

Diez hipótesis sobre Atención Primaria de la Salud

Federico Tobar

La estrategia de Atención Primaria de la Salud enfrenta hoy desafíos distintos a los que encontró desde su bautismo oficial en la Declaración de Alma Ata. Por un lado ahora las tres cuartas partes de la población de la región habitan en ciudades. Por otro, aunque con ritmos distintos, todos hemos avanzado en nuestra transición epidemiológica. Ambos procesos, junto con otros, introdujeron un conjunto de nuevos desafíos y pueden hacer que las respuestas tradicionales resulten inadecuadas.

Por ello es necesario hacer una revisión de su significado, de los obstáculos que enfrentó y de las condiciones en que se encuentra el camino que deberá recorrer de ahora en más. Buscando contribuir a dicha revisión de ese documento son formuladas diez hipótesis. Dos de ellas intentan avanzar sobre una definición de la APS, cuatro buscan explicar por qué la estrategia no avanzó más y otras cuatro formulan una visión optimista de por qué ahora la estrategia puede consolidarse.

Dos hipótesis sobre el significado de la APS

Hipótesis I

Atención Primaria es trabajar sobre la salud más que sobre la enfermedad.

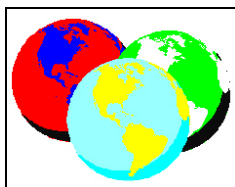
Según cuenta una vieja historia, un noble de la antigua China preguntó una vez a su médico, que pertenecía a una familia de sanadores, cuál de ellos era el mejor en el arte de curar.

«El médico, cuya reputación era tal que su nombre llegó a convertirse en sinónimo de “ciencia médica” en China, respondió: *“Mi hermano mayor puede ver el espíritu de la enfermedad y eliminarlo antes de que cobre forma, de manera que su reputación no alcanza más allá de la puerta de su casa.*»

“El segundo de mis hermanos cura la enfermedad cuando ya es extremadamente grave, así que su nombre es conocido más allá del vecindario.»

“En cuanto a mí, perforo venas, receto pociones y hago masajes de piel, de manera que, de vez en cuando, mi nombre llega a oídos de los nobles»

Hace miles de años un general chino llamado Sun Tzú escribió un libro que hoy conocemos con el nombre de *“El arte de la guerra”*, en cuyo prólogo figura este relato del médico¹. Es que medicina y guerra registran paralelos sorprendentes. La tesis central de la estrategia indirecta china, consiste en que las mejores victorias no se logran a través de las batallas sino de evitar las mismas.



El relato es una muestra milenaria de los vínculos entre salud y estrategia e ilustra como la tesis de Sun Tzú también se aplica a la salud: los servicios que tienen más visibilidad y alcanzan mayor fama suelen no ser los más importantes para preservar y cuidar de la salud. Durante los últimos cincuenta años y en especial con el advenimiento de la medicina hiper especializada, los servicios del primer nivel de atención se han convertido en el patito feo de la medicina asistencial. Testimonio de ello es que en la epidemia de reformas sanitarias que desde hace unos veinte años afecta al continente (tanto como al resto del mundo) son muy pocos los casos en donde se ha privilegiado la APS. Mientras tanto, los servicios de mayor complejidad, que se dedican más a la reanimación y rehabilitación que a preservar la salud, alcanzan fama y notoriedad, son tema central de películas y series televisivas y se instalan en el imaginario social como sinónimo de salud.

¿Sistemas de salud o de “enfermedad”?

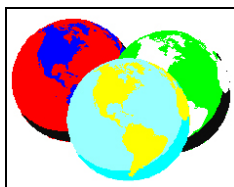
En atención médica hace más ruido un árbol al caer que todo un bosque que crece en silencio. De hecho, podemos postular que la mayor parte de aquello que denominamos sistemas de salud no son tal cosa. No pasan, en realidad, más que de sistemas de cuidados de la enfermedad. Ni siquiera la distinción que permite la lengua inglesa al nombrar las llamadas *Health Maintenance Organizations* norteamericanas resultaría adecuada, ya que los esfuerzos de aquellos sistemas no se centran en mantener la salud sino, en el mejor de los casos, en combatir la enfermedad.

Desde aquel relato milenario hasta hoy hemos perdido mucho más tiempo librando batallas que ganando guerras. Podría interpretarse que el informe Flexner no ha hecho más que ratificar, e incluso incorporar a la universidad, la noción de que la medicina exitosa no es la del hermano mayor del relato chino que evitaba el mal sino la del menor que simplemente lo trataba.

Alguna vez se afirmó que “pagar a un cirujano por cada intervención realizada sería como pagar a los militares por cada guerra declarada”. Y sin embargo, este ha sido el rumbo que predominó en nuestros sistemas de salud occidentales durante los dos últimos siglos.

Las cosas comenzaron a cambiar solo de forma muy reciente. Con la apertura de China hacia occidente la Organización Mundial de la Salud envió una misión a aquel país liderada por Halfdan Mahler en 1973. En su informe la misión destacó un conjunto de aspectos del sistema de salud desarrollado en China que revertía toda la concepción estratégica desplegada por la medicina en occidente. Entre otras cosas, a partir de 1965 los médicos en China asumían funciones de:

1. **Liderazgo:** organizando a la comunidad local, promoviendo el desarrollo de industrias caseras, ayudando a las escuelas y servi-



cios en general, organizando al pueblo para cuidar de la salud ambiental.

2. **Comunicación:** Desplegando cuidados preventivos que incluyen el uso de hierbas medicinales, orientar hábitos higiénicos y promover campañas de salud en todos los niveles para cambiar actitudes y costumbres.

3. **Control:** Apoyando al mantenimiento del orden social en el tránsito, policía e incendios, liderando movimientos en masa contra las “cuatro pestes”, controlando la potabilidad del agua y la limpieza de los locales públicos.

Estas actividades eran desarrolladas por Comités Comunales, involucrando un clima de auto confianza. En ellas se involucraban los diferentes segmentos de la población, tales como los jubilados, los soldados, los universitarios, diferentes categorías de trabajadores y grupos de mujeres; todos ellos actuando bajo la orientación de aquellos “médicos descalzos” .

Al año siguiente un informe liderado por el Dr. Lalonde y titulado “Una nueva perspectiva en la salud para los canadienses” presenta una visión occidentalizada de aquello que para los grandes sanitaristas ya era una verdad a gritos: **los sistemas de salud, tal como los conocemos resultan bastante poco eficaces para mantener la salud de la población.**

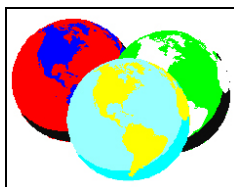
La consagración del discurso contra hegemónico parecía surgir en el marco de la Conferencia de Alma-Ata (1978). Entre las partes de la declaración que merecen destacarse vale la pena citar:

“I. La conquista del más alto nivel de salud exige de la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del sector salud.

IV. La población tiene derecho y deber de participar de forma individual y colectiva en la planificación e implementación de las acciones de salud;

VII-1 Atención Primaria de la Salud es, al mismo tiempo, el reflejo y la consecuencia de las condiciones económicas y de las características socioculturales y políticas del país y de sus comunidades;

VII-3 Comprende, al menos, las siguientes áreas; la educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención correspondientes; la promoción de la alimentación y de los nutrientes adecuados, el abastecimiento adecuado de agua potable y el saneamiento básico, la asistencia materno-infantil incluyendo la planificación familiar, la inmunización contra las principales enfermedades infecciosas, la prevención y lucha contra las enfermedades endémicas locales; el tratamiento apropiado de las enfermedades y



traumatismos comunes y la disponibilidad de medicamentos esenciales;

VII-4 incluye la participación, además del sector salud, de todos los sectores y campos de actividad conexas del desarrollo nacional y comunitario, en particular el agropecuario, la alimentación, la industria, la educación, la vivienda, las obras públicas, las comunicaciones y otros, exigiendo los esfuerzos coordinados de todos estos sectores;

VII-5 Exige y fomenta, en grado máximo, la auto-responsabilidad y la participación de la comunidad y del individuo en la planificación, organización funcionamiento y control de la atención primaria de la salud.”

Estos principios son confirmados luego en la carta de Ottawa.

Hipótesis II

Para que una población determinada consiga alcanzar definitivos resultados de salud es necesario que los servicios de salud derrumben sus paredes.

Por un lado, que los trabajadores de la salud (los médicos, pero no solo ellos) salgan del consultorio, salgan del quirófano, salgan de la sala de internación y se integren activamente en la comunidad ejerciendo las funciones de liderazgo, comunicación y control. Por el otro, que la gente de la comunidad ingrese a los servicios de salud, que participe activamente en la definición de las prioridades sanitarias y en la formulación e implementación de las acciones. Sin letra chica, sin tecnicismos, este es el verdadero significado de la Estrategia de Atención Primaria de la Salud.

No es lo mismo la APS como estrategia que el primer nivel de atención en salud. Esta es una consigna clara y compartida por todos los que trabajan en APS. Sin embargo, no siempre se percibe que hay una disputa entre APS y el primer nivel de atención en salud. Donde uno se expande el otro se retrae. Con muy pocas excepciones la APS como estrategia tiende a crecer más en áreas rurales y suburbanas que en áreas densamente pobladas. Algunas jurisdicciones han optado por trabajar con áreas programáticas de los hospitales. El saldo ha sido que los centros periféricos tienden a terminar atrofiados mientras los servicios externos del hospital de referencia incrementan su actividad. Esto a su vez, descaracteriza el perfil de servicio del hospital de referencia que se transforma en un pulpo que despliega actividades en los tres niveles de atención.

Es por eso que la alternativa es salir del sistema médico. Desplegar acciones de base comunitaria y participativa trabajando más afuera de los consultorios que dentro de ellos. El principal fundamento de esta apertura es que **la Atención Primaria de la Salud puede constituir un poderoso instrumento de inclusión social.**



Con gran parte de la población sumergida en la pobreza, el desempleo, e incluso sucumbiendo ante tácticas desesperadas de supervivencia como recolectar cartones o incluso robar, no hay ningún ámbito que permita ejercer la ciudadanía en mejores condiciones de igualdad que la APS. Los derechos gremiales, hoy son casi exclusivos de la elite que tiene trabajo, la educación también se restringe a unos pocos, la atención médica especializada solo iguala desde el sufrimiento. Pero la posibilidad de participar en APS es igual para todos y genera beneficios comunes. Tanto para ricos como para pobres, para víctimas como para victimarios.

¿Por qué la estrategia de APS no avanzó más?: cuatro hipótesis explicativas

No se puede hablar de un supuesto fracaso de la Estrategia de APS ya que esta existe y crece en todo el mundo. Sin embargo, tampoco podemos afirmar con certeza que hayamos alcanzado la meta de “salud para todos en el año 2000”. Además, es llamativo que habiéndose acumulado tanta evidencia de la efectividad de esta estrategia, los avances hacia ella a nivel mundial resulten tan tímidos.

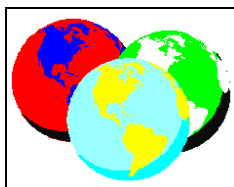
Tomemos un solo ejemplo, un estudio longitudinal en Costa Rica que luego de evaluar el peso de diferentes determinantes sobre la reducción de la Tasa de Mortalidad Infantil (que pasó de 68‰ en 1970 a 20‰ en 1980), concluyó que en un 41% las conquistas responden al fortalecimiento de la APSⁱⁱ. Cabe entonces preguntarnos ¿Cuántas muertes de niños podríamos haber evitado en América Latina durante los últimos veinte años si el avance de la estrategia de APS hubiera sido mayor?

Los servicios de primer nivel, rara vez consiguen reconvertirse hacia verdaderos instrumentos de APS y en los presupuestos sanitarios no se refleja la APS como prioridad. Se pueden ensayar cuatro hipótesis al respecto, una ideológica, una económica, una organizativa y una política.

Hipótesis III

Las consignas de Alma-Ata subvierten en gran manera el orden instituido.

Aún hoy, su lectura y las prioridades que de ella surgen sugieren un desenlace completamente radical. Una verdadera comunidad organizada, o mejor dicho, auto-organizada, responsable de su salud desarrollando acciones sustentables. En fin, todo un conjunto de valores que si bien en el siglo XXI han sido apropiados (y en parte resignificados) por el discurso del desarrollo humano y del capital social impulsado por agencias internacionales, hace unos veinte o treinta años podían sonar como fuertes amenazas al orden nacional e internacional instituido.



En otras palabras, hizo falta que caigan definitivamente el muro de Berlín, las amenazas del foquismo soviético o de irradiación cubana, así como toda alternativa de terceras posiciones y tercermundismo para que puedan ser presentadas nuevamente en sociedad y con cara lavada consignas como “*el poder a la gente*” (hoy rebautizado *empowerment*), u “*organizaciones de base*” (hoy bajo formas y rótulos diversos como ONGs, Organizaciones de la Sociedad Civil o aún *Grass Roots*).

Hipótesis IV

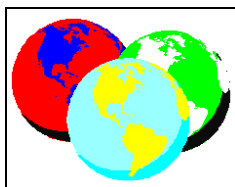
Para que la estrategia de APS adquiriera un impulso epidémico era requisito que se instauraran los mecanismos de financiación adecuados para sustentarla.

Es fácil verificar cómo en la puja distributiva por los recursos siempre la alta complejidad le ganó al primer nivel de atención. También hemos postulado que en la misma disputa el primer nivel de atención le ganó a la estrategia de APS. Por lo tanto, es imprescindible revisar la distribución y asignación de recursos sanitarios apuntando a equilibrar este desnivel a favor del segundo y tercer nivel de atención. Hacía falta (y aún hoy) flujos de financiación capaces de incentivar acciones integrales, que estimulen la detección precoz, la promoción, la prevención, pero más que nada la ruptura de las paredes de los centros de salud.

No hemos avanzado lo suficiente en identificar mecanismos de financiación adecuados para fortalecer y consolidar la APS. Tal vez esto se deba, al menos en parte, a que la APS ha venido detentando una participación relativamente baja en el total de recursos destinados a la salud. Aunque no deja de ser lamentable, esto involucra una justificativa tautológica. Durante los últimos años se ha conseguido avanzar bastante en la vinculación de los presupuestos de los hospitales a sus perfiles de producción. Esto permitió incorporar incentivos concretos para que los servicios se orienten hacia la atención de determinados casos. Sin embargo, en APS la innovación tendió a limitarse a la introducción de modelos de transferencia que difícilmente introducen incentivos concretos para desplegar acciones de promoción y prevención, como los esquemas capitados.

Por este motivo, estudiar y diseñar los mecanismos de financiación de la estrategia de APS constituye una prioridad estratégica. Esto implica avanzar en la respuesta a preguntas del tipo de ¿cuál es el volumen adecuado de recursos que debe destinarse para la atención primaria de una determinada población? ¿Cómo distribuir territorial y funcionalmente los recursos de forma equitativa? ¿Qué esquemas de contratación y asignación resultan adecuados para incentivar las prácticas de promoción y prevención?

El principal fundamento por el cual vale la pena este esfuerzo es que la APS constituye un poderoso instrumento de redistribución del ingreso. A nivel mundial un conjunto de estudios ha demostrado que



las inversiones en APS no solo son altamente costo-efectivas sino fundamentalmente tienen un alto impacto redistributivo.

Por definición, los centros periféricos se ubican en las zonas más vulnerables. Esto es porque, aún cuando el acceso es universal, la red de Centros de Atención Primaria de la Salud tiende a prestar sus servicios de forma altamente focalizada entre los sectores más pobres de la población. En otras palabras, hay muchos más ricos acudiendo a los servicios hospitalarios y de alta complejidad que a los Centros de Atención Primaria. Esta auto focalización espontánea de la demanda permite que los recursos invertidos lleguen más directamente a los más necesitados¹.

Hipótesis V

La estrategia de APS no avanzó al ritmo esperado porque nuestro conocimiento sobre las organizaciones tampoco lo hizo.

A pesar de que es mucho lo que se escribe y se dice, es realmente poco lo que sabemos sobre cómo diseñar y conducir organizaciones. Es menos aún lo que sabemos sobre las especificidades de las organizaciones de salud y, dentro de ellas una vez más las organizaciones de APS constituyen el patito feo.

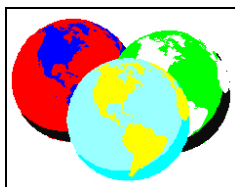
El ritmo evolutivo de la ciencia médica, por ejemplo, avanza años luz por delante del de la Teoría de las Organizaciones. Durante los últimos años hemos aprendido mucho sobre nuestros órganos pero poco sobre nuestras organizaciones. Es, incluso, discutible que la ciencia de las organizaciones haya alcanzado el *status* paradigmático de “ciencia normal” en el sentido que Thomas Kuhn otorgó al término.

Es innegable el significativo espacio que las problemáticas de la administración y gestión vienen ocupando dentro del sector salud. Las publicaciones y la oferta de cursos en el área se multiplican año a año siguiendo una curva logarítmica. Sin embargo, es muy poco lo que se ha avanzado en cuestiones tales como la identificación y evaluación de competencias en la gestión de servicios de APS, las nociones indispensables de logística adecuadas al abastecimiento y operación de insumos en servicios de primer nivel o los mecanismos de coordinación de actividades de promoción y prevención.

Baste un ejemplo concreto, quizá el tema de gestión más abordado por la literatura administrativa en APS sea la programación local.

¹ Un ejemplo concreto lo constituye el Programa Remediar de Argentina donde según la evaluación externa del mismo desarrollada por el SIEMPRO llega a un 96% de beneficiarios por debajo de la Línea de Pobreza y entre ellos un 71% son extremadamente pobres (indigentes). Por este motivo, la inversión en medicamentos para APS de dicho programa consigue mejorar en un 60% la equidad en el gasto de medicamentos del país (medida a través del coeficiente de Gini)

Ver: <http://www.iadb.org/sds/doc/Remediar2.pdf>



Cuando se revisan los documentos se los puede clasificar con facilidad en dos categorías bien diferenciadas. Por un lado aquellos que siguen una tradición predominantemente intelectual y eminentemente crítica, generalmente son documentos de escasa aplicación que solo resultan accesibles a quienes cuentan con formación en ciencias sociales. En el otro extremo se encuentra una serie de manuales demasiado introductorios, dirigidos a un público predominantemente rural y de bajo nivel de instrucción. Se trata de publicaciones cargadas de ilustraciones que se asemejan a los libros escolares y con frecuencia llevan sus recomendaciones prácticas a niveles de bajísima abstracción del tipo “es conveniente siempre tener un cuaderno para anotar los pedidos, reclamos y sugerencias de la comunidad”.

¿Cual es la imagen del gerente de APS que tenemos? Pareciera que vamos del maestro rural al estudiante avanzado de sociología. El problema es que cada día avanzamos más hacia la constitución de servicios urbanos y gerenciados por médicos. Es decir por profesionales con un alto nivel de instrucción, capaces de operar volúmenes significativos de información y de abstracciones. Sin embargo, relativamente analfabetos en aspectos administrativos y gerenciales.

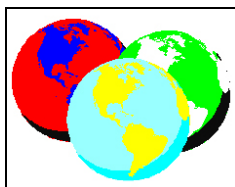
Hipótesis VI

La estrategia de APS se contagió de la debilidad de las políticas.

Durante las dos últimas décadas del siglo XX hubo un protagonismo mucho mayor de los sistemas que de las políticas de salud. La propia noción de “políticas saludables” adquiere un tono contrahegemónico que solo cobra verdadero impulso a finales de los noventa. Nuestras políticas de salud no solo han sido predominantemente curativistas, sino que, además, se orientaron más a curar a los sistemas que a las personas.

Tal vez la mayor consecuencia de esta epidemia reformista ha sido la descentralización de los servicios de salud. No hay prácticamente ningún país de la región que no haya dado algún avance en ese sentido. Se configuró así una situación paradójica, ahora los servicios son locales pero las políticas continúan siendo verticales y se siguen formulando de forma centralizada. La forma encontrada para compatibilizar ambas situaciones en muchos casos ha sido relajar los controles de los programas: hay mínima rendición de cuentas, un monitoreo mínimo y la evaluación de impacto brilla por su ausencia.

“*Nada hay nuevo bajo el Sol*”, comienza el libro del Eclesiastés. Lo mismo se aplica a nuestro ámbito sanitario. Gran parte de la innovación que propone la estrategia de APS es ya prédica antigua. En un artículo póstumo, Brian Abel-Smith, usaba otra metáfora bíblica, la de “*vino nuevo en odres viejos*” para referirse a las pseudo innovaciones que llegaban a Europa con la etiqueta americana del *Managed Care*. “*¿Dónde está la novedad en centrar el modelo en médicos de familia o en*



priorizar la internación domiciliaria? -Se preguntaba el padre de la economía de la salud-... si hace varios años que lo venimos haciendo, incluso antes de que existieran las Health Maintenance Organizations americanas^{mii}.

En síntesis, no se trata de asumir la petulancia de que contamos con un invento nuevo. Se trata de reconocer que ***hemos tenido mucha dificultad y lentitud para incorporar herramientas de gestión y financiación adecuadas para que los sistemas de salud privilegien al primer nivel de atención y más aún para que el primer nivel de atención se transforme en la estrategia de APS.***

¿Por qué la estrategia de APS ahora puede avanzar?: Cuatro hipótesis optimistas

Sin embargo, podemos ser optimistas con respecto al futuro. Hoy soplan vientos de cambio y se abren nuevas oportunidades para avanzar hacia la estrategia de APS de forma más decisiva y acelerada.

Podemos postular al menos cuatro motivos por los cuales la APS puede recobrar su sentido estratégico y representar la puerta de salida a una crisis sanitaria endémica.

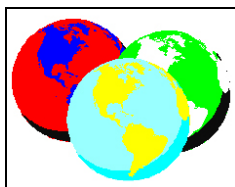
Hipótesis VII

La organización y la participación comunitarias han sido redimidas.

Dejaron de ser representadas como fantasmas asustadores y aparecen en el nuevo discurso como manifestaciones deseables del Capital Social. Por ejemplo, no solo los gobiernos centrales y locales sino también los organismos internacionales y las ONGs donantes del mundo rico, estarían dispuestos a apoyar políticas y acciones que hasta hace pocos años hubieran resultado sospechosos o “peligrosos”.

Por otro lado, se vincula ahora a la participación comunitaria más con la transparencia que con la insurgencia. Los ecologistas saben que un río o lago tiene aguas limpias cuando en ellas habitan determinados peces. La participación comunitaria ejerce una función de alerta similar en las organizaciones sociales, su prevalencia es prueba de un funcionamiento justo y transparente. Donde abunda la participación es poco probable que haya espacio para prácticas clientelistas o desvíos en el uso de los recursos. La gente solo se involucra para contribuir a causas en las que cree y ve reciprocidad. Cuando esto no ocurre, la participación va desapareciendo de a poco. Como los peces, desaparece de los ambientes turbios.

Pero fortalecer la participación comunitaria en entornos urbanos plantea nuevos desafíos. La mayor proximidad geográfica y los medios de transporte públicos podrían facilitar el contacto entre las personas y favorecer la participación comunitaria. Sin embargo, la experiencia in-



ternacional demuestra que esto no es así. La gente es más proclive a participar en las áreas rurales y ciudades medianas que en grandes urbes y suburbios. En parte esto se debe al contexto de inseguridad general. Por ejemplo, si una persona toca el timbre en un hogar urbano para hacer un relevamiento del área de influencia de un centro de APS, la primer reacción de los habitantes es de miedo y desconfianza. Esto involucra un desafío mayor para la convocatoria que necesariamente requerirá del apoyo de los medios masivos de comunicación y de la articulación interinstitucional con ONGs y otros servicios públicos, como por ejemplo los centros educativos.

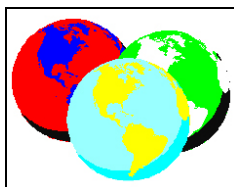
Hipótesis VIII

Estamos más proclives a un pensamiento de síntesis y conciliación.

“La historia de los hombres -afirmaba Wilfredo Pareto- puede describirse como la historia de la circulación de elites por las posiciones de poder”. Esta filosofía de la historia permite, tal vez mejor que ningún otro enfoque, dar cuenta de la evolución reciente de los sistemas de salud. “Lobos” y “leones” se alternaron en el poder intentado imponer su discurso y modelar los sistemas según su propia visión. Durante los últimos treinta años nos debatimos entre enfoques que tendían al fundamentalismo. Los sesenta y setenta fueron épocas de Lobos, floreció entonces un pensamiento sanitario combativo y, a veces, de barricada. En oposición, durante los ochenta y noventa consolidaron su hegemonía los Leones impulsando en el sector salud un enfoque de base economicista y gerencialista. A lo largo de más de veinte años (o de miles de millones de dólares invertidos, para quien prefiera usar otra unidad de medida) se intentó implementar acciones reformistas (que podrían mejor ser llamadas de “reacciones”) buscando focalizar los servicios, financiar la demanda y cobrar a los usuarios por las prestaciones, desplazar los focos de conflicto del centro hacia la periferia de los sistemas y contener costos.

Pero mientras esto ocurría en las alturas, allí abajo en los servicios, la vida continuaba. En algunos casos, las reformas leoninas avanzaron. En otros, servicios sanitarios inspirados por lobos hicieron fuerte resistencia a embates de los leones. Los resultados no son claros. Aunque el discurso de los leones parece haberse consolidado, la mayoría de los servicios continúan siendo universales, gratuitos, financiados por la oferta y los de mayor complejidad no solo siguen siendo centrales sino que constituyen hoy dolores de cabeza aún mayores para las autoridades sanitarias.

Se comienzan ahora a percibir nuevos matices. Ni lo blanco era tan blanco, ni lo negro era tan negro. En un comienzo, se resistía al discurso de la economía de la salud tildándolo de neoliberal y privatista. Pero hoy somos varios los economistas de la salud que nos arrepentimos de



nuestros pecados juveniles y somos muchos menos pretenciosos. Ya no recitamos el “Invertir en Salud”^{iv} y comenzamos a aceptar que nos falta mucho para lograr respuestas concretas a preguntas simples tales como ¿cuánto debe gastarse en salud? ¿cuál es la modalidad más eficiente para contratar y pagar los servicios de Atención Primaria?, etc.

Por otro lado, luego de la desconfianza inicial los militantes históricos de la APS comienzan a percibir que los cambios en las modalidades de presupuestación y contratación, pueden incorporar oportunidades. O al menos, comienzan a aceptar que mientras una racionalidad económica restringida mantenga su hegemonía, será tácticamente necesario que los sanitaristas aprendan a operar el lenguaje y las herramientas de la economía ya que es poco probable que ocurra la situación inversa. De lo contrario, en la disputa de recursos, el sector sanitario siempre saldrá perdiendo y dentro de él, el menos beneficiado seguirá siendo el primer nivel (y ni hablar de las acciones de promoción y prevención)

Hipótesis IX

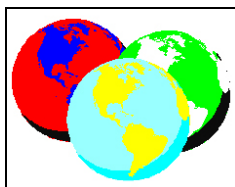
Es más viable construir la reforma de salud desde el primer nivel de atención.

Cuenta la leyenda que encerrados en el laberinto de Creta, Dédalo y su hijo Ícaro consiguieron escapar construyéndose alas con plumas y cera. Ícaro se entusiasmó con el invento y comenzó a volar cada vez más alto. Pero al aproximarse al sol sus alas se derritieron y se desplomó.

Es posible que, al igual que Ícaro, nuestro error fuera buscar impulsar la estrategia de APS demasiado alto. De hecho a nivel de sistemas nacionales tal vez sólo Costa Rica y Cuba presentan sólidas evidencias de haber priorizado la APS². Pero aunque hubo pocos Ícaros, podemos esperar que haya habido varios Dédalos que se contentaron con volar bajo y consiguieron impulsar la estrategia a nivel local.

La declaración de Alma Ata fue realizada en un momento muy difícil del mundo en sus luchas ideológicas. Esto impulsó una revisión conceptual en la mayoría de los países y especialmente en América Latina que, entre otras ideas, desembocó en el concepto de SILOS (Sistemas Locales de Salud). La formulación de los SILOS repercutió sobre la estrategia de APS brindando una salida política pero, en especial, desplegaba una formulación instrumental para fomento de la salud a nivel

² Quizás el Programa de Saúde das Famílias (PSF) de Brasil sea el mayor programa de APS del mundo, con casi veinte mil equipos de salud operando en 5.175 municipios y brindando cobertura a 60 millones de brasileños. Sin embargo, no se puede afirmar que este programa reciba más recursos que la atención especializada o las prestaciones hospitalarias.



local y comunitario. En otras palabras, dio continuidad programática al proyecto que había quedado trunco en la década de los 70.

Luego de mil intentos y pocos inventos hemos aprendido que el cambio comienza desde abajo. Es más viable lograr cambios en el primer nivel de atención que en el tercero y en particular esos cambios tienen mayor potencial de impacto a nivel de la efectividad de las acciones sanitarias. Es más viable lograr cambiar el modelo de gestión de un centro de atención que redefinir el funcionamiento de una red ó peor aún de todo un sistema nacional.

Hoy comenzamos a entender que hacer **gestión** es conducir voluntades y que **organización** es el milagro que se logra cuando se consigue sincronizar esas voluntades atrás de un objetivo conjunto o misión. A la luz de esas definiciones resulta claro que es más viable comenzar la transformación desde el primer nivel de atención.

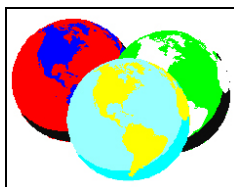
Hipótesis X

Construir la estrategia de APS es un desafío de articulación.

Durante la segunda mitad del siglo XX, la APS obtuvo grandes conquistas. Sin embargo la naturaleza de los desafíos de salud ha cambiado. Se operaba entonces sobre las denominadas “áreas blandas” de políticas (aquellas en las cuales los esfuerzos e inversiones presentaban rendimientos crecientes a escala) y los esfuerzos eran centrados en la población rural. Ahora, que las tres cuartas partes de la población latinoamericana vive en ciudades y que hemos avanzado en nuestra transición epidemiológica, resulta más difícil lograr proezas equivalentes a las de nuestros héroes sanitarios. Es que en las grandes ciudades las metas blandas de las políticas de salud ya fueron alcanzadas. Hoy los problemas prevalentes son las causas externas, las enfermedades mentales y los tumores (incluso por encima de las afecciones cardíacas).

En otras palabras, aquellos simples esquemas de intervención ya no detentan el mismo poder sanitario. Por ejemplo, desplegar una estrategia de agentes sanitarios en grandes ciudades registraría un impacto relativamente menor que en suburbios y áreas rurales a no ser que se los conciba como guardianes del tránsito, agentes de seguridad, o incluso promotores del uso racional de medicamentos.

Hoy sabemos que para fortalecer la estrategia de APS no es necesario (ni probablemente tampoco conveniente) crear una Secretaría, una Dirección y ni si quiera un Programa nuevo. Es más importante articular los esfuerzos y sincronizar los recursos existentes. Existen a nivel de los gobiernos nacionales, provinciales y municipales, múltiples acciones del primer nivel de atención. Además, las organizaciones de la sociedad civil contribuyen a la salud de la población y están dispuestas a reforzar su compromiso. Lo que hace falta es coordinar dichos esfuerzos a través



de una estrategia integradora y convocante. En otras palabras, aquello que en otra época hubiéramos llamado un **“Proyecto Nacional”**.

Hacia el interior de las jurisdicciones correspondientes es recomendable que la iniciativa se organice a través de una estructura matricial, estableciendo líneas de cooperación entre los diferentes programas y unidades existentes.

La cooperación intergubernamental puede valerse de herramientas como la carta compromiso. Es decir, que cuando el gobierno nacional consiga identificar y articular todos los recursos humanos, tecnológicos y financieros de que dispone para fortalecer integralmente la APS, las presente a cada jurisdicción subnacional. En un taller conjunto los grupos de trabajo podrán entonces, especificar acciones a seguir y fundamentalmente formular metas a ser alcanzadas. Si se lograra el consenso, el programa resultante podría ser instituido a través de un documento público donde las autoridades de ambas jurisdicciones asuman un compromiso mutuo.

Hacia la sociedad esta convocatoria debe proponer una organización en red. Esto significa abrir progresivamente canales de comunicación y participación y favorecer la incorporación de nuevos nodos, nuevos agentes, efectores, voluntarios, etc., que con roles bien definidos puedan contribuir a la estrategia.

Cabe a los gobiernos la responsabilidad de garantizar la factibilidad y la consistencia sanitaria de la estrategia. Sin embargo, la sostenibilidad de la política y la garantía de su continuidad en el tiempo, supera las atribuciones de cualquier autoridad sanitaria. No es el gobierno sino la sociedad civil quién instituye una línea de acción como política de Estado.

En otras palabras, quienes coyunturalmente conducimos acciones de gobierno en salud debemos hacer nuestras las palabras de Ghandi cuando decía *“Aunque supiera que mañana se acaba el mundo igual hoy seguiría luchando”*. Pero sin olvidar que nuestros esfuerzos siempre resultarán insuficientes para garantizar el cambio.

Son estos factores los que nos alientan a soñar con que algún día los “patitos feos” puedan al fin convertirse en cisnes.

Referencias

-
- ⁱ SUN TZU. *“El arte de la guerra”*. Versión de Thomas Cleary. Edaf. Madrid. 1993.
 - ⁱⁱ ROSETO BIXBY, Luis. *“Determinantes del descenso de la Mortalidad Infantil en Costa Rica”*. Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana 99 (5) 1985:510-526.
 - ⁱⁱⁱ ABEL-SMITH, Brian. *“Health Reform: Old Wine in new bottles”*. Eurohealth (vol 1). Junio de 1995. Página 8.
 - ^{iv} Banco Mundial. *“Informe sobre el Desarrollo Humano”*. 1993. Washington D.C.