamiento por parte del Estado. Esta tendencia apuntaba a desmembrar todo lo que, en políticas sociales, significaba el Estado de Bienestar.”

Una de cal y una de arena.

Hasta aquí una mirada básica sobre el contexto internacional de:

- El concepto de salud
- La geopolítica
- La economía mundial y sus inequidades

En lo nacional, diremos que en 1978 en la Argentina eran épocas oscuras. Una dictadura cívico-militar-eclesiástica fue firmante del documento “que transformó la propuesta en ‘puerta de entrada al sistema’. (...) la ideología de la propuesta fue ignorada, ya que no es lo mismo decir que A.P.S. es la puerta de entrada al Sistema que decir que A.P.S. es democratizar al sistema dado que alienta la participación de la comunidad en la toma de decisiones. Tampoco es lo mismo convertir a esta estrategia interdisciplinar e intersectorial en un modelo donde se habla de recuperación de la enfermedad en un primer nivel de atención.” **LA RESIGNIFICACIÓN DE LA**

ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD A TREINTA Y SEIS AÑOS DE ALMA-ATA. 17/07/2015. Dr. Juan Vrancic

Por supuesto que Argentina tenía valiosas experiencias, entre ellas las de Carlos Alberto Alvarado quien contribuyó de manera fundamental a la erradicación del Paludismo en varios países de Latinoamérica. Y que, en 1966, frente la presencia del Chagas, diseñó lo que denominó Programa de Salud Rural, que suponía la construcción de áreas programáticas, teniendo en cuenta la accesibilidad, la población, características geográficas y demográficas y pautas culturales, entre otras cuestiones, con la fuerte figura de promotores de salud.

El problema de las síntesis es que dejan afuera muchas apreciaciones valiosas en la historia de la salud pública argentina.

Hecha esta salvedad e, intentando respetar los tiempos de exposición, voy a leer algunos párrafos del documento “DESAFIOS DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD EN ARGENTINA”, redactado para la Federación Argentina de Medicina General (FAMG) por mí, Silvana Forti, Adrián Alasino y Darío Montenegro en 2015.

Luego de hacer un recorrido histórico el documento resalta:

“(Que) 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/Sumar, 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.

(...)

“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.

“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 (Gérvas 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.

“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 resolutivez. 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.

Como propuestas, en el citado documento, se destacan:

“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.

“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 presentará 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.”

Nuevamente, con el ánimo de ser concreto, esta síntesis rescata lo que a mi juicio puede contribuir a esta Mesa, que comparto con tan distinguida compañía.