

CENTRO TEPOZTLAN, A.C.

Seminario "Diseño de la Atención Primaria
de la Salud"

Tepoztlán, Morelos

Junio 26 a 29, 1985

Resumen y Conclusiones de un Seminario

autor: Viviane B. Márquez

DISEÑO DE LA ATENCION PRIMARIA DE LA SALUD *

Resumen y Conclusiones de un Seminario

Viviane B. Márquez **

La noción de atención primaria de la salud (APS) ha cobrado impulso a lo largo de los años setenta como estrategia global para mejorar el estado de salud de la población mundial. Esta estrategia se ha considerado particularmente adecuada a las necesidades de los países en vía de desarrollo, en el contexto de los cuales los modelos de atención a la salud altamente tecnificados y fundamentalmente curativos han revelado ser a la vez poco eficientes y muy costosos.

El punto culminante de esta discusión se sitúa en la Conferencia Mundial sobre la Atención Primaria a la Salud, auspiciada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). En dicha conferencia, celebrada en Alma Ata en septiembre de 1978, se delinearon los principales componentes de esta nueva concepción, así como las acciones que

* Centro Tepoztlán, A.C., llevó a cabo en Tepoztlán, Morelos, los días 26 a 29 de junio de 1985, un seminario internacional sobre "Diseño de la Atención Primaria de la Salud", con la cooperación de la Secretaría de Salud, la Organización Panamericana de la Salud, UNICEF y El Colegio de México. Esta reunión puede considerarse complementaria de la referida a "Salud para Todos en el Año 2000" organizada también por Centro Tepoztlán, con el apoyo de El Colegio de México y el Instituto Mexicano del Seguro Social, efectuada asimismo en Tepoztlán, Morelos, el día 3 de marzo de 1984. Los resultados de este último pueden consultarse en Estudios Sociológicos II, números 2-3 de 1984, México, El Colegio de México, pp. 417-462.

** Miembro de Centro Tepoztlán; Investigadora del Centro de Estudios Sociológicos de El Colegio de México.

habría que desarrollar para lograr el compromiso político de alcanzar la meta de "Salud para todos en el año 2000" entendiendo por "salud" no la ausencia de enfermedades, sino un estado de bienestar físico y mental que se considera como un derecho fundamental de los individuos y como la meta social más importante a nivel mundial.

Desde entonces una gran variedad de programas de atención a la salud, definidos como atención primaria, se han instrumentado en diferentes contextos políticos, socioeconómicos y geográficos en los países en desarrollo, cuyos resultados han sido muy dispares. En paralelo, se ha vislumbrado un desplazamiento paulatino de lo que podría llamarse la "filosofía" de Alma Ata a favor de una concepción más restringida de las acciones de salud consistente en la aplicación sistemática de paquetes técnicos destinados a prevenir o remediar las principales causas de morbi-mortalidad en los países en desarrollo. Este enfoque alternativo --generalmente descrito como el enfoque de sobrevivencia de la infancia -- ha sido tipificado por la fórmula GOBI-FFF¹ promovida por los organismos internacionales, particularmente la UNICEF, y está siendo considerado en varios foros como una alternativa a la vez más efectiva y eficiente que la concepción global de la salud que se preconizó en Alma Ata.

1 Growth charts, Oral rehydration, Breast feeding, Immunization, Feeding supplements, Family planning, Female education (Índices de crecimiento, rehidratación oral, amamantamiento, inmunización, complementos alimentarios, planificación familiar, educación femenina).

El propósito de la reunión organizada por Centro Tepoztlán, A.C., fué, en primer lugar, revisar y examinar con sentido crítico los programas de atención primaria realizados en diferentes contextos económicos, sociales y políticos; y, en segundo lugar, hacer recomendaciones concretas en cuanto al camino a seguir en México para mejorar la salud de la población, sobre todo la que no recibe protección de la seguridad social y se ha cubierto paulatinamente con esquemas de salud primaria.

A continuación se presenta una síntesis de las discusiones y conclusiones de dicho seminario, en el cual participaron tanto expertos internacionales como altos funcionarios mexicanos procedentes del sector salud, y académicos especializados en el tema.²

I. Discusión de los estudios de caso

El seminario se centró en la discusión de seis estudios de caso considerados como experimentos clave en esta materia. Estos casos pueden dividirse en tres grupos: primero, los experimentos de APS que se inscriben en el contexto de grandes cambios sociopolíticos (independencia, revolución social, transformación radical de régimen) orientados hacia una redistribución más equitativa de los recursos; segundo, los que se implantan en contextos de poco cambio social relativo; y tercero, los que surgen en contextos políticos orientados hacia una restricción de los beneficios sociales correspondientes a las clases pobres.

2 Véase el apéndice, Lista de Participantes

En el primer grupo se encontraron las ponencias de los doctores David Sanders, de Zimbabwe, y Javier Torres Goitia, de Bolivia. A pesar de las grandes diferencias políticas, económicas, sociales y culturales que distinguen a estos dos países, ambos ponentes reconstruyeron a través de los casos estudiados situaciones muy similares: un enorme estímulo a la participación popular propiciada, en Zimbabwe, por la toma del poder por una mayoría que había luchado en contra del régimen político anterior y, en Bolivia, por la victoria electoral de una tendencia política democrática después de un régimen militar de derecha. En ambos casos, aunque bajo formas diferentes, se generaron programas de APS extremadamente dinámicos basados en la autonomía local y la participación popular. Tales condiciones se lograron a través del control democrático que las poblaciones locales ejercieron sobre los trabajadores comunitarios de la salud. En tales programas los cuadros médicos profesionales funcionaron en calidad de apoyo a las organizaciones populares que encabezaban los movimientos: adiestraban, aconsejaban y respaldaban estos movimientos. Este egalitarismo poco común fue posibilitado por la mística revolucionaria.

En resumen, tales ejemplos parecen representar fielmente los ideales presentados en Alma Ata. Sin embargo, tienen el inconveniente de ser escasos y, además, son muy vulnerables a cambios políticos en su entorno. El Dr. Sanders anotó, por ejemplo, que por varias razones económicas y políticas, fue desapareciendo en Zimbabwe el principio de responsabilidad de los

trabajadores de la salud ante la comunidad, por lo que se desvirtuaron paulatinamente los programas de APS bajo la acción burocratizante y subordinadora del Estado. Por su lado, el Dr. Torres Goitia expresó su temor de que las conquistas democráticas logradas para la salud durante el régimen en el que actuó como Ministro de Salud pudieran perderse con un nuevo giro político hacia la derecha, propiciado por la situación económica dramática en la que se encuentra Bolivia.

Dentro del segundo grupo pueden clasificarse los casos presentados por el Dr. Thomas Bossert, la Dra. Georgina Velázquez y el Dr. Edgardo Cayón. Se trata de programas en contextos políticos y sociales en los cuales la APS, lejos de presentarse como una alternativa radical a la atención médica convencional, representa sobre todo una fórmula de extensión de cobertura --generalmente para la población rural. El proceso de generación de tales programas, como lo expresó el Dr. Bossert, implica una convergencia de condiciones muy diferentes al caso anterior, donde se combinan las características del régimen político, su grado de compromiso hacia la justicia social, la naturaleza de las articulaciones de las demandas populares con el proceso de toma de decisiones en materia de políticas de salud, la relativa debilidad de la profesión médica, etc. Para permanecer estables, tales programas deben mantenerse dentro de los límites dictados por las coaliciones de las fuerzas políticas que los han generado.

Los programas de APS creados en tales contextos son estables en el sentido de que ocupan un nicho bien definido dentro de un contexto institucional generalmente progresista (como son los casos de México y Costa Rica). Inclusive pueden tener gran extensión, como lo ilustró el caso del programa IMSS-COPLAMAR presentado por la Dra. Georgina Velázquez. Sin embargo, debido a que la dinámica principal que origina y mantiene tales programas es de naturaleza burocrática, estos tienden a reproducir las mismas estructuras --generalmente con carácter asistencial y poco participativo -- por lo que los beneficios que podrían aportar a la población son limitados.

La presentación del Dr. Antonio Infante sobre el caso chileno pertenece al tercer grupo. Los programas de APS creados en tales condiciones, a la vez que benefician del apoyo popular de los grupos que los forman y participan en ellos, tienen que sobrevivir en un contexto ideológicamente hostil a cualquier manifestación popular autónoma. En consecuencia, éstos tienen que limitarse, en la mayoría de los casos, a cumplir una función estrictamente complementaria de las formas institucionalizadas de atención a la salud. En comparación con los programas de la categoría anterior, son más eficaces en la medida en que se apoyan en la participación efectiva de la sociedad civil, pero a la vez son más vulnerables porque pueden ser considerados como movimientos subversivos en cualquier giro represivo que pueda tener la dirección política del país.

En resumen, en los tres tipos de casos presentados se destacó la importancia del proceso político subyacente a la creación y al funcionamiento institucional de la APS para entender su desempeño y evaluar los resultados obtenidos en contextos específicos. En particular, se hizo resaltar que la rectoría central del Estado tiende a disminuir la participación popular, mientras que la relativa autonomía permite su desarrollo, principalmente en condiciones históricas que propicien la movilización.

II. Definición del concepto de atención primaria de la salud

Al finalizar la presentación de los seis casos, la discusión se centró en la pregunta de si era razonable aplicar el concepto de APS a todos los programas que se autodenominaban como tales, dada la extrema variabilidad entre ellos que se había ilustrado en los casos analizados. En efecto, si es tan variable el grado de compatibilidad política y administrativa de la APS con las ideologías establecidas y los procedimientos institucionalizados de atención a la salud en los distintos países, cabe preguntarse como pudo obtenerse un consenso sobre las metas adoptadas en Alma Ata. Independientemente del carácter no taxativ de tales resoluciones, lo cual siempre facilitará un consenso que se expresa más simbólica que pragmáticamente, es notable que no se estableció una definición muy precisa de la APS en esa reunión. En su lugar se estableció una lista

mínima de ocho componentes,³ y se especificó la necesidad de una acción intersectorial para integrarlos y de la participación popular para dinamizarlos.

Al no quedar precisado el contenido de tales componentes, las relaciones entre ellos, ni el papel de la participación popular (omisión que seguramente propició el consenso político a nivel internacional), se dejó a los países signatarios en libertad de adecuar a las condiciones locales los programas que pudieran emprender. Por lo tanto, los programas que hoy en día existen vienen a depender más de los condicionantes nacionales que de cualquier modelo definido a priori.

En este punto, el seminario quedó dividido entre los participantes que opinaban a favor de una definición inductiva de la APS (o sea, la APS es lo que aparenta ser en tal o tal programa), y los que preferían darle un contenido normativo mínimo. La primera posición se apoyaba en el realismo político y la segunda en la voluntad de establecer, con independencia de la acción estatal, un conjunto de líneas directrices: 1) para servir de guía a programas existentes o por crearse, y 2) para

3 Educación para la salud, nutrición, agua potable y saneamiento, atención materno-infantil (incluida la planificación familiar), inmunización, prevención y control de las enfermedades endémicas, tratamiento de enfermedades y lesiones comunes, disponibilidad de medicamentos esenciales.

servir de base a la evaluación. Esto último permitiría, por una parte, evitar el enjuiciamiento o la glorificación romántica de experimentos de APS poco representativos, y por otra, establecer una escala de aproximación para clasificar los programas existentes y proceder a su análisis y evaluación dentro de categorías en esta escala. Esto tendría como resultado una mejor conceptualización de todas las opciones entre las cuales puedan elegir los países.

Aceptándose de ambas partes que al definir el APS no se trataba de establecer una categoría "pura" más allá de la práctica política sino una especie de escala que sirviera de medida de aproximación ascendente a esta noción, se procedió a la elaboración de una definición global.

Una primera distinción importante que se hizo fué aquella entre la APS y la atención de primer nivel, las cuales se han confundido muy a menudo, tanto en términos conceptuales como prácticos. Se subrayó que la APS es un enfoque integral y una estrategia global de la salud que tiene aplicaciones en todos los niveles de atención.

Una segunda característica fundamental que distingue cualitativamente a la APS de otras formas de atención es la integración de las diferentes fases de la atención: promoción, prevención, curación y rehabilitación.

Dado que tanto la tecnología médica como la organización tradicional de los servicios de salud se aplican casi exclusivamente a la fase curativa y a algunos aspectos de las fases preventivas y de rehabilitación, se hace imprescindible la participación comunitaria para lograr esta integración. Por consiguiente, un tercer criterio definitorio debe ser la cogestión entre las comunidades y el personal técnico-administrativo de las instituciones de salud. Sin embargo, este principio no implica establecer en forma arbitraria la relación de fuerzas entre estos dos "socios". La influencia relativa de uno y otro se fijaría en función de la importancia relativa del componente político con respecto al técnico-administrativo que corresponde a los diferentes niveles y fases de atención a la salud. Esto implica que el criterio técnico-administrativo será el dominante en el segundo y el tercer nivel de atención así como en los aspectos curativos de la atención en general; en cambio, el criterio comunitario dominará en las fases de promoción, prevención y rehabilitación. De esta manera los "socios" tendrían esferas de influencia distintas, pero en ningún momento se llegaría a una división tajante de las tareas.

En resumen, la definición de la APS que obtuvo el consenso del seminario fue la siguiente: una estrategia global que permita integrar las acciones de promoción, prevención, curación y rehabilitación de la salud a través de la cogestión entre las comunidades y las instituciones de la salud.

Esta definición, a la vez que fija los conceptos centrales de la APS, entraña cambios radicales tanto en las actitudes valorativas de los principales protagonistas como en la distribución de los conocimientos y decisiones que corresponden a las diferentes acciones de salud.

Tales cambios pueden lograrse a través de un proceso intenso y continuo de capacitación. Por el lado de la comunidad, la capacitación significa la adquisición de conocimientos que hasta ahora se habían considerado como del dominio exclusivo de los profesionales de la salud. Este proceso va más allá de referir los casos de morbilidad a las instancias curativas; consiste en modificar la práctica cotidiana con objeto de desplazar decisiones elementales de salud del consultorio a la familia y a la comunidad.

Por el lado de las instituciones de salud, la capacitación implica un mayor énfasis curricular en la experiencia de campo, y disponibilidad de los cuadros profesionales para difundir sus conocimientos entre las comunidades.

Para concluir esta fase de la discusión, se subrayó la necesidad de coordinar la integración de las diferentes fases de la atención, la participación cogestiva de las comunidades y la capacitación. En este proceso, la participación consti-

tuye el elemento políticamente necesario mientras que la capacitación es el técnicamente adecuado.

III conclusiones

Una vez asentados los fundamentos conceptuales de la APS en relación con sus requerimientos institucionales, el seminario se avocó a contestar tres preguntas fundamentales que se habían propuesto en un principio como ejes centrales en la discusión de los casos estudiados, y que se resumen a continuación.

Pregunta I.- ¿Hasta qué punto son excepcionales las condiciones históricas en las que pueden reunirse todos los componentes definidos como característicos de la APS?

El examen de este punto giró alrededor de las condiciones consideradas como facilitadoras del pleno desarrollo de la APS. Se estuvo de acuerdo en que esta concepción de la atención a la salud representa en teoría una profunda ruptura con formas anteriormente aceptadas de la misma. No obstante, son pocos los casos concretos que reflejen fielmente esta nueva filosofía frente a la tendencia hacia formas más verticales y menos participativas de la APS. En términos generales, la APS puede alcanzar formas avanzadas bajo las circunstancias siguientes:

- 1) coyunturas críticas que propicien las movilizaciones sociales (crisis, catástrofes naturales, guerras y perturbaciones sociales, etc.) y provoquen una asociación entre la lucha por la salud y otras formas de lucha política;
- 2) pre-existencia de organizaciones populares efectivas: sindicatos, comités populares, grupos de mujeres, etc.;
- 3) profesiones sensibilizadas socialmente a las necesidades populares;
- 4) apoyo del Estado;
- 5) acceso a tecnologías adecuadas para mejorar las condiciones de vida y experiencia en las mismas.

Este conjunto de circunstancias facilitaría el nacimiento y el desarrollo de la APS porque produce, en forma casi espontánea, el ingrediente fundamental que es la movilización de las bases populares. Sin embargo, no son suficientes para asegurar la estabilidad a largo plazo de estas acciones; se necesitan asegurar los cambios estructurales que aparecen con relativa espontaneidad a fin de evitar que se vayan atenuando

paulatinamente bajo la influencia centralizadora y burocratizante que es inseparable del apoyo estatal.

La escasa producción histórica de este tipo de casos de APS no significa que esta fórmula de atención a la salud no pueda ser introducida en contextos que parezcan menos propicios y bajo formas menos completas, en especial con técnicas GOBI-FFF. En este último caso, la APS puede considerarse como instrumento para contribuir al proceso de democratización de la sociedad del cual depende en última instancia la salud de la población. Sin embargo, aún en condiciones de instrumentación reducida de la APS, se requieren condiciones contextuales mínimas para su desarrollo, como serían el apoyo gubernamental, las presiones populares, la relativa estabilidad política del régimen que apoye estos programas, etc.

En conclusión, si la APS se considera como una escala gradual de acciones que culmine en la obtención de todas las características señaladas -integración, capacitación y participación popular- no debe considerarse excepcional. Lo que puede decirse es que distintos conceptos sociopolíticos permitirán su desarrollo en diferentes grados. Lo excepcional sólo se refiere a la aparición de coyunturas históricas particularmente propicias para el logro de los cambios profundos que suponen las formas más completas y, por lo tanto, más efectivas de la APS.

Pregunta II.- En algunos contextos, la APS se ha caracterizado despectivamente como un conjunto de servicios de salud baratos para los pobres, mientras que en otros se ha visto como catalizadora de cambios sociales profundos. ¿Cuáles son los criterios que justifiquen una u otra visión?

La respuesta a esta pregunta se obtiene a partir de un examen crítico de algunos programas de la APS en relación con la definición de la misma adoptada en el seminario. Pueden calificarse como servicios de salud baratos aquellos programas que utilizan a la comunidad como mano de obra barata para ofrecer servicios, 1) que no integren satisfactoriamente los aspectos de promoción, prevención, curación y rehabilitación, y 2) que no aporten a la comunidad la capacitación necesaria para adquirir una mayor autonomía con respecto a la vigilancia de su propia salud, pero 3) que transfieran a la población empobrecida la responsabilidad de resolver sus problemas. En tales circunstancias, la población está de facto recibiendo servicios de corte convencional, pero a menor costo y de menos calidad.

Puede también alegarse que la APS es "barata", esta vez en el sentido positivo de la palabra, cuando se limita a la aplicación de paquetes que puedan efectivamente elevar el nivel de salud de la población a bajo costo. Sin embargo, tales paquetes no resuelven, en la mayoría de los casos, los problemas más costosos de la salud, como por ejemplo el de la desnutrición

(salvo con acciones esporádicas), porque esto implicaría cambios estructurales profundos. Sin embargo, cabe destacar que una aplicación más plena de la APS de ninguna manera puede considerarse como barata, pues constituye una extensión del derecho a la salud y, por lo tanto, implica costos políticos y económicos elevados a largo plazo.

En términos generales, la APS es ideológicamente vulnerable tanto en el contexto de procesos revolucionarios de izquierda (Cuba, Nicaragua) como de regímenes represivos de derecha. En el primer caso, la medicina altamente tecnificada puede servir para legitimar al régimen mientras que, en el segundo, la APS puede considerarse como una forma barata de obtener beneficios sociales sin ninguna retribución.

En conclusión, la APS tiende a desvirtuarse apareciendo como medicina barata cuando el componente privativo se vuelve simplemente el auxiliar del técnico sin que se genere ningún tipo de aprendizaje por parte de la comunidad. En tal caso, pierde su potencial de cambio social y se transforma en un mecanismo más para la reproducción social.

Pregunta III.- ¿Qué cambios son necesarios para favorecer el desarrollo de la APS en México en el sentido definido por el seminario?

En el contexto mexicano, los programas estatales se basan en elementos declarativos que van en el sentido de la definición dada a la APS en el seminario. En el ámbito de la seguridad social, existen asimismo esfuerzos para adaptarse a esta noción. Se trata, por lo tanto, de propiciar las reformas y las mejoras que faciliten la aplicación efectiva del modelo de la APS tal y como éste está planteado en términos ideológicos.

Las recomendaciones concretas fueron:

1. Desarrollar normas para la integración de las fases de promoción, prevención, curación y rehabilitación. La capacitación de los trabajadores de la salud puede facilitar esta integración sólo si se integra la experiencia preclínica y clínica con conocimientos mínimos en ciencias sociales y con experiencia de campo.
2. Desarrollar mecanismos para facilitar la colaboración intersectorial en diferentes niveles, sobre todo el local.
3. Empezar programas piloto que puedan ser útiles como instrumentos de planificación para el cambio, aun cuando se recomienda concentrarse en proyectos de gran envergadura.
4. Desarrollar la epidemiología social que establezca la

relación entre la situación social y la situación de salud.

5. Educar a los trabajadores de la salud para que comprendan que su labor se enmarca en una demanda popular que no requiere solamente el desarrollo de tareas técnicas, sino también una lucha social.

6. Examinar críticamente los efectos de la descentralización de los servicios de salud para sugerir alternativas en este proceso.

7. Fomentar acciones de salud que no dependan exclusivamente del Estado, por ejemplo, a través de grupos tales como los sindicatos, los grupos comunitarios organizados, etc.