

la renovación de la estrategia de atención primaria de salud en américa

Luis Eliseo Velásquez Londoño¹

En primer lugar, quiero agradecer a FAESS, en la persona del Doctor Ricardo López, a Unimed do Brasil y a las cooperativas participantes por haber invitado a la OPS, desde hace ya bastante tiempo, a participar en esta reunión. Quiero mencionar que la directora de la OPS, médica epidemióloga argentina, la doctora Mirta Roses, a pesar de no poder asistir en persona, le dio desde el principio muchísima importancia a esta reunión. También nos acompaña a su pedido una cooperativa colombiana, COHAN, Cooperativa de Hospitales de Antioquia: son 150 hospitales públicos que están asociados. Esa cooperativa opera como centro colaborador de la OPS/OMS hace ya varios años; es una asociación muy fuerte con la organización (es la única cooperativa que tiene esa categoría de centro colaborador en la región), en este caso para apoyar en todos los sistemas de gestión de suministros e insumos hospitalarios esenciales.

Este no es el único caso de vinculación de cooperativas con la OPS. Ayer me enteré con agrado de que la cooperativa SALUDCOOP, con toda la trascendencia que está teniendo en este momento en Colombia el sistema de salud, también ya está asociada a nuestro Centro Panamericano de Atención Perinatal con sede en Montevideo (un centro que busca la excelencia en la atención perinatal). Esa misma cooperativa está participando activamente del Plan Nacional de Reducción de Muerte Materna en Colombia y está asociada a nuestro Centro Panamericano de Atención en Perinatología.

Quiero comentarles también que la Federación Médica de la Provincia de Buenos Aires está trabajando activamente con el gobierno de la provincia de

(1) Representante en Argentina de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Buenos Aires, que es muy importante y que posee alrededor de 14 millones de habitantes, casi el 40% de la población argentina, en una política pública denominada “Seguro Público de Salud”. Los médicos asociados a FEMEBA están trabajando en las villas y en sitios donde no hay atención médica tratando de construir la salud pública.

Hago esta pequeña introducción porque es muy importante que el movimiento cooperativo se vincule al desarrollo de la política de salud en nuestro país. Estos vínculos entre cooperativas, los entes de gobierno y organizaciones como la nuestra, que son intergubernamentales (nuestro cuerpo directivo está compuesto por los ministros de salud de toda la región de las Américas y el cuerpo directivo de la Asamblea Mundial de la Salud son todos los ministros de salud de los países del mundo), son fundamentales.

Hoy les voy a presentar algunas ideas que se vienen discutiendo y trabajando, no sólo a nivel del secretariado que somos nosotros, sino desde la organización, que es de los países. Los países vienen discutiendo la necesidad de renovar la estrategia de atención primaria que fue acordada en 1978 en Alma-Ata. Ha cambiado mucho el mundo desde aquellos años y se ha ido generando un consenso alrededor de que la idea de la estrategia de la atención primaria, sus principios, sus valores, siguen siendo vigentes. Este no es un discurso para países subdesarrollados: Suecia, Canadá, Francia están haciendo cambios a su sistema de salud (entendamos que no hay una reforma del sistema sino sucesivos y permanentes cambios, búsqueda de mejorar los sistemas y alcanzar a responder a las necesidades de la población). Los mismos brasileños hablan de que el sistema único de salud de Brasil es un proceso en construcción, y en todos estos sistemas el factor básico es cómo desarrollamos adecuadamente la atención primaria de salud, no sólo como primer nivel de contacto con el ciudadano, como trabajo intersectorial, sino también como la base de los demás niveles de atención.

Todo esto se ha ido acumulando. Cuando se cumplieron los 25 años de Alma-Ata en el año 2003, los cuerpos operativos de la OPS decidieron llevar a cabo varias reuniones para renovar el espíritu de la estrategia. Exponemos a continuación algunos elementos o factores que son ejemplo de lo que ha cambiado al 2004.

Ahora tenemos una situación en que la migración entre nuestros países es muy alta; más allá de que haya migraciones internas también. Se ha intensificado el proceso de urbanización. El HIV Sida está presente como un problema prioritario en nuestros países, pero se ha instalado un modelo epi-

demiológico también con fuerte contenido de enfermedades cardiovasculares, cáncer, diabetes y salud mental, drogadicción y violencia, que son fenómenos que si bien estaban presentes en el '78 se han agudizado y han llevado a lo que algunos llaman "transición epidemiológica", pero que otros denominan "acumulación epidemiológica". No hemos logrado pasar de la transición de las enfermedades de la pobreza hacia un modelo o perfil epidemiológico de países más desarrollados. Tenemos acumulados ambos problemas, y esto genera una carga de enfermedad muy alta y una carga de morbilidad altísima para los sistemas de salud.

Existe además un cambio muy grande: la globalización se ha acelerado muchísimo, hay un flujo transnacional. En fuerza laboral, por ejemplo, existe un problema muy grande en enfermería: la relación entre médicos y enfermeras es muy crítica (en Argentina conocen ese problema), ya que debería ser de tres a uno (tres enfermeras por cada médico) y en Argentina se da al contrario, al igual que en casi todos los países de la región. No hay suficientes enfermeras, y uno de los factores es que los países desarrollados se las están llevando. Incluso se está dando la situación de que hay países desarrollados que proponen a universidades de nuestros países formar enfermeras para luego llevárselas; las están formando para que trabajen en otro sistema de salud.

Como mencionaba el doctor López, estamos en un escenario de desigualdad de ingresos, de elevado desempleo, de deuda externa. A pesar de que América Latina registró un crecimiento de un 4% en los últimos años, no sabemos si vamos a continuar con este ciclo. Además, en el interior de los países existen grandes problemas de desigualdad en la distribución del ingreso.

Tenemos graves problemas de degradación ambiental, contaminación de recursos naturales, cambio climático. Tenemos instalado un modelo de alta conectividad, de posibilidad de trabajar todos los aspectos relacionados con la telesalud, y algo muy importante: desde Alma-Ata hasta hoy, a nivel conceptual, metodológico y operativo, se ha logrado encontrar una mayor comprensión de la relación entre salud y desarrollo. Los determinantes en salud no son sólo el acceso a sistemas de salud de calidad, sino que cuando más pobreza hay en el país, menores condiciones adecuadas de educación, de ingresos, de alimentación y medio ambiente, el sistema de salud se va a ver en mayor grado impotente muchas veces. Si bien es un factor determinante tener un buen servicio de salud, en nuestra realidad no es un factor suficiente. Ese vínculo entre el desarrollo social, el desarrollo económico y el desarrollo sanitario es cada vez más comprendido, y el enfoque sobre equidad en salud ocupa cada vez más lugar en la agenda del desarrollo internacional.

Una conclusión de todos estos debates en la región es la siguiente: los valores que hace 25 años sirvieron para fundamentar una meta de salud para todos todavía son válidos, y muchos de los problemas siguen vigentes. A nivel mundial los países desarrollados consideran que la atención primaria en salud es una estrategia fundamental, una piedra angular. Sin embargo, es necesario revisar todos aquellos principios, fundamentos y valores que se definieron en ese momento y llevarlos a la realidad actual.

El concepto de equidad es fundamental en salud, porque no se trata de un igualitarismo en el sentido de que todos tienen que recibir lo mismo. Tenemos que pensar que aquellas personas que necesitan recibir más, deben recibir más. Los que tienen problemas de nutrición, los que tienen una enfermedad crónica, los que tienen una necesidad especial, deben recibir de acuerdo a su necesidad. La equidad es recibir según su necesidad: recibirá más y recibirá mayores servicios y de mayor complejidad las personas que lo necesiten. Para el concepto de equidad horizontal, la persona en igualdad de condiciones de su padecimiento, de su problema de salud, debe recibir las mismas prestaciones, la misma atención, la misma calidad de atención. Hay una atención diferenciada y una acción afirmativa por aquellos que necesitan mayor atención.

Uno de los planteamientos que se ha hecho en el interior de la OPS es que, si bien tenemos una agenda inconclusa para resolver, muy grande en la región, también tenemos logros que hemos alcanzado. La región de las Américas es una de las regiones que ha logrado más en salud en el mundo, en los últimos 50 años. El ejemplo de la polio lo ilustra: es la primera región del mundo que la ha eliminado, al igual que estamos cerca de la eliminación del sarampión (hay regiones de Europa en donde el problema del sarampión es más grave que en la región de las Américas). El tema del desarrollo es fundamental, pero el trabajo cooperativo de los gobiernos, de países, de las instituciones de la sociedad civil, de la Organización Panamericana de la Salud (que es la agencia de salud más antigua del mundo) es fundamental y muestra resultados como éstos: la esperanza de vida se ha elevado en nuestros países, la inmunización en todos nuestros países supera el 80%, hay una reducción de la mortalidad perinatal y ha habido una reducción de la mortalidad infantil (en Argentina viene descendiendo en los últimos años y hoy está en 15 por mil nacidos vivos). Sin embargo, persisten problemas: la distribución de los ingresos en nuestra región es la más inequitativa del mundo. Hay 22 mil muertes al año en nuestra región a causa de complicaciones en el embarazo, parto y puerperio. Esto no es sólo un fracaso de los sistemas de salud, sino un fracaso de la sociedad. Una campesina, una mujer de otra etnia, no tiene acceso a un servicio de calidad por varias barreras: geográficas (vive en el campo), económicas y culturales; no hemos logrado acercar

los servicios de salud a la cosmovisión de las poblaciones indígenas. En la Puna, en Bolivia, en Perú, en el Norte de la Argentina, a pesar de que existe un sistema de salud, las mujeres no lo utilizan. Y la causa es que nosotros, con la medicina occidental, no hemos logrado entender la cosmovisión y las necesidades que esas personas tienen para tener su embarazo y su parto. Esto es una tragedia y un fracaso social que tenemos, es una agenda inconclusa que tenemos en nuestra región. En el caso del cáncer cervical las causas son muy similares. Estudios en la Argentina dan que en el conurbano bonaerense el 80% de las mujeres no se hace el papanicolau anualmente; tenemos problemas serios aun en grandes poblaciones urbanas. Diferencias nutricionales, como en el caso de la provincia de Misiones, y un acceso limitado a agua potable y saneamiento, problemas emergentes que también se han visto en estas jornadas.

Hay una evidencia: estudios en Europa muestran que en los últimos 50 años el 50% de la disminución de la mortalidad en estos países se ha debido a la atención en salud. Cuando se van controlando desde el sistema de salud ciertos factores determinantes de tipo social tiene un gran impacto para reducir la mortalidad en la región, y casi la mitad de esa mejora se atribuye a la estrategia de atención primaria en salud. En países en desarrollo, esta estrategia se asocia a la disminución de la mortalidad en menores de 5 años, y se puede considerar la atención primaria en salud como un importante predictor de la mortalidad infantil, tan importante como el PBI.

Dos ejemplos en nuestra región lo demuestran. En México se demostró cómo la calidad de la atención primaria en salud influía en la mortalidad infantil por infecciones respiratorias agudas. En Perú tenemos varios estudios también.

El ciudadano tiene derecho a la mayor calidad posible de salud, con un valor central compartido con el cooperativismo: el de la solidaridad, y con el valor de la equidad. Vienen también unos principios que deberían tener también los sistemas que se basen en la estrategia de la atención primaria: capacidad de responder a las necesidades de salud de la población, orientación hacia la calidad, responsabilidad y rendición de cuentas, transparencia, justicia social, sostenibilidad, participación social y trabajo intersectorial.

Además hay otros elementos: recursos adecuados y sostenibles, acciones intersectoriales, acceso y cobertura universal, atención integral e integrada (por eso, en varios de nuestros países hay un trabajo muy fuerte por mejorar y cambiar el modelo de atención; no es enfrentar a los hospitales con los centros de atención primaria o los centros de salud; cada uno debe jugar su papel), énfasis en la promoción y prevención, una atención apropiada, orientación familiar y comunitaria

(en varios de nuestros países estamos volviendo a recuperar aquel modelo que se ensayó en algunos casos, como en Brasil, que basa gran parte de sus políticas del sistema único de salud en el programa de salud de la familia). Mecanismos de participación activa de los usuarios y de la sociedad, organización y gestión óptimas, políticas y programas que consideren la equidad en la distribución de los recursos, y, obviamente, trabajar algo que en los países desarrollados es una obsesión: el primer contacto, el momento de la verdad, que es fundamental.

Ya di varios ejemplos de cómo se mueren en nuestros países mujeres y niños por falta de tener organizado el primer contacto de atención, y la estrategia de atención primaria busca recursos humanos apropiados. Este año, el 7 de abril, se ha definido por la OMS como el “Día de los Trabajadores de la Salud”, y es el “Año de los Recursos Humanos en Salud” y se inicia una década con el mismo tema, porque fue el recurso olvidado en las reformas a los sistemas de salud. Nos olvidamos de que si íbamos a cambiar la forma de operar un sistema de salud orientado hacia la calidad, la eficiencia, la universalidad, a las necesidades de las personas, teníamos que cambiar y formar el recurso humano para que fuera adecuado a esas condiciones.

Voy a mostrar algunos estereotipos que se fueron imponiendo: en realidad, la atención primaria en salud no es medicina barata para gente pobre, sino que es la base para un sistema de salud que se dirija a toda la población, priorice intervenciones coste efectivas y organice las redes de atención. Otra creencia es que la atención primaria es de baja calidad; lo correcto hoy es hablar de sistemas de salud que suministran en la región un amplio rango de servicios en todos los niveles de atención y tiene un enfoque efectivo para todos los países, no sólo los subdesarrollados.

Finalizaré contándoles qué es lo que estamos haciendo con cada uno de los países y, en general, con estos cuerpos directivos de la organización donde están asentados todos los ministerios de salud de los países:

- Abogar y diseminar el concepto de sistemas de salud basados en la atención primaria.
- Desarrollar redes y alianzas estratégicas (ésta con el movimiento cooperativo es muy importante).
- Los Estados miembro vamos a desarrollar con la OPS un análisis situacional, explorar estrategias y políticas necesarias para fortalecer los sistemas de salud con base en la estrategia de atención primaria.
- Asegurar el desarrollo de recursos que se requiere para esto, ya que muchas veces se requiere balancear los recursos entre la atención hos-

pitalaria, la atención de primer nivel y la red de servicio. Más recursos se requieren, porque muchas veces el gasto público es insuficiente y habrá que dirigirlo para reducir la inequidad en salud y fortalecer la atención primaria en salud.

- Estamos desarrollando una metodología para evaluar la implementación de sistemas basados en la atención primaria e identificar y diseminar información sobre mejores prácticas. Esto de la referenciación comparativa o benchmarking es muy importante; si el sistema de salud de Costa Rica logró desarrollar cobertura universal con un modelo de atención integral, con los equipos básicos de salud, si hay experiencias en Brasil, en Colombia, en Argentina, en Canadá; aprendamos de esas experiencias y tratemos de adecuar a nuestras condiciones locales.
- Mejorar la capacitación de los recursos humanos y considerar los valores, principios y elementos que vimos anteriormente en las actividades de la cooperación técnica poniendo el énfasis en adecuar el servicio a las condiciones culturales de la población, y con un énfasis familiar y comunitario.

Tenemos una ventana política de oportunidad, porque hay interés a nivel mundial en reformar los sistemas de salud fortaleciendo este aspecto, y el reconocimiento por diferentes actores de que fortaleciendo los sistemas de salud se puede ayudar a combatir enfermedades como el HIV SIDA. Hoy en día las personas que trabajan en ese tema tienen muy claro que hay que fortalecer el sistema de atención primaria y el sistema de salud todo, porque si bien es una sola patología, si no se fortalece el sistema se perjudica la atención a la misma patología. Debemos convencer a los actores que están participando en el panorama internacional de que esta estrategia es un lugar adecuado para la colaboración, desarrollo e inversión.

Quiero concluir reiterando el interés de la organización en seguir trabajando con el Movimiento Cooperativo en las Américas en Salud.