

LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD Y EL NUEVO MODELO DE SALUD FAMILIAR A PARTIR DE LA REFORMA: CONTEXTO HISTÓRICO Y REGIONAL^a

DR. RICARDO FÁBREGA LACOA^b

PRIMARY HEALTH CARE AND THE NEW FAMILY HEALTH MODEL SINCE THE REFORM HISTORICAL CONTEXT AND REGIONAL

Abstract

This paper provides an overview of developments in Primary Health Care (PHC) in the Americas during the 21st century. It draws on a report created in collaboration with the Pan American Health Organization (PAHO) for the 40th anniversary of the Alma-Ata Declaration⁽¹⁾ and documents from major international health organizations for the post-pandemic period. The report highlights that Primary Health Care is a key proposal for addressing post-pandemic challenges and promoting sustainable development in healthcare systems. These findings support Chile's efforts to transform its healthcare system towards universal Primary Health Care.

Keywords: Primary Health Care, Health Care Reform, Public Health, Government.

Resumen

Este artículo ofrece una visión general de la evolución de la Atención Primaria de Salud (APS) en las Américas durante el siglo XXI. Se basa en un informe elaborado en colaboración con la Organización Panamericana de la Salud (OPS) con motivo del 40° aniversario de la Declaración de Alma-Ata y documentos de las principales organizaciones sanitarias internacionales para el período postpandemia. El informe destaca que la Atención Primaria de Salud es una propuesta clave para abordar los desafíos postpandemia y promover el desarrollo sostenible en los sistemas de salud. Estos hallazgos respaldan los esfuerzos de Chile para transformar su sistema de salud hacia la Atención Primaria de Salud Universal.

Palabras clave: Atención primaria de salud; Salud Global; Salud de la familia; Prestación de Servicios de Salud; Organización Panamericana de la Salud.

^a Conferencia pronunciada en las "1ras Jornadas de Atención Primaria y medicina familiar: innovaciones, desafíos y oportunidades", realizada en la Academia Chilena de Medicina, 20 de junio, 2023.

^b Decano, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Santo Tomás. Email: rfabregal@santotomas.cl

EL PROCESO DE RENOVACIÓN DE LAS APS EN LAS AMÉRICAS

En América Latina se inició un proceso de renovación de la atención primaria de salud a comienzo de este siglo (año 2003), y se hizo a partir de la actualización de lo planteado en la conferencia de Alma Ata⁽¹⁾. La declaración de Alma Ata fue clave para América Latina y para el mundo. En Alma Ata tuvimos una propuesta que hasta el día de hoy hace vibrar a quienes se conectan con lo que ahí se plantea. Esta declaración llama a un nuevo marco civilizatorio, llama a la salud para todos. Por primera vez la OMS lo plantea así, como un derecho a la salud, reivindica el enfoque comunitario, la justicia social, y coloca una serie de términos que hoy día en las deslavadas declaraciones internacionales aparecen poco. Alma Ata siguió reverberando y ganando fuerzas y sembrando vocaciones en nuestro mundo universitario, en nuestro mundo de salud en toda América Latina. Su llamado se hizo realidad en distintas partes del mundo, sobre todo en los países desarrollados, lo que permitió construir sistemas basados en la atención primaria.

En América Latina con posterioridad a Alma Ata vino un período donde no se avanzó mucho en el tema. Nosotros en Chile, durante la década de los '80, seguimos avanzando conceptualmente en nuestro querido colectivo de atención primaria con el Dr. Infante. Los que éramos alumnos de él, íbamos a esos espacios diferentes, se podría decir que al margen la corriente principal. Pero al volver la democracia en Chile a comienzos de los '90, partimos con bastante fuerza: el plan de mejoramiento inmediato de la APS (Atención Primaria de Salud), la gratuidad, la creación de la División en el Ministerio de Salud, la instalación del mecanismo per cápita de financiamiento, el estatuto laboral, la creación de los centros de salud, las salas IRA (infección respiratoria aguda) y los SAPU (Servicio de atención primaria de urgencia), y una serie de iniciativas que se hicieron en la década los años '90 en Chile son testimonio histórico del desarrollo conceptual y operativo que los impulsores de la APS lograron concretar. En cada país hubo diversos niveles de avance, pero como Región de la Américas se retoma el tema de atención primaria de salud con fuerza en un mandato que hacen los gobiernos a la OPS en el año 2003, es decir, 25 años después de Alma Ata.

Allí empieza de nuevo la discusión sobre la atención primaria con más fuerzas, recordemos que simultáneamente estaban los grandes poderes del Banco Mundial, el Fondo Global y todas esas instituciones filantropocapitalistas apoyando, no el desarrollo de sistemas de salud, sino que el combate a ciertas enfermedades: apoyando la lucha contra el Sida, apoyando la lucha contra la malaria, apoyando la "erradicación" de la tuberculosis, pero no el desarrollo de sistemas de salud y menos apoyando los sistemas de salud basados en la atención primaria.

Entonces en América Latina parte esta discusión de renovación de la APS que es larga y ocurre entre los años 2003 y 2007. En 2005 hay una declaración en Montevideo que es muy importante e interesante y en 2007 emerge el documento de Renovación de la

APS en Las Américas⁽²⁾, donde consagran el derecho a la salud, la equidad, la solidaridad como el núcleo de cualquier sistema de salud basado en la atención primaria. ¿Cuál es el problema de esta declaración, de este documento de renovación de la atención primaria? El problema que tiene es que es muy “poético”, muy conceptual, aunque a todos nos parece bien, porque están los 3 valores, los 7 principios, los 13 elementos esenciales.

Sin embargo, queda abierta la siguiente pregunta: ¿Ahora que hacemos en cada país? ¿Cómo transformamos el sistema de salud en cada país?, entonces inmediatamente, cuando apenas terminaba la discusión del año 2007 y emergía el documento, vino la discusión sobre ¿Cómo hacemos la prestación de servicios adecuada para los sistemas de salud basados en la atención primaria? La discusión partió nuevamente a nivel latinoamericano alrededor del año 2007.

En Chile ya nos habíamos adelantado y ahí al año 2002 había un proceso de reforma hablando de redes y convirtiéndolo en proyecto de ley, incluso se legisló una Subsecretaría de Redes Asistenciales. El hecho es que Chile ya estaba adelantado, en el año 2005 ya había una reforma constituyendo gestores de red y recién en 2010 sale la propuesta de las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) como el eje para tener sistemas de salud basados en atención primaria por parte de OPS⁽³⁾. Esta propuesta se acompaña de un modelo gráfico que pretende reemplazar la vieja pirámide asistencial, esa vieja pirámide de primer, segundo y tercer nivel se borra de todos los documentos, desaparece, y empezamos a hablar de redes. En esta nueva representación sale la familia y la comunidad como lo más vistoso, lo más fuerte, es allí donde se genera la salud. Este dibujo coloca el primer nivel en contacto con la comunidad y después viene el soporte de especialistas; el hospital aparece “desfragmentado” en sus distintas entidades, no existe en cuanto tal en esta representación conceptual. Esto enojó mucho a los directores de hospitales, nuestro amigo Osvaldo Artaza se enojó tanto que escribió un libro. Escribió un libro para decir por qué el hospital también tiene que estar en la propuesta RISS y varios años después salió un documento oficial de OPS, en el cual me correspondió participar, recogiendo y profundizando en los contenidos de ese libro⁽⁴⁾.

Hacia el año 2011 el acuerdo sobre contar con sistemas de salud basados en la atención primaria estaba claro, en la Región de las Américas teníamos, además, una propuesta sobre cómo hacer esto realidad en el ámbito de la prestación de servicios de salud con la propuesta RISS. A nivel global; sin embargo, había cobrado fuerza la noción de cobertura universal, que apuntaba a las condiciones de aseguramiento de las prestaciones y en la región de las Américas, y por distintas razones, esta propuesta de OMS (Organización Mundial de la Salud) y el Banco Mundial no era bien recibida. Por esta razón surge una nueva discusión regional para generar una estrategia de transformación de los sistemas de salud que, recogiendo los lineamientos de la renovación de la atención primaria de salud, incorporara no sólo los servicios de salud sino también la rectoría y gobernanza, el modelo de financiamiento y la intersectorialidad. En esta nueva propuesta estratégica integral, hubo una fuerte discusión entre los representantes de los países. Se buscaba

proponer medidas concretas y compromisos claros de transformación en todos los países y en todas las funciones de un sistema de salud. Las posturas de Cuba y EUA diferían notablemente, pero no eran los únicos que expresaban posiciones divergentes. Implicaba salir de lo conceptual y entrar de lleno en propuestas de política pública consensuadas para avanzar. El acuerdo fue posible. Es así como el año 2014 se aprueba unánimemente por todos los gobiernos la “Estrategia Regional de Acceso universal a la Salud y cobertura universal de salud”⁽⁵⁾. El documento contiene una serie de medidas concretas que permiten hacer seguimiento a los avances reales en todos los ámbitos que se consideraban relevantes a esa fecha. En resumen, incluye 4 líneas estratégicas. La línea estratégica 1 apunta a los servicios integrales. La línea estratégica 2 apunta a fortalecer la rectoría y la gobernanza, contar con un fuerte ministerio de salud, y fortalecer las funciones esenciales de salud públicas. La línea estratégica 3 mandata aumentar el financiamiento con equidad, avanzar hacia la eliminación del copago, para que la gente no tenga que pagar. Esto fue lo que se acordó al final, porque hubo mucho debate técnico. Hubo acuerdo en que las personas no tienen por qué pagar para acceder al servicio en el momento de la necesidad. La idea es que pagas antes o pagas por impuesto, pero no pagas al momento de la prestación. En resumen, todos deben estar asegurados con copago cero al momento de la necesidad. Eso que es hoy un acuerdo, costó mucho que todos declararan eso. ¿Cómo se llegó a ese acuerdo? Porque la evidencia está ahí y demuestra que es mejor ¿Se puede? Si se puede y funciona. Incluso accedieron los que en un inicio proponían mantener algún nivel de cobro, porque pensaban que un pequeño copago para moderar el consumo era conveniente, los economistas defendían las tarifas moderadoras, etc. En realidad, los estudios demostraban que no servían, los copagos en salud no contribuían a la equidad ni al mejor resultado ni eficiencia en los sistemas de salud. Quedó así en la estrategia esta propuesta bien concreta y varias cosas concretas más fueron quedando. Algunas en las que los ministros de hacienda tiemblan, porque se demostró que lo mínimo que tiene que presupuestarse es una inversión del 6% del PIB en salud pública para que un país pueda tener salud para todos, sino se tiene a lo menos un 6% de gasto en salud pública, no se pueden lograr los objetivos declarados. A veces se escuchan críticas que reclaman por qué los países no tienen más camas hospitalarias. Y dicen que en la OCDE (Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos) tienen más que nosotros. La verdad es bien simple, no se puede tener las camas de la OCDE con los impuestos de Chile, no da, o sea, o nos ponemos a tono o no nos quejemos tanto, porque la verdad es que no puede ser que por un lado no queramos pagar más y queramos a la vez, tener los servicios que otorgan países con otros niveles de ingresos tributarios. Finalmente, la línea estratégica 4 tiene que ver con toda la coordinación intersectorial. Con este debate zanjado hacia el año 2014 y el acuerdo logrado a nivel global sobre los objetivos de desarrollo sostenible en 2015, todos los focos se pusieron en avanzar en estas recomendaciones con miras al año 2030.

En eso estábamos en América Latina cuando desde el nivel global se convocó a rediscutir la APS a la luz de los 40 años de Alma Ata, esta reflexión se inició el 2017 y

concluyó en abril de 2019. Esta vez ya no se invitó sólo a los gobiernos a discutir con sus expertos, sino que se invitó a las asociaciones de pacientes, a las agrupaciones de afrocolombianos, de personas viviendo con discapacidad, de las diversidades sexuales, en fin, hubo una enorme diversidad de la sociedad civil que fue convocada a un foro por una comisión que presidió Michelle Bachelet en una primera instancia y luego Néstor Méndez, Secretario General de la OEA (Organización de Estados Americanos). Estas comisiones se juntaron muchas veces por vías telemáticas y, además, algunas presenciales, preparando lo que sería la propuesta de los 40 años de Alma Ata y de este proceso surge un documento que tiene una especie de decálogo de lo que deberíamos hacer en las Américas para avanzar hacia los sistemas de salud basados en la atención primaria en el siglo XXI⁽⁶⁾. Este fue el aporte de las Américas al proceso de discusión de los 40 años de Alma Ata a nivel global. En ese marco surgió también la discusión sobre Recursos Humanos. ¿Por qué lo menciono? porque surgieron varios documentos, pero el de recursos humanos, es una propuesta que plantea por primera vez en un documento de OPS que para que tengamos sistemas de salud basados en la atención primaria, necesitamos médicos de familia. El documento lo expresa enunciando una meta muy exigente: el 30% de la formación de especialistas en América Latina tiene que ser de especialistas en medicina de familia al año 2023, para que oportunamente tengamos cerrada la brecha, para poder tener sistemas basados en la atención primaria al año 2030⁽⁷⁾. Eso lo dice ese informe del año 2019, luego nos llegó la pandemia y con eso tenemos miles de excusas para decir por qué no hemos avanzado, pero la verdad es que allí está el acuerdo de los especialistas ¿es verdad todo esto que afirmamos? Si es verdad, los acuerdos son públicos. Lo que tenemos que procurar es que los gobiernos pongan sus acciones donde ponen sus palabras. Nuestros gobiernos, se han comprometido a políticas basadas en evidencia, incluso los más resistentes han terminado firmando, porque es imposible resistirse a la evidencia, pero después tienen que implementar y en la implementación hay quienes tienen muchas dificultades para cumplir por distintas circunstancias.

Después del año 2019 vienen las reflexiones propias de la pandemia, ha habido por lo visto mucha posibilidad de reflexionar en estos tiempos. Ha habido un muy importante conjunto de documentos para fortalecer el desarrollo de sistemas basados en la atención primaria a raíz de la pandemia. Algunos están en la bibliografía. Les pido, que los revisen, que los conozcan, sobre todo los más jóvenes, no sólo hay que conocer la declaración de Alma Ata, por favor revisen, además, estos documentos del presente siglo.

Está el documento de la conferencia sanitaria panamericana (la OPS), sobre “sistemas integrados de salud”⁽⁸⁾; está también la propuesta de OMS sobre “resiliencia en los sistemas de salud”⁽⁹⁾. Integración es un concepto que reaparece en pandemia y se vuelve a plantear, ya no como integración de dispositivos de salud, sino como la integración de las prioridades sanitarias. Se busca abandonar el enfoque por enfermedades y esa es una discusión que se da al interior de los salubristas, porque muchos de ellos son expertos en una patología y eso se traduce en intervenciones verticales. Históricamente tuvimos

este problema y lo seguimos teniendo en zonas enteras del mundo como en África, donde siguen existiendo los que combaten la tuberculosis por un lado y, por otro lado, los que combaten la malaria.

Adicionalmente tenemos que considerar un documento que emitió la OMS sobre el seguimiento y monitoreo de la atención primaria⁽¹⁰⁾. Además, hay otra propuesta sobre como abrir participación⁽¹¹⁾ que es uno de los 3 ejes claves de la atención primaria en el último acuerdo internacional. Finalmente, está el documento “Walking the Talk” que es del Banco Mundial del año 2021⁽¹²⁾. En este documento ellos afirman: “hace más de 40 años que el mundo decidió que íbamos a tener salud para todos en la declaración de Alma Ata... es tiempo de cumplir”, o sea nos amonestan a todos lo que hemos tratado de que esto resulte, nos recriminan por no haberlo logrado. Ahora yo les agradezco que se sumen a la causa, de hecho, el Banco Mundial ahora está financiando proyectos de atención primaria en todo el mundo, cosa que no había hecho casi nunca en nuestra región, porque siempre se financiaba hospitales, se financiaba tecnología de alto costo hospitalario. Ahora están financiando redes integradas en Perú, y ofrecen apoyar lo mismo en Chile. Hoy está bastante instalado que la atención primaria es la manera de avanzar si queremos tener sistemas de salud para todos, sustentables, sostenibles, resilientes, para los próximos años.

Retomando el proceso chileno, mi impresión es que nosotros seguíamos un poquito a la vanguardia hasta el tema de las prioridades materno-infantiles. Sin embargo, cuando viene el cambio de modelo de los 40 años de Alma Ata, y se asume que la transición demográfica y epidemiológica está avanzada, se pasa a una nueva etapa. Esta tiene que ver con los cuidados a los enfermos crónicos, la preocupación por el cáncer, la preocupación por la hipertensión, la diabetes, la salud mental, la preocupación por la autogénesis (la tarea de tener un equipo de salud que se encarga de ayudar en el proceso de mantener saludable a las personas en sus comunidades). En esta nueva etapa los desafíos son otros y más difíciles. Es cierto que hay una valoración de la salud familiar que ha sido creciente en el tiempo, pero aún es insuficiente. La reforma del 2003-2005 introdujo las redes asistenciales y eso vino a reforzar las acciones ambulatorias del sector salud, pero introdujo una tensión entre los enfoques verticales y modelo integral que yo creo que eso es uno de los principales problemas que tenemos en este minuto en la atención primaria.

En resumen, desde Alma Ata hasta hoy se cuenta con una continuidad conceptual. Cuando uno mira los documentos, estos son muy consistentes unos con otros a lo largo de los años y van poniendo los énfasis propios de la época. Ha habido una renovación no sólo del compromiso con la salud para todos, sino una renovación sobre cómo lograr este objetivo. Las propuestas son bastante claras, con mucha evidencia, bastantes datos de lo que deberíamos hacer los gestores públicos para que las cosas resulten. Chile ha estado en línea con esta orientación, aun cuando está en veremos qué tan exitoso será Chile en la nueva fase, dado a su retraso en la implementación efectiva del modelo integral con enfoque familiar y comunitario.

REFERENCIAS

1. OPS. 2018. Regional Report. Primary Health Care 40 years of Alma Ata. Situation in the Americas. Document Number: PAHO/HSS/18-039 Disponible en: https://www.who.int/docs/default-source/primary-health-care-conference/phc-regional-report-americas.pdf?sfvrsn=4afe25c7_2
2. OPS. 2007. 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). Washington, D.C.: Biblioteca Sede OPS; 2007. Disponible en: https://www3.paho.org/els/dmdocuments/Renovacion_Atencion_Primaria_Salud_Americas-OPS.pdf
3. OPS. 2011. Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su implementación en las Américas. Washington, D.C. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/redes-integradas-servicios-salud-conceptos-opciones-politica-hoja-ruta-para-su-1>
4. OPS. 2018. Hospitales en redes integradas de servicios de salud. Recomendaciones estratégicas. ISBN: 978-92-75-32004-4. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/hospitales-redes-integradas-servicios-salud-recomendaciones-estrategicas>
5. OPS. 2014. Estrategia para el acceso universal a la salud y la cobertura universal de salud. CD53/5, Rev.2. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/estrategia-para-acceso-universal-salud-cobertura-universal-salud>
6. OPS. 2019. “Salud Universal en el Siglo XXI: 40 años de Alma-Ata. Informe de comisión de Alto nivel”. Disponible en: https://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/2019/salud_universal_xxi_40_alma_ata.pdf
7. OPS. 2018. “Plan de Acción sobre Recursos Humanos para el Acceso Universal a la Salud y la Cobertura Universal de Salud 2018-2023. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/cd5610-rev-1-plan-accion-sobre-recursos-humanos-para-acceso-universal-salud-cobertura>
8. OPS. 2022. “Política sobre atención integrada para mejorar los resultados de salud”. CSP30/10. Disponible en: https://www.paho.org/sites/default/files/csp30-10-s-politica-atencion-integrada_0.pdf
9. OMS. 2022 “Generación de resiliencia en los sistemas de salud” WHO/UHL/PHC-SP/2021.01. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/346533?&locale-attribute=ru>
10. OMS. 2022. Primary health care measurement framework and indicators: monitoring health systems through a primary health care lens. ISBN (WHO) 978-92-4-004421-0 Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240044210>
11. OMS. 2021. “Voz, agencia, empoderamiento - Manual sobre la participación social para la coberturasanitaria universal”. ISBN 978-92-4-006108-8. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240027794>
12. Banco Mundial. 2021. WALKING THE TALK Reimagining Primary Health Care After COVID-19. Disponible en: <https://www.worldbank.org/en/topic/health/publication/walking-the-walk-reimagining-primary-health-care-after-covid-19-a-health-nutrition-and-population-global-practice-flags>