

Atención Primaria de la Salud: Una estrategia aún posible y deseable en el campo de la salud.

Resumen

A partir de la declaración de Alma Ata, en 1978, apadrinada por organismos internacionales como la OMS y UNICEF y la participación de más de 100 ministros de salud de todo el mundo, quedó establecido que para llevar a cabo la política de “Salud para todos en el año 2000” era necesaria una estrategia específica. **La Atención Primaria de la Salud** conquistó ese lugar obteniendo un amplio consenso internacional en pos de garantizar el derecho a la salud en forma universal. Su principal objetivo fue y es: Alcanzar el mayor nivel de salud posible con base en la equidad, la solidaridad y la participación entre otros principios básicos.

En la presente ficha intentaremos situar algunas complejidades que la estrategia género en su andar. Retomaremos sus postulados iniciales así como también las contribuciones teóricas y prácticas que luego se sucedieron, para repensar los aciertos y desaciertos en su implementación, teniendo en cuenta la experiencia Argentina.

En primer lugar retomaremos un poco su historia, sus inicios como propuesta esperanzadora hacia fines de la década de los 70 y también el sentido de su renovación hacia el año 2007, para concluir en algunos interrogantes como aporte a los procesos de intervención profesional que se desarrollan en el campo de la salud.

Palabras claves: *Atención Primaria de la Salud, Procesos de Intervención Profesional y Enfoque de Derechos.*

*Ficha. Atención Primaria de la Salud: Una Estrategia aún posible y deseable en el campo de la Salud”
Lafit Jimena. Cátedra Medicina Social. 2016. FTS.UNLP*

*Entrevistador/a: ¿Hay un momento particular de la conferencia que se le haya quedado grabado?
Halfdan Mahler: Hay un momento que nunca olvidaré. Al término de la conferencia, una joven médica africana vestida con un precioso atuendo africano leyó en voz alta la Declaración de Alma-Ata. Muchas personas tenían lágrimas en los ojos. Nunca creímos que llegaríamos tan lejos. Aquel fue un momento sagrado.*

Desde Alma Ata hasta el siglo XXI

Los comienzos

La conferencia internacional de Alma Ata, en la capital de la República Socialista Soviética de Kazajstán, impulsó el reconocimiento internacional de que la estrategia de atención primaria de la salud era vital para alcanzar la “Salud para todos en el año 2000” (OMS 1977)

“La salud para todos significa que la salud ha de ponerse al alcance de cada individuo en un país determinado. Por salud ha de entenderse un estado personal de bienestar, es decir, no sólo la disponibilidad de servicios sanitarios, sino un estado de salud que permita a una persona llevar una vida social y económicamente productiva. La salud para todos obliga a suprimir los obstáculos que se oponen a la salud (malnutrición, ignorancia, agua no potable y viviendas no higiénicas), así como a resolver problemas puramente médicos, como la falta de médicos, de camas de hospital, de medicamentos y de vacunas.” (Mahler; 1981)

A partir de la declaración de Alma Ata, en 1978, apadrinada por organismos internacionales como la OMS y UNICEF y la participación de más de 100 ministros de salud de todo el mundo, quedó establecido que para llevar a cabo la política de “Salud

*Ficha. Atención Primaria de la Salud: Una Estrategia aún posible y deseable en el campo de la Salud”
Lafit Jimena. Cátedra Medicina Social. 2016. FTS.UNLP*

Para todos en el año 2000” era necesaria una estrategia específica. La Atención Primaria de la Salud (En adelante, APS) conquistó ese lugar obteniendo un amplio consenso internacional en pos de garantizar el derecho a la salud en forma universal.

Sus metas y propósitos

La APS quedó postulada como la principal opción para mejorar la situación de salud de las poblaciones.

Los **principios básicos** a partir de los cuales se puede vislumbrar un sistema de salud coordinado, eficaz e integrado, son:

- ✓ **Derecho a la salud,**
- ✓ **Intersectorialidad,**
- ✓ **Participación, universalidad,**
- ✓ **Integralidad,**
- ✓ **Calidad en la atención,**
- ✓ **Accesibilidad**
- ✓ **Equidad**

Según la declaración de Alma Ata:

“La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de

*Ficha. Atención Primaria de la Salud: Una Estrategia aún posible y deseable en el campo de la Salud”
Lafit Jimena. Cátedra Medicina Social. 2016. FTS.UNLP
los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud,
llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y*

trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria. La Atención Primaria de la Salud es la asistencia sanitaria esencial, accesible, a un costo que el país y la comunidad puedan soportar, realizada con métodos prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables” (Alma Ata; 1978)

Su **principal Objetivo**: *“Alcanzar el mayor nivel de salud posible al tiempo que maximiza la equidad y la solidaridad del sistema”(Alma Ata; 1978)*

En palabras de Halfdan Mahler, en aquel entonces director de la OPS (1973/1988):

P: ¿De dónde procede la iniciativa de adoptar un enfoque mucho más orientado hacia los sistemas de salud?

R: De muchos países. Numerosos documentos procedían de organizaciones no gubernamentales (ONG). También fue importante una publicación de la OMS titulada La salud por el pueblo, basada en información facilitada por distintos países, ONG e instituciones. Después de su creación, la Organización Mundial de la Salud (OMS) prestó durante muchos años gran atención a las enfermedades transmisibles. Eso fue durante la guerra fría, cuando las superpotencias competían siempre para ocupar el primer puesto. Los Estados Unidos de América apoyaron la erradicación del paludismo y la Unión Soviética abordó la erradicación de la viruela. Muchos de los miembros de la Secretaría de la OMS eran grandes partidarios de prestar mayor atención a las enfermedades transmisibles. Entonces, en el decenio de 1960, los Estados Miembros empezaron a recriminar a la OMS la falta de apoyo por su parte a sus servicios de salud. En el decenio de 1970, la Secretaría de la OMS comenzó, por fin, a buscar un equilibrio entre los programas verticales (centrados en una sola enfermedad) y el enfoque horizontal (centrado en los sistemas de salud). Entrevista a Halfdan Mahler.

“Durante los años 60 y 70 grupos comprometidos de promotores de salud y organizaciones de la comunidad comenzaron a establecer las bases de lo que acabó llamando programas de salud basados en la comunidad (...) regiones como Nicaragua, Costa Rica, Guatemala, México, Sudáfrica, India, Bangladesh y Filipinas.” (Grodos, D. & Bethune, 1989)

*Ficha. Atención Primaria de la Salud: Una Estrategia aún posible y deseable en el campo de la Salud”
Lafit Jimena. Cátedra Medicina Social. 2016. FTS.UNLP*

La mayoría de estos programas se lanzaron para dar respuestas a las necesidades de las poblaciones en situación de pobreza.

“A mediados de los 70 algunos especialistas y planificadores del desarrollo al observar como el modelo occidental de atención de salud no había podido mejorar las estadísticas sanitarias de muchos países del tercer mundo, decidieron examinar con detalle los modelos que parecían tener más éxito.”(Grodos, D. & Bethune, 1989)

Ante esta crisis de un modelo de atención altamente tecnificado se comienza a mirar a aquellas experiencias en salud comunitarias que estaban teniendo éxito en otros países. Sus formas de abordaje incluían principalmente **la participación comunitaria** como motor para mejorar la salud de las poblaciones.

Esto quiere decir que, la estrategia de APS no surge de un vacío conceptual ni práctico sino de múltiples y fértiles experiencias que para ese entonces dejaban ver su gran potencial y su carácter progresista.

Los mismos autores plantean que muchas de estas iniciativas de base comunitaria generaban un poder contra hegemónico ante el monopolio del saber y la curación, ocasionando grandes turbulencias, tal es así, que en ese marco muchas de ellas fueron neutralizadas. Lo que demuestra el carácter constitutivamente político de toda práctica social.

En ese momento histórico la estrategia de APS se constituyó en una declaración esperanzadora y motivadora de un cambio necesario y posible que requeriría de un compromiso político animoso.

Mahler expresaba en una entrevista:

*Ficha. Atención Primaria de la Salud: Una Estrategia aún posible y deseable en el campo de la Salud”
Lafit Jimena. Cátedra Medicina Social. 2016. FTS.UNLP*

P: ¿Qué significó para las personas? ¿Qué repercusiones inmediatas tuvo la Declaración, tanto en lo que a las operaciones de la OMS se refiere como en el contexto internacional más amplio?

R: Para la mayoría, fue una verdadera revolución de pensamiento. La salud para todos es un sistema de valores, cuyo componente estratégico lo constituye la atención primaria de salud. Las dos van unidas. Uno ha de saber adónde quiere que le lleven sus valores, y ahí es donde teníamos que aplicar la estrategia de atención primaria. Inmediatamente después hubo una especie de júbilo. Algunos sugieren que no se hizo nada después de aquello, pero eso es terriblemente injusto si uno ve qué hicieron las regiones y los Estados Miembros de la OMS en los primeros años que siguieron. Por ejemplo, varios Estados Miembros de la OMS progresaron de forma sustantiva. Pero disponían de más recursos. También África había puesto en marcha algunos de los ejemplos más asombrosos de atención primaria de salud, por ejemplo en Mozambique, mientras que los esfuerzos de otros países se vieron lentamente erosionados por el clima político y económico que imperaba. Años más tarde, la OMS registró y siguió ejecutando el consenso de Alma-Ata, obteniendo diversos resultados positivos en diferentes regiones y países.

Entrevista a Halfdan Mahler

La apuesta significó un giro en la realidad política de cada país, puesto que superaba ampliamente al sector específico de salud ya que la transformación implicaría a toda la sociedad.

La misma es conceptualizada como una estrategia que *opera transversalmente* en todos los niveles de atención a la vez que propone dar una respuesta integral a los problemas de salud, en tanto la salud es pensada desde sus múltiples dimensiones, superando el enfoque estrictamente médico-biológico. Ello permitiría afrontar las causas fundamentales, sociales, económicas y políticas de la falta de salud como consecuencia de promover una distribución más justa de los recursos.

Como podemos observar esta propuesta tendría fuertes implicancias políticas, económicas y sociales en los avatares de su implementación ya que debía ser adoptada en los escenarios más diversos y complejos, donde las tensiones y luchas de poder no se harían esperar. En otras palabras, la misma propuesta desencadenó divergentes procesos en su implementación, dadas las relaciones de poder que se movilizaban, adquiriendo una configuración particular en cada país o región.

Si bien dicha propuesta adquirió un amplio consenso internacional por su horizonte esperanzador, también se plantearon fuertes críticas en relación a las

*Ficha. Atención Primaria de la Salud: Una Estrategia aún posible y deseable en el campo de la Salud”
Lafit Jimena. Cátedra Medicina Social. 2016. FTS.UNLP*

posibilidades de su operacionalización en determinados contextos regionales, como también a su costo y financiamiento.

Uno de los puntos relevantes a tener en cuenta, en la trama compleja de actores en disputa, es la crisis del modelo de atención occidental de carácter tecnocrático, individualista y de alto costo tecnológico de fines de los años 70. La caracterización de este modelo fue categorizada como **Modelo Médico Hegemónico** (ver: E. L. Menéndez 1978, 1979, 1981, 1983, 1985 a, 1985 b, 1985 c, 1986, 1987 b, 1988) con un enorme potencial analítico. “El MMH comienza a ser cuestionado en la década de los 60, crítica que alcanza su máxima expresión en la década de los 70”. (Menéndez; 1988)

Entendemos a la Salud Pública como un campo de tensiones y disputas de conocimientos, saberes, discursos y prácticas que ha sido permeada por diferentes concepciones en cada época histórica. Cuyo eje de abordaje se ha configurado en torno a la enfermedad. Si bien en el auge de los modelos multicausales o la triada ecológica del siglo XX se agrega el ambiente a las causas de la enfermedad, el tema es el peso que se le da a cada factor o variable. No existe una clara jerarquización en relación a la **determinación social de los procesos de salud enfermedad** ampliamente investigado por autores Latinoamericanos. Su mirada es estrictamente biológica, unicausal o multicausal, desde un paradigma positivista/funcionalista donde la realidad aparece dividida en factores de riesgo, convertidos en variables e interconectados entre sí. El interés está centrado en describir partes y no en comprender movimientos, procesos y relaciones entre complejos, desde una visión dialéctica (Salud colectiva/Medicina Social) del proceso de S/E/A. La propuesta de APS pone énfasis en una **multidimensionalidad** de la salud como también en la **intersectorialidad, la integralidad, la equidad y la participación en salud** que superan ampliamente las directrices de un modelo de atención basado en la enfermedad. Más aún se puede pensar que desde sus principios de integralidad, equidad y participación, se pueden impulsar procesos de democratización de todas las instituciones de salud y de la sociedad en general.

*Ficha. Atención Primaria de la Salud: Una Estrategia aún posible y deseable en el campo de la Salud”
Lafit Jimena. Cátedra Medicina Social. 2016. FTS.UNLP*

Las críticas

En términos de geopolítica mundial, fue en el marco de la recesión económica de fines de los 70 y principios de los 80, cuando se comenzaron a impulsar las políticas de ajuste económico. Estas tenían como uno de sus principales objetivos la reducción del déficit fiscal y para ello proponía, achicar el protagonismo y financiamiento por parte del Estado. Esta tendencia apuntaba a desmembrar todo lo que, en políticas sociales, significaba el Estado de Bienestar.

Tal es así que aquellos organismos que en un primer momento apoyaron esta propuesta integral, como por ejemplo UNICEF, luego terminaron incentivando propuestas selectivas (APS selectiva) que priorizaban acciones destinadas a grupos específicos de la población. (Programas específicos)

No podríamos negar, como mencionaba el Dr. José Carlos Escudero en la primera conferencia sobre APS en el año 1987¹, que la APSS tenía en ese entonces un impacto real, por ejemplo en los indicadores generales de mortalidad infantil.

Entonces nos preguntamos:

¿Por qué luego de casi tres décadas volvemos a postular que la APS es la mejor opción para mejorar la situación de salud de nuestros pueblos?

La renovación de la APS

Casi tres décadas después en el documento de posición de la OPS y la OMS sobre el 25° aniversario de la conferencia de Alma Ata, se decidió realizar una renovación de los principios que inspiraron la declaración, a fin de formular futuras orientaciones. En el mismo la directora de la OPS, Mirta Roses Periago, manifestaba:

“El documento de posición define los valores, principios y elementos esenciales que deben estar presentes en un enfoque renovado de APS, en lugar de describir un modelo rígido al que deban ajustarse todos los países. Cada país tendrá que

¹Para más información ver I, II,III,IV, y V Jornadas de Atención Primaria de la Salud Argentinas en:<http://www.unla.edu.ar/index.php/cedops-fondos-y-colecciones-jornadas-de-atencion-primaria>

*Ficha. Atención Primaria de la Salud: Una Estrategia aún posible y deseable en el campo de la Salud”
Lafit Jimena. Cátedra Medicina Social. 2016. FTS.UNLP
encontrar su propio camino para crear una estrategia sostenible con el fin de basar
sólidamente su sistema de salud en la APS”.(OPS; 2007)*

Se planteaba, que un sistema de salud basado en APS implicaría:

Valores cómo: *Derecho al mayor nivel de salud posible, Equidad y Solidaridad.*

Principios: *Dar respuestas a las necesidades de la población, orientación hacia la calidad, respuesta y rendición de cuentas de los gobiernos, justicia social, sostenibilidad, participación e intersectorialidad.*

Elementos: *Recursos humanos adecuados, recursos adecuados y sostenibles, acciones intersectoriales; cobertura y acceso universal; primer contacto, atención integral, integrada y continua; orientación familiar y comunitaria; énfasis en la promoción y prevención, cuidados apropiados; mecanismos de participación activa; marco político legal e institucional sólido; políticas y programas pro-equidad; organización y gestión óptima.” (OPS; 2007)*

Esta perspectiva se funda en una visión que contempla el derecho a la salud, la equidad, la solidaridad y la sostenibilidad, entre otros valores esenciales; y asienta su misión en formular las orientaciones estratégicas que permitan alcanzarlos.

El documento, antes mencionado, evidenció que aún hoy la APS representa una fuerte inspiración y esperanza, no sólo para los sistemas de salud sino para la comunidad en general. El Propósito de este documento es “*Servir de referencia a*

todos los países que pretendan fortalecer sus sistemas de atención de salud, acercando la atención de salud a las personas que viven en áreas urbanas y rurales, independientemente de su género y edad, grupo étnico. Situación social o religión” (OPS; 2007)

Existen variadas iniciativas y antecedentes como la Carta de Ottawa, la Declaración del Milenio, la Comisión sobre Determinantes Sociales conformada en el año 2005, y una cantidad de experiencias colectivas que sirven de sustento para una nueva apuesta estratégica en este sentido.

*Ficha. Atención Primaria de la Salud: Una Estrategia aún posible y deseable en el campo de la Salud”
Lafit Jimena. Cátedra Medicina Social. 2016. FTS.UNLP*

Desde una visión de APS integral, podríamos pensar en un sistema público integrado y coordinado donde la población pueda encontrar una atención de calidad

cerca de su residencia. Donde estos servicios se ajuste a las necesidades y características de ese colectivo en su singular vida cotidiana y que pueda participar en las decisiones que afectan a su salud y su vida. Este sistema garantizaría la asistencia, el tratamiento y la rehabilitación de los padecimientos. Pero no solo implicaría al sector salud sino también a otros sectores que tendrán que coordinar esfuerzos para mejorar las condiciones de vida de la comunidad toda. Esto es algo posible aun hoy, en un sistema altamente fragmentado.

Como trabajadores de la salud realizamos esfuerzos para construir puentes intersectoriales por donde andamiar las estrategias de intervención profesional que desarrollamos, traccionando las lógicas de fragmentación y desconexión que el sistema propone. Pero sin una política pública que se oriente en este sentido los esfuerzos fatigan y a la larga pueden generar un pesimismo y desesperanza que socava la fuerza colectiva que se necesita para transformar la sociedad.

Por ello es importante clarificar los distintos rumbos que la propuesta ha seguido para comprender las ambigüedades que se han generado en su interpretación y aplicación. Según las particularidades de cada región el documento de renovación señala cuatro categorías principales: APS Selectiva, Atención Primaria, Atención Primaria de la Salud Ampliada y enfoque de salud y derechos humanos. (Ver tabla 1)

Tabla 1: Enfoques de la Atención Primaria de Salud²(OPS; 2007)

Enfoque	Definición o concepto de Atención Primaria de Salud	Énfasis
APS Selectiva (Países en	Se orienta solamente a un número limitado de servicios de alto impacto para afrontar algunos de los desafíos de salud más prevalentes de los países en desarrollo. Uno de los principales programas que incluyó este tipo de servicios fue conocido por su sigla en Inglés GOBI (control del crecimiento, técnicas de	Conjunto limitado de actividades de los servicios de salud para los

*Ficha. Atención Primaria de la Salud: Una Estrategia aún posible y deseable en el campo de la Salud”
Lafit Jimena. Cátedra Medicina Social. 2016. FTS.UNLP*

<p>desarrollo)</p>	<p>rehidratación oral, lactancia materna e inmunización) y también se conoció como GOBI-FFF cuando adicionó alimentos suplementarios, alfabetización de la mujer y planificación familiar</p>	<p>pobres</p>
<p>Atención Primaria (Países desarrollados, Europa y otros países industrializados)</p>	<p>La mayoría de las veces se refiere a la puerta de entrada al Sistema de Salud y al sitio para la atención continua de salud de la mayoría de la población. Esta es la concepción de APS más común en Europa y en otros países industrializados. Desde la definición más estrecha, este enfoque está directamente relacionado con la disponibilidad de médicos especializados en medicina general o familiar.</p>	<p>Un nivel de atención de un Sistema de Salud</p>
<p>Alma Ata. APS Ampliada (Algunos países)</p>	<p>La declaración de Alma Ata define a 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 los siguientes principios: respuesta a los más amplios 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.</p>	<p>Una estrategia para organizar los sistemas de atención de salud y la sociedad para promover la salud</p>
<p>Enfoque de salud y DDHH</p>	<p>Concibe la salud como un derecho humano y subraya la necesidad de responder a los determinantes sociales y políticos más amplios de la misma. Difiere por su mayor énfasis en las implicaciones sociales y políticas de la Declaración de Alma Ata que en sus principios. Defiende que si se quiere que el contenido social y político de Alma Ata logre mejoras en la equidad en salud éste debe orientarse más hacia el desarrollo de políticas “inclusivas, dinámicas, transparentes y apoyadas por compromisos legislativos y financieros” que a estar detrás de aspectos específicos de la enfermedad</p>	<p>Una filosofía que atraviesa la salud y los sectores sociales</p>

*Ficha. Atención Primaria de la Salud: Una Estrategia aún posible y deseable en el campo de la Salud”
Lafit Jimena. Cátedra Medicina Social. 2016. FTS.UNLP*

Como se observa en el cuadro anterior, desde la declaración de Alma Ata la APS se ha operativizado de diversas formas de acuerdo a la coyuntura de cada país o región. Y por otro lado, se han dado desde entonces complejos procesos que conjugan cambios en los perfiles epidemiológicos de las poblaciones, asociados a las condiciones económicas, políticas, culturales y medio ambientales de cada país, como también a escala global.

En este mismo sentido, otro de los puntos que postula el documento de renovación tiene que ver con una utilización más racional y equitativa de los recursos de cada país y que dicha actualización tenga lugar incluso en los países con presupuestos reducidos. Ahora bien, es cierto que es necesario situar algunas particularidades de cada sistema de salud analizando los determinantes regionales que inciden en el deterioro de la salud con el propósito de que las acciones logren un impacto sostenido y sustancial. Pero tal vez la cuestión de fondo está relacionada con la decisión política de motorizar transformaciones de fondo y/o de forma. Cuestiones que son necesarias reflexionar, esclarecer y que ameritan un análisis que excede el propósito de esta ficha.

En síntesis, dicha renovación implicaría por un lado, asumir el legado esencial de Alma Ata y por el otro, articularlo con la realidad particular de cada región.

Operativización de la APS en Argentina

Intentaremos contextualizar a grandes rasgos en qué circunstancias emerge la propuesta de APS en nuestro país.

La operativización de la APS surge en un momento en el cual la mayoría de los países latinoamericanos se encuentran atravesados por gobiernos dictatoriales y lo paradójico se manifiesta en que uno de los principios que se promueven desde la APS es la “participación comunitaria”. Por lo cual se comprende que en aquel contexto:

*Ficha. Atención Primaria de la Salud: Una Estrategia aún posible y deseable en el campo de la Salud”
Lafit Jimena. Cátedra Medicina Social. 2016. FTS.UNLP*

“...la mayoría de los países latinoamericanos, en el marco de programas de ajuste estructural, renunciaron a los principios universalistas e igualitaristas propios de la propuesta teórica original y han implementado políticas de APS con una concepción selectiva y focalizada en los grupos poblacionales más desprotegidos, operativizada mediante la definición de una canasta básica de prestaciones en el primer nivel de atención pero sin integración con los niveles de mayor complejidad asistencial”. (Iván Ase; Jacinta Burijovich; 2009)

Podemos comprender que desde el año 1955 hasta la década de los 90 se socavaron las bases de un modelo universalista y gratuito que habían comenzado con el gobierno Peronista. La última dictadura cívico militar preparó el terreno para lo que fue en los años 90 la implementación de un modelo neoliberal con tres características principales: la privatización, la descentralización, desregulación y la exclusión. Con impactos profundos en toda la sociedad y en las políticas implementadas en el sector salud.

Todo este proceso que duró varias décadas originó, en palabras de Susana Belmartino un sistema de salud donde la fragmentación y la heterogeneidad son características centrales del sistema. (Belmartino, 1992).

Nuestro *sistema de salud*³ se encuentra fragmentado no solo por su conformación en por tres subsectores: público, privado y seguridad social sino por la heterogeneidad de políticas de los diferentes gobiernos de turno, las instituciones y los actores que lo constituyen. En ese marco, todo el énfasis en APS pasa a estar dirigido por las políticas implementadas por el subsector público donde la población que

³El sistema de salud argentino se encuentra fuertemente fragmentado y desarticulado y esta circunstancia se constituye en una de sus principales características. Asimismo, la historia del formato actual se remonta a la década de los años cuarenta y a la constitución de un sistema sustentado en un modelo de desarrollo económico basado en el mercado interno y en el pleno empleo(...)Entonces, tenemos un sistema de salud conformado por un sector público que pretende dar cobertura médica a toda la población y no logra llegar a los sectores más carenciados, un subsector de Obras Sociales que pretende dar cobertura a los trabajadores pero que no asegura a aquellos que engrosan el creciente grupo de los desempleados y, sobre todo, de trabajadores informales. Y, por último, un subsector privado, que apunta naturalmente a los estratos sociales con mayor capacidad adquisitiva, pero que -como consecuencia no buscada de la acción/inacción de las Obras Sociales - está logrando una cada vez mayor inserción como prestador del subsector de OS, por lo que se desdibuja como competidor. López Susan. **EL SISTEMA DE SALUD ARGENTINO**. Caracterización y conformación del sistema de salud. Año 2006

*Ficha. Atención Primaria de la Salud: Una Estrategia aún posible y deseable en el campo de la Salud”
Lafit Jimena. Cátedra Medicina Social. 2016. FTS.UNLP*

accede es, principalmente a partir de los '90, la que se encuentra en las condiciones más desfavorables.

El carácter focalizado que adquirieron las políticas sociales originó un acople con la conceptualización de una Atención Primaria Selectiva (Intervenciones sanitarias selectivas) destinadas a grupos de riesgo específicos, abonando conceptualizaciones ambiguas que definen a la APS como una estrategia ligada al primer nivel de atención, a la baja complejidad en la atención de la salud o únicamente a la prevención y promoción en cualquier nivel de atención.

También es necesario mencionar el lugar estratégico que ocupan otros actores en el juego de fuerzas, como son los organismos internacionales (FMI Y BM) en las definiciones y orientaciones que promueven hacia los países nombrados como subdesarrollados. En este sentido las ideas fuerza de integralidad, universalidad e intersectorialidad, colisiona con las directrices que en 1993 el documento “Invertir en salud” publicado por el Banco mundial, postula como las salidas a la crisis de endeudamiento. Donde propone la reducción del Estado en materia de salud pública y se habla de una mayor diversidad y competencia en el financiamiento. Principalmente, en la reducción del rol activo y de intervención estatal en las políticas sociales para dar lugar al protagonismo del mercado. En ese contexto y bajo los lineamientos que impulsó el neoliberalismo, la visión de una construcción colectiva de la salud por medio de la participación comunitaria de base, es suplantada por otra lógica de construcción, de políticas verticales y lineamientos técnicos. Socavando la posibilidad de que los sujetos recreen su derecho natural a decidir sobre su propia vida y la importancia de participar en la toma de decisiones y la planificación de su salud.

No obstante, en nuestro país se consolidaron experiencias muy importantes con base en los principios de la APS. Las primeras experiencias, y teniendo en cuenta las características de país Federal, -experiencias provinciales con autonomía política- se encuentran en las provincias de Salta (1980), Neuquén con el Programa de Salud Rural, en la Provincia de Buenos Aires, la experiencia del ATAMDOS (Programa de Atención Ambulatoria y Domiciliaria de la Salud), que llevo adelante entre 1988 y 1989 Floreal Ferrara, son algunos de los principales ejemplos de nuestro país antes de los 90.

*Ficha. Atención Primaria de la Salud: Una Estrategia aún posible y deseable en el campo de la Salud”
Lafit Jimena. Cátedra Medicina Social. 2016. FTS.UNLP*

En palabras de Stolkiner Alicia: *“Ya específicamente abordando la historia del desarrollo de la APS en nuestro país, existen antecedentes de iniciativas que incluyen a la estrategia como fundamento, como por ejemplo el caso de las experiencias de Alvarado en Jujuy y Salta – aún en forma previa a la declaración de Alma Ata -; estas experiencias se demostraron de gran efectividad en la mejora de las condiciones de salud de las poblaciones, logrando erradicar, por ejemplo, al paludismo como enfermedad endémica en dichas provincias. Por otro lado podemos plantear que debido a que la Conferencia Internacional de Alma Ata se desarrolla en el año 1978, período durante el cual la Argentina era gobernada por una dictadura militar que obturaba claramente cualquier iniciativa promotora de la participación comunitaria, la APS se conceptualizó como un programa más que como una estrategia, y por lo tanto dio lugar a experiencias cuyo objetivo era el de la ampliación de la cobertura de servicios, así podemos citar como ejemplo de estas iniciativas al Programa de Salud Rural en la provincia del Neuquén.(Stolkiner;2007)*

Encontramos también como antecedente en nuestro país el desarrollo de las jornadas de APS desde el año 1986 a 1992 donde una multiplicidad de experiencias fueron compartidas, pensadas y debatidas.

Otro de los antecedentes que impactaron fuertemente en el sector salud, en función de la forma que adquieren las políticas públicas del sector, lo encontramos en la implementación del Plan Federal de Salud en el año 2004 *“(…) de manera paradójica, las bases del plan Federal de Salud son el producto de la más fenomenal crisis que el país y el sector hayan atravesado, en las últimas décadas”*. El mismo se asienta en la estrategia de APS con el objetivo de *“Construir un sistema federal y flexible de salud, más integrado, más justo, mejor regulado y que respete las diferencias regionales y provinciales”* (Ministerio de salud de la Nación, PSSYC;2004)ejemplos de esta implementación son: el programa Remediar, Programa materno infantil (PROMIN), el de salud sexual y procreación responsable, el programa médicos comunitarios y el Plan Nacer entre otros.

Desde esta visión, la noción de un sistema de salud que opera de forma integrada procurando una red de atención coordinada y eficaz, queda obsoleta.

*Ficha. Atención Primaria de la Salud: Una Estrategia aún posible y deseable en el campo de la Salud”
Lafit Jimena. Cátedra Medicina Social. 2016. FTS.UNLP*

Cabe destacar que la APS no es igual a prevención primaria, primer nivel de atención, paquete básico de recursos para poblaciones focalizadas, atención para pobres, intervenciones exclusivas en la comunidad o atención de baja sofisticación técnica y calidad inferior.

En esta misma línea, Mario Testa plantea el siguiente interrogante: ¿Estamos frente a una *atención primaria o Primitiva de la salud?* “*La contextualidad de la atención primaria de salud está dada, en primera instancia por el sistema de salud en que se encuentra inserta. Este sistema es el que concreta dicha significación de dicha atención en el nivel de la organización sectorial.*” (Testa; 1985). Y sostiene también que la misma tiene un significado concreto relacionado con su inserción en un determinado sistema y un significado abstracto relacionado con su definición ideológica.

Estas reformas en el sector salud se distanciaban cada vez más de aquellos preceptos plasmados en la declaración de Alma Ata: “*El pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención en salud*” (Alma Ata; 1978)

Por lo tanto, se deduce que la propuesta inicial de APS tendía a fomentar una construcción colectiva de la salud y que existiría una redistribución del poder donde el pueblo se constituiría como actor clave en el mejoramiento de las condiciones que hacen a su salud. Superando la participación desde una lógica verticalista de inclusión en programas y actividades planificadas en otros contextos.

A nuestro entender, las nociones de participación y comunidad precisan de análisis rigurosos para repensar sus usos, abusos y la historia de sus conceptualizaciones en cada época histórica. Aunque muy importante no podremos extendernos en este tema ya que excede el propósito de esta ficha.

En este sentido, el análisis debe poder contemplar una tensión, entre la proclamación formal de la APS (como una propuesta para reorientar los sistemas de salud) y las posibilidades históricas de su implementación, en otras palabras las posibilidades concretas en nuestro país de operativizar el derecho a la salud adoptando dicha estrategia.

*Ficha. Atención Primaria de la Salud: Una Estrategia aún posible y deseable en el campo de la Salud”
Lafit Jimena. Cátedra Medicina Social. 2016. FTS.UNLP*

Articulaciones entre APS y un enfoque de derechos.

Pensar la salud como un derecho, implica situarnos desde la noción de indivisibilidad y progresividad de todos los derechos humanos formalmente proclamados pero distantes en ser ampliamente consagrados. Es necesario el desarrollo progresivo de las condiciones que favorezcan el mejoramiento de la salud y de la vida en general de nuestros pueblos.

Desde este eje matriz, el derecho a la salud es fundamental para garantizar la trayectoria vital de cada persona y colectivo en la trama social e histórica. Dicho enfoque permite ponderar el derecho a la salud y constituir un pilar en el cuál situarse para la ampliación del mismo en sentido progresivo. Entendemos entonces que ***la APS se articula a una concepción de derecho a la salud, potenciando la capacidad de ejercerlos.***

A fin de despejar algunas confusiones y ambigüedades que se observan frecuentemente sobre la APS, entendemos, como expresa Silva Jairnilson Paím que la APS:

-No es una forma primitiva, empírica y elemental de atención, cuidado de segunda o tercera categoría para los pobres ni se sustenta solo en tecnologías que no incorporan los mayores avances del desarrollo científico.

-No es una acción exclusiva de los servicios de salud o de algunas instituciones del sector, ni es un programa independiente y paralelo a las demás actividades de salud.

-No es un nivel de atención dentro de un sistema de servicios de salud ni se reduce a lo que podría considerarse como el nivel más periférico.

-No se reduce a la utilización de personal no profesional, ni puede circunscribirse a miembros de la comunidad capacitados para prestar una atención elemental.

Algunos autores brasileños, al objetar la concepción de APS como asistencia simplificada, y de bajo costo para problemas simples de gente pobre, enfatizan que las demandas en este nivel exigen para su adecuada comprensión y efectiva

*Ficha. Atención Primaria de la Salud: Una Estrategia aún posible y deseable en el campo de la Salud”
Lafit Jimena. Cátedra Medicina Social. 2016. FTS.UNLP*

transformación, una sofisticada síntesis de saberes y una compleja integración de acciones individuales y colectivas, curativas y preventivas, asistenciales y educativas.(Silva.Jairnilson Pain; 2006)

La APS como estrategia que transforma el campo de la salud hace hincapié en los determinantes sociales, culturales, políticos, económicos e históricos que ubican a la salud como un producto sociohistórico donde el vivir, enfermar y morir de las poblaciones son procesos que se gestan en el devenir histórico y se constituyen en tensión con los proyectos societales en pugna.

No sólo implica una transformación en el sector salud sino que también incluye una mejora en las condiciones de trabajo y seguridad social, la cuestión de la vivienda y la educación como también es necesaria una planificación en torno a la sustentabilidad de los recursos naturales con un impacto en el medio ambiente y la salud.

En este sentido, el ***lugar asignado a los sujetos es de vital importancia como co-constructores de su propia salud.***

Reflexiones finales

A partir de la difusión de la propuesta de Atención Primaria de la Salud es posible un análisis de sus avances y retrocesos, alcances y limitaciones en la coyuntura actual.

Dicho análisis constituye un insumo fundamental para nuestra práctica como trabajadores sociales en el campo de la salud. Si nos planteamos la necesidad de un cambio que opere en múltiples dimensiones y pueda reflejarse en nuestras prácticas cotidianas. Potenciando iniciativas que permitan construir una modalidad de atención en salud más respetuosa de los derechos humanos. Entonces, esta propuesta es deseable y asumiremos la inevitable encrucijada de encontrar caminos posibles.

En este sentido, será necesario un análisis crítico y fecundo, ya que no es posible actuar en escenarios complejos y multideterminados históricamente desde una ingenuidad analítica.

*Ficha. Atención Primaria de la Salud: Una Estrategia aún posible y deseable en el campo de la Salud”
Lafit Jimena. Cátedra Medicina Social. 2016. FTS.UNLP*

Analizar críticamente las potencialidades de la atención primaria de la salud con asiento en los DDHH posibilitaría la búsqueda y modificación de determinantes sociales, políticos, culturales y económicos que constituyen los procesos de salud/enfermedad/atención y estaría encaminada a identificar el cambio de estructuras de poder necesarias para reorientar los sistemas de salud en este sentido.

Surgen interrogantes que se desprenden de la indagación y análisis expuesto. ¿Qué posibilidades de existen de pensar enfoques integrales para abordar las problemáticas de salud? ¿Qué posibilidades históricas de operativizar el derecho a la salud?

Tenemos en cuenta que el enfoque desde la estrategia de APS en su origen, plantea un cambio que moviliza estructuras de poder con un impacto directo en las formas de reproducción cotidiana de toda la población, esta postura teórica, política, ética y metodológica conlleva muchas más implicancias que apenas ciertos cambios espontáneos y desarticulados. Entonces, ¿qué significa la renovación de APS?. Es una renovación de los valores éticos que se encuentran plasmados en la esencia de aquella lejana declaración en 1978. Cada día como trabajadores, profesionales o como ciudadanos debemos renovar nuestro compromiso con los derechos humanos, que implica valores éticos necesarios para vivir en sociedad. Las coyunturas son otras y ha pasado mucho desde aquella proclamación en Alma Ata, pero la necesidad de respetar nuestros derechos en esencia es la misma.

Actualmente como trabajadores en el campo de la salud nos hallamos frente a innumerables desafíos cotidianos, entre ellos, sostener la tensión de fortalecer los derechos humanos inherentes a las personas y traccionar la avanzada de despolitización, deshistorización y mercantilización de la salud, desde una construcción colectiva. Nuestro sistema de salud no sólo se encuentra fragmentado en tres subsectores sino que al interior del subsector público la lógica de fragmentación, vaciamiento del sector, y condiciones laborales desfavorables atentan contra la calidad en la atención, la universalidad y la accesibilidad de la salud.

El cotidiano de la intervención profesional nos interpela y sumerge en profundos interrogantes e inquietudes, posibilitando el esclarecimiento de finalidades y propósitos, aquellos explícitos en el andar institucional y aquellos que quedarán en la opacidad en el marco del desarrollo de estrategias de intervención.

*Ficha. Atención Primaria de la Salud: Una Estrategia aún posible y deseable en el campo de la Salud”
Lafit Jimena. Cátedra Medicina Social. 2016. FTS.UNLP*

En nuestra indagación y análisis del tema se perfila un camino colmado de interrogantes más que de certezas. Senderos que implican reflexiones en torno a las cuestiones de fondo que la APS trae consigo, en términos de profundizar el análisis sobre la determinación social de la salud y la enfermedad, sobre los procesos biológicos articulados a procesos sociales, económicos políticos y culturales y también la forma en que estas orientaciones se traducen en la práctica.

Para ello la historia es un recurso ineludible para esclarecer, explicar y despejar las brumas que aparecen en el sendero.

Reconocemos que la motivación por el tema surge de visiones colmadas de ideas de transformación que tocan nuestras fibras más íntimas. Realizamos un sobreesfuerzo para no caer en idealismos románticos sobre la APS, aunque a veces difícil. Intentamos en un esfuerzo consumado lograr una síntesis que nos permita un punto de partida para reflexionar, aprehender y de-construir para volver a construir con mayor claridad, toda la que podamos encontrar, en estos momentos estremecedores para aquellos que observamos en las injusticias, el clamor de un pueblo que sufre.

En otras palabras la transformación es esperable, deseable y también posible en un horizonte que supone el respeto a los derechos humanos de todas las personas. El compromiso es insoslayable, el camino es arduo y transcurre en el inevitable acontecer histórico que va marcando los pasos necesarios hacia la construcción de una salud colectiva.

Bibliografía consultada.

- Belmartino S. (1992) “El sistema de salud en Argentina: perspectivas de reformulación”. *Cuadernos Médico Sociales N° 61*. Asociación Médica de Rosario. Argentina. Setiembre
- OMS (1978) *Declaración de Alma Ata*.

*Ficha. Atención Primaria de la Salud: Una Estrategia aún posible y deseable en el campo de la Salud”
Lafit Jimena. Cátedra Medicina Social. 2016. FTS.UNLP*

- Entrevista a Halfdan Mahler. (2008) Disponible en: <http://www.who.int/bulletin/volumes/86/10/08-041008/es/>
- Grodos, D. & Bethune, X. (1989) “Las intervenciones sanitarias selectivas: una trampa para la política de salud del Tercer Mundo”. En: *Cuadernos Médico Sociales Nº46: 71-85*; Rosario
- Ivan Ase, Jacinta Burijovich. (2009) “La estrategia de Atención Primaria de la Salud: ¿progresividad o regresividad en el derecho a la salud?” En: *Salud Colectiva, Buenos Aires, 5(1):27-47*, Enero – Abril.
- Jornadas de APS que se desarrollaron durante los años 1987 y 1992. Ver en: <http://www.unla.edu.ar/index.php/cedops-fondos-y-colecciones-jornadas-de-atencion-primaria>
- López, Susan. (2006) “El Sistema de Salud Argentino. Caracterización y conformación del sistema de salud”. Ficha de cátedra de Medicina Social. FTS-UNLP.
- Menéndez E. L. Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. 1988 30 de abril al 7 de mayo. Buenos Aires. 1988 Pág. 451- 464. Ver en: http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/elektivitas/816_rol_psicologo/material/unidad2/obligatoria/modelo_medico.pdf
- OPS/OMS (2005). *Renovación de la atención primaria de salud en las Américas*: documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS).2005.Washington, D.C:
- Posgrado en salud social y comunitaria. Plan Federal de Salud. Ministerio de Salud de la Nación. Módulo 5. Unidad Nº 3.
- Silva Pain, Jairnilson (2006) *Desafíos para la Salud Colectiva en el siglo XXI*. Ed: Lugar Editorial.
- Stolkiner, Alicia & Wilner, A. (2007) "Abordajes de la Atención Primaria y el Derecho a la Salud en los países del Cono Sur - Red ISSS *Algunas ideas sobre la Atención Primaria de la Salud en Argentina* .Mayo de 2007
- Testa, M. (1985). “Atención primaria o primitiva de salud”. En: *Cuadernos Médico Sociales Nº34: 3-13*. Rosario