

**REVISTA
ARGENTINA
DE MEDICINA**

ÓRGANO CIENTÍFICO DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE MEDICINA

**APORTES DE
LA SALUD COMUNITARIA
A LA CLÍNICA MÉDICA**

**Consejo de Salud Comunitaria
de la Sociedad Argentina de Medicina**

*La mayoría de las personas no se mueren por enfermedades incurables,
sino porque, en ciertas sociedades, aún no se ha decidido que vale la pena salvarles la vida.*

Mahmoud Fathalla [médico egipcio]

ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD: DE DÓNDE VIENE Y HACIA DÓNDE VA

A mediados de la década de 1970, en un contexto de Guerra Fría, con gobiernos dictatoriales en gran parte de América Latina, guerras en el sudeste asiático, tensión entre China y la entonces Unión Soviética, la Organización Mundial de la Salud decidió impulsar la atención primaria de la salud (APS). Su entonces director general, el danés Hafdan Mahler, secundado por un destacado grupo de sanitaristas con un claro entendimiento de la situación internacional, impulsaron esa estrategia que suponía un cambio decisivo en lo que se entiende como sistemas de salud. Hasta ese momento la noción de sistema comprendía a servicios hospitalarios con complejidad creciente y división por especialidades. La nueva estrategia impulsaba sistemas de salud que partían de la movilización social, comunitaria, con servicios de salud insertos en cada conjunto poblacional y articulados con el resto de los niveles de complejidad.

Mahler, un visionario comprometido desde joven con las poblaciones más carenciadas y distantes de los recursos tecnológicos, se convirtió en el carismático referente de esta nueva estrategia. No estaba solo, algunas y algunos de sus acompañantes eran herederos de la tradición sanitaria que sustentó el surgimiento de la propia Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1948, otros provenían de experiencias nacionales y regionales en las que la solución de los problemas de salud se alcanzó reduciendo la desigualdad y asegurando el acceso a mejores condiciones de vida a las poblaciones marginadas de ese derecho.

En ese marco, los sanitaristas (en su mayoría médicas y médicos con rica experiencia de trabajo en terreno) definieron la estrategia de atención primaria de la salud. Que, vista en perspectiva, obliga a reconocer que pocos conceptos han logrado ser tan influyentes en el campo de la salud pública como el de APS. Lleva más de cincuenta años en el escenario mundial y sigue siendo un marco de referencia para definir el modelo de sistema de salud que cada país desea. Las razones que justifican una vida tan duradera de un concepto técnico en el campo de la salud pueden encontrarse en su capacidad explicativa, en la solidez de los resultados que avalan su utilización y en el hecho de que su formulación se arraiga en valores defendidos históricamente. En el concepto de APS, convergen cada una de esas posibles explicaciones.

Dentro de las narrativas del surgimiento y adopción del concepto de APS, se destacan los datos que aportó Marcos Cueto (1), un destacado historiador de la salud, inicialmente profesor de la Universidad Cayetano Heredia de Perú, y ahora investigador y docente en Fiocruz, en Río de Janeiro,



Dr. Hugo Mercer.

ro, Brasil. Cueto explica que el clima intelectual que abrió camino a la formulación de la APS hay que buscarlo en el diálogo entre funcionarios de la OMS y miembros médicos del Consejo Mundial de Iglesias. La cercanía entre las sedes centrales de ambas instituciones en Ginebra, Suiza, no era sólo geográfica, sino que también existían afinidades intelectuales y valorativas entre las personas. Todos ellos tenían experiencia internacional en “misiones” en los países más pobres del planeta. Fuera a través de los órganos de comunicación de ambas instituciones, en los foros de debate técnico o incluso en las respectivas cafeterías de ambos organismos, se fueron dando las condiciones necesarias para traducir un enfoque integral acerca de lo que deberían ser sistemas de salud sustentables, capaces de brindar atención a las poblaciones más desprotegidas del mundo.

Desde otros contextos John Bryant (1971), Carl Taylor (1976) y Kenneth Newell (1975) (2) venían planteando la necesidad de estrategias originales e innovadoras para los sistemas de salud en los países en desarrollo, en especial para aquellos que habían conquistado recientemente su independencia al desprenderse de dominaciones coloniales. Tanto los sanitaristas de la OMS, del Consejo Mundial de Iglesias, o los procedentes de las Escuelas de Salud Pública de EE.UU., Europa o América Latina compartían la convicción de que no era posible reproducir una estructura hospitalaria y la capilaridad de consultorios médicos privados en países carentes de infraestructura física, de tecnología, y sobre todo, de los recursos humanos necesarios para brindar adecuada prevención y atención sanitaria de toda la población.

Ese clima inicial de consenso, construido entre quienes mantenían afinidades conceptuales y prácticas, no duró demasiado. Poco después de haber logrado que todos los Estados miembros de la OMS suscribieran la Declaración

de Alma Ata, Kazajistán en 1978, comenzaron las tensiones y disputas acerca del alcance de la APS. Para la OMS, la APS era una estrategia integral que abarcaba todo el sistema sanitario y debía ser construida desde abajo hacia arriba, con recursos adaptados a las condiciones locales. Para los organismos financieros, pero sobre todo para la Unicef y para la Fundación Rockefeller (que era una fuerte presencia intelectual en la salud pública mundial desde principios del siglo XX). La APS debía ser selectiva, priorizando algunos programas, en algunos grupos poblacionales respecto de problemas de la salud cuya reducción o eliminación iban a tener resultados más inmediatos en la salud colectiva. El debate entre integralidad y selectividad abarcó casi los primeros cuarenta años de implementación de la estrategia.

En 2008, la OMS consideró que era preciso revitalizar la estrategia de APS, y emprendió esa renovación al publicar su informe anual bajo el combativo título “APS, más necesaria que nunca” (3). La lucha ya no era contra la selectividad sino

contra los riesgos para los sistemas de salud, que tanto en los países ricos como en los más pobres estaban siendo distorsionados en cuanto a sus valores y objetivos por una creciente mercantilización. La renovación de la APS impulsaba cinco grandes reformas destinadas a fortalecer: la participación social, la intersectorialidad que promueve la salud a través de todas las políticas públicas, la gobernabilidad del sistema mediante una moderna rectoría del Estado, la universalidad en el acceso a los servicios y, muy importante, volver a centrar los servicios de salud en la atención a las personas, y ya no por enfermedades o criterios organizativos de las instituciones hospitalarias.

A lo largo de este medio siglo de APS en espacios de debate y de construcción de políticas de salud, es posible identificar una diversidad de enfoques y conceptualizaciones que aquí se resumen. El cuadro no da cuenta de una tarea concluida: APS aún sigue siendo un espacio para la producción y creación de mejores respuestas a las necesidades sociales.

ENFOQUES Y CONCEPTUALIZACIONES SOBRE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD		
Enfoque	Definición o concepto de APS	Énfasis
APS selectiva	Se focaliza en un número limitado de enfermedades, servicios de alto impacto o bien en grupos poblacionales seleccionados. Ejemplo de esa focalización es el programa GOBI (control del crecimiento, técnicas de rehidratación oral, lactancia materna e inmunización) o GOBI-FFF (cuando incorporó alimentos suplementarios, alfabetización de la mujer y planificación familiar)	Conjunto limitado de actividades de los servicios de salud para los pobres
Atención primaria	Puerta de entrada al sistema de salud y al sitio para la atención continua de salud de la mayoría de la población	Acepción más común en Europa y en países industrializados. Este enfoque está relacionado con la disponibilidad de médicos especializados en medicina general o familiar
“APS ampliada”	La declaración de Alma Ata define la APS como un primer nivel amplio e integrado, que incluye elementos como participación comunitaria, coordinación intersectorial, y descansa en una variedad de trabajadores de la salud y practicantes de las medicinas tradicionales	Incluye: respuesta a los determinantes de la salud; cobertura y accesibilidad universal según la necesidad; autocuidado y participación individual y comunitaria; acción intersectorial por la salud; tecnología apropiada y costo-efectividad en relación con los recursos disponibles
Una estrategia para organizar los sistemas de atención de salud y la sociedad para promover la salud	El enfoque de salud y derechos humanos concibe la salud como un derecho humano y subraya la necesidad de responder a los determinantes sociales y políticos	Una filosofía que atraviesa la salud y los sectores sociales
Atención primaria de la salud renovada	En 2008 la OMS impulsó una renovación de la APS que se sustenta en cinco reformas: mayor participación social, cobertura universal, mejor gobernabilidad del sistema de salud, salud en todas las políticas públicas, y colocar a las personas en el centro del sistema de salud	Recupera los determinantes sociales, busca reducir la comercialización de los servicios y fortalece la intervención estatal.

En el contexto de la presente pandemia por covid-19, son varias las voces (4) que reclaman por sistemas de salud que sean capaces de soportar las enormes demandas que generan crisis y catástrofes como la que actualmente enfrentan muchos países. No basta con ampliar y reconstruir lo existente, se necesitarán sistemas de salud diferentes, más equitativos y con pleno acceso a todas las etapas, desde la promoción de la salud a la prevención y atención de la enfermedad. Como bien señalan Kickbusch y colaboradores: “La pandemia no puede ser vista como un hecho aislado, es parte de una trama de riesgo. Vivimos en el antropoceno, una era definida por el surgimiento de sociedades humanas, con un impacto –en el siglo XX– sobre el planeta que no reconoce precedentes. Implica una acumulación de riesgos –ecológicos, pandémicos, financieros, sociales, militares, bélicos, del terror, bioquímicos e informacionales– que están interconectados y se retroalimentan”.

En Argentina, ya se ha iniciado el debate sobre el futuro de nuestro sistema de salud una vez que se supere la pandemia. Una parte de ese debate girará en torno a la habitual distribución de responsabilidades entre los sectores público, de la seguridad social y privado; eso es lo esperable. No obstante, a la luz de la experiencia nacio-

nal e internacional, el debate tendrá que otorgar espacio e importancia a la presencia de la APS en el futuro sistema de salud argentino. Un sistema que sea capaz de hacer realidad respuestas integrales y equitativas para toda la población del país.

Hay aspectos de esa construcción que ya se empezaron a esbozar durante la pandemia: las políticas de conservación y defensa de los puestos de trabajo, las ayudas a pequeñas y medianas empresas, alimentos para las poblaciones más vulnerables, y otras medidas que expresan intersectorialidad y participación social, intervención rectora del Estado, acciones todas ellas que son constitutivas de una APS renovada.

Dr. Hugo Mercer

Universidad de San Martín.

Sociólogo. Ex profesor titular de Sociología de la Salud en la Facultad de Ciencias Sociales.

Profesor de la Universidad de Buenos Aires.

CONTACTO PARA CORRESPONDENCIA

hmercer@unsam.edu.ar

Referencias bibliográficas

1. Cueto M. The origins of primary health care and selective primary health care. *Am J Public Health* 2004;94(11):1864-74
2. Bryant J. Health and the developing world, NY; Cornell University Press, 1969; Taylor CE, Doctors for the Villages, NY Asia Publishing House, 1976; Newell K, Health by the people, Geneva, WHO; 1975
3. OMS. Atención primaria de la salud, ahora más necesaria que nunca. 2008. Disponible en https://www.who.int/whr/2008/08_report_es.pdf. [Último acceso: junio 2021.]
4. Kickbusch I, Leung GM, Shattock RJ. Learning from crisis: building resilient systems to combat future pandemics. *Lancet* 2021;398:e2-6