

¿QUÉ SIGNIFICA EN REALIDAD ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD?

Con reiterada frecuencia se menciona la estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS) como enfoque unívoco de Política Sanitaria para todos los países. Asimismo, cuando se habla de la inserción de temas relativos a Salud Pública en las pautas establecidas para evaluar las carreras de Medicina, se da por supuesto que la estrategia de APS es el modelo excluyente a transmitir a los alumnos. Reproduciendo una habitual confusión en la interpretación de este concepto, frecuentemente se menciona a la APS en el sentido del 1er nivel de atención, o de la atención ambulatoria básica en centros de salud.

Este error conceptual no es exclusivo de la Argentina, sino que se origina en una sorda polémica ideológica existente en los organismos sanitarios internacionales, acerca de la interpretación del concepto de APS. En esa polémica algunos enfatizan en lo referente a la prevención y el 1er nivel de atención, y otros en lo relativo a la integración de la totalidad de los recursos de la comunidad para alcanzar la meta salud para todos.

En realidad, al enunciar la APS, tal como fue definida en Alma-Átá por la OMS y UNICEF en 1978, se hizo hincapié en que se trata de una estrategia integral de organización sanitaria, que no se limita sólo al 1er nivel de atención, y que comprende:

a) recuperar la prioridad de las acciones de prevención y promoción, así como del 1er nivel de atención en la planificación de los servicios de salud;
b) la planificación estratégica, como medio para organizar los recursos de la comunidad con objetivos comunes;

c) la cobertura y la accesibilidad de la totalidad de la población a los servicios de salud;

d) la tecnología apropiada, como criterio de distribución de los recursos de diagnóstico y tratamiento en la proporción y desarrollo adecuados, según las necesidades de la población;

e) la utilización plena de todos los recursos humanos, tanto los profesionales, como los curanderos tradicionales, los colaboradores de la comunidad y la propia población;

f) la integración en una red de servicios de todos los recursos asistenciales de la comunidad;

g) la participación comunitaria en las decisiones estratégicas, a fin de determinar sus necesidades y expectativas prioritarias;

h) la descentralización administrativa como criterio operativo de la administración del sistema.

El énfasis que, los sanitarios o los especialistas en administración de servicios de salud, ponen en promover la prevención y el 1er nivel de atención no deriva de Alma-Átá, sino de criterios provenientes por lo menos desde la primera mitad del Siglo XX. No implica una innovación en el campo de la Administración Sanitaria, sino la aplicación lógica y racional del concepto de optimizar el empleo de los recursos, en términos de costo-efectividad. La estrategia de APS incorporó este concepto y le agregó otros componentes, que son el resultado de un prolongado proceso de consenso internacional, teniendo en cuenta que se gestó en plena Guerra Fría.

Pero la APS no es la única estrategia po-

sible para mejorar el desempeño de los sistemas de salud. Diversas reformas se lograron mediante otras estrategias o tomando aspectos parciales del enunciado de 1978. Por ejemplo, uno de los modelos de organización exitosos, como el de Canadá, inició su Seguro Nacional de Salud mediante la cobertura de las hospitalizaciones. La Seguridad Social alemana y el Servicio Nacional de Salud británico, están aplicando estrategias tendientes a transferir el riesgo financiero hacia los prestadores de servicios y establecer paquetes básicos de beneficios. México, en lo que corre de este Siglo, basó su reforma en dos ejes: un Seguro Público de Salud para la población sin capacidad contributiva, y una Cruzada Nacional por la Calidad tanto ambulatoria como hospitalaria con una fuerte participación comunitaria.

En la Argentina, el Plan de Salud más comparable a la estrategia de APS, fue el de Neuquén iniciado en 1973. No sólo volcó sus recursos a garantizar la prevención y el 1er nivel de atención, sino también en articular todos los servicios públicos centros de salud y hospitales en una única red integrada, que posibilitaba la máxima eficacia asistencial. Tanto los servicios básicos como los de alta complejidad, alcanzaron un óptimo nivel de calidad, porque lograron el compromiso de su personal con los propósitos de las autoridades gubernamentales. Pero en gran medida su éxito se debió a la estabilidad política de la Provincia. Sin embargo, no pudo asimilar adecuadamente la expansión tecnológica en el Alto Valle del Río Negro, y se fue desarticulando paulatinamente desde me-

diados de la década del 80.

Es indudable que nuestro país, además de ser uno de los que cuenta con mayor super población médica, con pendiente ascendente, presenta una tendencia a la especialización prematura de su cuerpo medico. Según algunas estimaciones, existe una dotación de 60% de especialistas, frente a un 40% de generalistas, cuando la proporción debería ser la inversa. Además la mayor parte de esos generalistas no se han capacitado específicamente como tales, sino que son el resultado de una no especialización. A diferencia de otros países como Holanda, en Argentina las autoridades sanitarias no tienen ninguna ingerencia en la determinación de la cantidad de profesionales que se requieren y, mucho menos, en el cupo de ingresantes que van a admitir las escuelas de Medicina.

La elección vocacional de la modalidad de ejercicio de la Medicina hacia la que se van a orientar los estudiantes, está en gran medida determinada por la imagen pública y la ubicación geográfica de las carreras en las que van a cursar sus estudios. En las ciudades donde existe una gran concentración de tecnología, es muy probable que los graduados se orienten hacia la especialización temprana, salvo que la Facultad realice un gran esfuerzo educativo e induzca incentivos profesionales hacia el ejercicio de la Medicina General, de la Medicina Familiar o de la prevención y el 1er nivel de atención. En cambio, en ciudades de menor concentración tecnológica, donde los vínculos entre los servicios de salud y la comunidad son más estrechos, seguramente los graduados se van a sentir más gratificados y reconocidos por la población, ejerciendo un enfoque generalista.

Más allá de las definiciones técnicas y de los contenidos de los planes de estudio, debe existir un compromiso fáctico de la

institución educativa, con el concepto integral de la estrategia de APS y con la orientación de los futuros graduados hacia la Medicina General, así como el interés por la prevención y el 1er nivel de atención. Un concepto integral de APS implica pensar el Sistema de Salud con un enfoque amplio y abarcativo, donde tanto la prevención y el 1er nivel de atención, como los servicios hospitalarios y aún los de más alta complejidad, cumplen un papel específico dentro de la organización, sin que lo más complejo sea equivalente a lo mejor. Esta orientación no se logra con más clases teóricas sobre APS, sino descubriendo en los estudiantes que su inspiración vocacional sublimada a menudo como ayuda al prójimo puede ser encausada a través del vínculo directo con la comunidad.

Como bien señala Julio Frenk, dentro del campo de la salud el adjetivo primaria ha sido utilizado con 3 significados diferentes: primer contacto, primer nivel y primeras causas. Para algunos, APS significa el sitio del primer contacto con el sistema de salud; éste ha sido el uso predominante en muchos países desarrollados, donde los proveedores de atención primaria suelen ser gatekeepers (porteros). Una dificultad es que hay otros puntos de primer contacto con el sistema de salud, tales como el servicio de Emergencias, a veces con patologías graves. En otros casos, el enfoque de 1er nivel de atención pone a la APS dentro de una estructura jerárquica, que la identifica con la simplicidad, tanto de las dificultades como de los recursos. En su forma extrema, esta visión se distorsiona confundiendo la atención primaria con atención primitiva, que no es sorprendente queda reservada para los pobres. Conviene acotar al respecto que, en los Ministerios de Salud de nuestras provincias, habitualmente se encuentran departamentos identificados como Atención Primaria

de la Salud, que en realidad sólo se ocupan de la coordinación de los centros de salud.

Como infiere el mismo autor, la noción de niveles primario, secundario y terciario parece provenir del campo de la educación. Esta identificación primigenia contribuye a aumentar la confusión. Suponer una equivalencia entre la atención primaria y la educación primaria es inadecuado por dos motivos.

Por una parte, en materia de salud no hay una progresión lineal desde problemas simples a complejos sobre la vida de un individuo. Una persona puede tener una enfermedad compleja y de alto riesgo como el cáncer, y durante su evolución ser afectado por un resfrío común. En el sistema educativo, los estudiantes avanzan en etapas secuenciales hacia la graduación. En el sistema de atención médica la única graduación posible es la muerte.

En síntesis, la estrategia de APS como su caracterización lo indica es una estrategia integral. Eludir la responsabilidad de afrontar los servicios hospitalarios, con el mismo énfasis que el 1er nivel de atención, implica limitarse a un contacto elemental con el sistema de salud, sin brindar la posibilidad de que cada paciente reciba el nivel de atención y los recursos necesarios, que su afección requiere. El concepto de Calidad y en particular la Acreditación Hospitalaria, tampoco pueden circunscribirse a la atención de mayor riesgo que se proporciona durante las internaciones, la calidad del primer contacto con el usuario es quizás lo más importante para encauzar adecuadamente su diagnóstico y tratamiento posterior. La Calidad, que también debe ser una estrategia integral, debe tener en cuenta todos los aspectos de los servicios a la población.

hugo e. arce