

ATENCIÓN DE LA SALUD EN EL NIVEL PRIMARIO

ASPECTOS CONCEPTUALES

INTRODUCCION

En las palabras del Subdirector de la Organización Mundial de la Salud, Dr. David Tejada de Rivero, “el programa prioritario en escala mundial es lo que estamos llamando servicio primario de salud. Su razón de ser es, que en los países en desarrollo jamás podremos dar una cobertura de servicios a toda la población con la tecnología médica de los países desarrollados. Esto significa una reelaboración del sistema de salud, no de arriba hacia abajo, como siempre reestructurando los organismos centrales por conflictos de intereses personales, sino de abajo hacia arriba, para toda la población y con elementos de la propia comunidad” (1).

En el marco actual de la mayoría de los países latinoamericanos, ésta síntesis interpreta adecuadamente el planteamiento que, a nuestro juicio, debiera guiar las deliberaciones de esta IX Conferencia de Escuelas de Salud Pública. Para servir esta finalidad, abordaremos sucesivamente:

- 1) Los conceptos de: Nivel primario – Salud – Atención a la Salud – Otros Sectores.
- 2) El Problema en América Latina.
- 3) Características de los Niveles Primarios de Atención.
- 4) Factores que determinan este planteamiento. Políticos – Técnicos.
- 5) Conclusiones.

1. CONCEPTOS

Creemos necesario aclarar que entendemos por nivel primario el extremo distal en la red de distribución de servicios. Comprende las poblaciones rurales, abandonadas de prestaciones sociales en la inmensa mayoría del Continente y claramente reconocidas como marginadas de la civilización; es esa proporción decreciente en todas partes a la que se dirigen los planes nacionales de extensión de cobertura proclamados periódicamente, con nuevos nombres y a menudo con sentido más demagógico que real. Pero, comprende también los barrios marginales, periféricos de las grandes y medianas urbes, donde habita cerca de un tercio de la población total, más cerca al parecer del agua, la luz, las escuelas, los servicios de salud, pero no menos alejados de la civilización que los sectores rurales, de donde han venido llegando por oleadas en las décadas recientes. Poderosas barreras culturales refuerzan allí la inaccesibilidad o el aislamiento físico y la escasez de centros de salud y hospitales, en extensas áreas con mayores necesidades objetivas y subjetivas que en el medio rural. Esta es parte integrante —y la más compleja y difícil de abordar— del llamado nivel primario, aunque sea incluida a regañadientes y de palabra en los planes de extensión de cobertura. Proponemos que estos sectores urbanos periféricos marginales, de ordinario muy próximos a nuestras Escuelas de Salud Pública, sean tenidos presentes en esta discusión, como un núcleo prioritario, cuya desatención está poniendo en jaque nuestros elaborados sistemas hospitalarios y el propio funcionamiento de la sociedad.

También nos parece necesario precisar el concepto de Salud. La experiencia y discusiones recientes han pro-

vocado en todo el orbe una revisión de la definición clásica de la OMS. Salud no es un fin en sí, queremos al hombre sano, en el goce pleno y equilibrado de sus facultades para disfrutar el bienestar y contribuir al progreso social (2). El concepto tampoco es estático, ahistórico, sino como observa bien Laura Conti (3), cambia de acuerdo con las ideas dominantes de cada sociedad, influenciadas por las relaciones de producción imperantes en cada época. Y la definición de salud está, en verdad, a la orden del día. Milton Terris (4) propone incorporarle la "capacidad de funcionar" como un elemento fundamental en su aplicación práctica. Por su parte, Sander Kelman destaca la necesidad de reconocer que en cualquiera sociedad, la definición de salud no es estrictamente biológica sino primordialmente social. La sórdida historia de la morbilidad y mortalidad ocupacional, en que el proceso salud-enfermedad es un mecanismo para cargar los costos de producción a la fuerza de trabajo más bien que a los accionistas o consumidores, ilustra cómo la salud está subordinada a la producción en vez de ser un fin en sí. La idea que las gentes tienen de su salud está limitada por el marco social, al punto que pueden verse obligados a actuar en contra de sus conocimientos para mantenerse sanos, o privados de nociones científicas sobre los síntomas y causas de las enfermedades. Así, las medidas que interfieren en el proceso de acumulación, en tal tipo de sociedad, no formarán parte de las políticas de salud (5).

Por Atención de la Salud entendemos el amplio rango de medidas médico-biológicas y sociales dirigidas al medio ambiente y a las personas, para proteger, fomentar y recuperar la salud de la población. Mientras mayor control se ejerza sobre las condiciones sociales, individual y colectivamente, menos alienantes serán las nociones y prácticas de una comunidad acerca de salud y mejores sus reales posibilidades de acción.

Tal es nuestra interpretación del llamado "enfoque multisectorial", de la coordinación con las acciones de los demás sectores sociales y económicos — la agricultura y la alimentación, la vivienda, el trabajo, la educación, la recreación. Estos son factores esenciales de la Atención de la Salud, tanto o más importantes que las actividades médicas y de los servicios de salud, para las poblaciones servidas y para el cumplimiento de nuestros programas.

2. *EL PROBLEMA EN AMERICA LATINA*

Al momento de la II Reunión Especial de Ministros de Salud de las Américas, en Octubre de 1972, se constató que "el 37o/o de los habitantes de América

Latina y el Caribe no recibían atención médica de ninguna especie" (6). Este valor promedio describe mal la situación de abandono de una proporción mucho más elevada en numerosos países, así como el hecho de que "el pobre, los grupos remotos o aislados y las comunidades indígenas carecen de adecuada atención aún en países desarrollados". La gran mayoría de ese 37o/o vive en el medio rural o en las poblaciones marginales de las grandes ciudades.

Examinando los progresos desde los planes aprobados en Punta del Este en 1961, la misma III Reunión precisó que el grado de expansión alcanzado por los sistemas de servicios de salud de la Región significa que el potencial de cobertura de su capacidad instalada llegaba a un 63o/o de la población total, con servicios "elementales o mínimos de salud", oscilando entre el 100o/o en localidades de 20.000 habitantes y más, hasta el 20o/o en localidades de menos de 2.000 habitantes. Examinó también los diversos factores que han afectado y siguen afectando el desarrollo de todos los niveles del sistema de operación regional, agotando paulatinamente su capacidad de expansión.

Dicha reunión concluyó, sin embargo, recomendando la instalación de los mismos mecanismos y estrategias aplicados en los países industrializados. Al decir del informe conjunto OMS/UNICEF, (7), dicha estrategia ha sido un fracaso en las naciones en desarrollo, "estimulando servicios de salud relativamente sofisticados, centrados en las ciudades, predominantemente curativos y accesibles a un pequeño sector privilegiado". La historia y la experiencia demuestra —continúa dicho informe— que es muy improbable que los servicios convencionales, basados en las líneas "occidentales" se expandan para satisfacer las necesidades básicas de todo el pueblo. "Se requiere un enfoque nuevo; no es cuestión de inyectar un poco más de habilidad técnica. Algunos países deberán hacer cambios drásticos o revolucionarios; otros, por lo menos reformas radicales. Este enfoque renovado requiere una motivación clara y un compromiso definido de parte del pueblo, que tiene el conocimiento y el poder económico y político para introducir el cambio"(7).

La III reunión incluyó, sí, una recomendación de especial interés para nuestras deliberaciones y muy pertinente a los planteamientos que siguen. Ella fue la de "Investigar y experimentar tecnologías de salud... consistentes con la realidad socioeconómica y cultural actual y con las expectativas del desarrollo de cada país"(6).

3. CARACTERISTICAS DE LOS NIVELES PRIMARIOS DE ATENCION

Nos proponemos describirlas a grandes rasgos, principalmente basados en experiencias recientes, entre las que se destaca el intento de Integración Operacional de Servicios de Salud en Antioquia, Colombia.

- a) En primer lugar, la atención de la salud en el nivel primario debe ser *integrada*. Toda la población del área debe ser considerada como una unidad. El Servicio local de salud debe ser responsable del cuidado de la salud de toda esa población sin distinciones de previsión, situación económica o cualquiera otra. Debe haber unidad directiva de todos los programas preventivo-asistenciales y de bienestar, así como del equipo de trabajo integrado por todos los funcionarios destinados al área por cualquier entidad. Unidad en los sistemas de información, concesión de beneficios, remuneración del personal, planes de investigación, educación de la población, etc.. Se trata apenas de cumplir aquel primer principio de buena administración enunciado por la Comisión Dawson en 1918, "que cuando se haya de emprender una función especial, ésta se lleve a cabo por un solo organismo para toda la comunidad que necesite el servicio, y no que para los diferentes sectores de la comunidad haya diversos organismos"(8).

Requisito relativamente fácil de cumplir en los sectores rurales, donde a menudo no hay sino un Servicio, pero bastante difícil de lograr en las áreas urbanas marginales de casi toda América, donde florecen múltiples entidades dispersas, insuficientes, ávidas de reconocimiento. Su coordinación es indispensable, como el paso hacia una unidad orgánica y programática con la base legal necesaria. La integración física es secundaria y será obtenida gradualmente. La población es el principal elemento integrador y ha de ser incorporada precozmente al proceso. Los mandos medios de las entidades coordinadas deben ser cuidadosamente informados e interesados en el programa, ya que pueden ser los mayores enemigos o los mejores defensores de la integración.

- b) *La participación de la comunidad* —necesaria en cualquier tarea de salud— es conditio sine qua non para el nivel primario. Para nosotros significa que el mayor número posible de habitantes tome parte en las decisiones que le afec-

tan y asuma la mayor responsabilidad posible en los programas y acciones de salud y bienestar, junto a los funcionarios del servicio local integrado, (9).

Lejos de la tentativa demagógica, reiteradamente fracasada, de muchos Gobiernos para utilizar a grupos comunitarios más o menos representativos, como simples rubricadores de las ideas y acciones funcionarias, se está comprobando una vez más en esas experiencias el valor y la manera de lograr un proceso genuinamente democrático de participación, digno de ser descrito sumariamente a continuación.

Se busca identificar y establecer contactos con todas las organizaciones existentes en cada barrio urbano o vereda rural (Juntas de Vecinos, Sindicatos, Asociaciones de Padres de Familia, de Usuarios Campesinos, etc.).

Profesionales y funcionarios de los Servicios en conjunto con la directiva, Comités de Trabajo y también con la Asamblea de cada organización, hacen el análisis y la discusión de las condiciones, problemas y programas de salud, generales, y de mayor interés para cada entidad. El próximo paso es la designación democrática de uno o más "Responsables de Salud" por cada organización, que sirvan la función de vínculo permanente entre el Servicio y la organización de base ante la cual él es responsable. En ausencia de organizaciones, pueden los habitantes de una manzana o sector designar su propio Responsable (10).

El adiestramiento, por etapa, de estos Líderes y Responsables y de los propios funcionarios es esencial: en una atmósfera adecuada es posible a unos y otros intercambiar información y examinar sus respectivas percepciones sobre el trabajo y los programas de salud y la manera de mejorarlos, mediante la intervención de la población y de sus grupos de barrio, sector y manzanas. El adiestramiento gradual de estos Responsables, permitirá precisar la participación y responsabilidad específica que cada uno puede asumir en el gobierno de la salud local, de acuerdo con las opiniones, actitudes y nivel de desarrollo de cada organismo. Se espera que los Responsables puedan cumplir también ciertas tareas y servicios, preventivos, asistenciales y de bienestar; por ejemplo, vacunaciones, mejoras de saneamiento, orientación de pacientes, vigi-

lancia y algunos tratamientos de pacientes atendidos por el Centro de Salud, colaboración al examen preventivo de escolares o trabajadores, educación y divulgación sanitaria.

Estos responsables son por ejemplo, amas de casa, maestros o trabajadores que, sin abandonar sus labores habituales asumen esta función sin remuneración. Son educados para no convertirse en un nuevo eslabón entre la comunidad y los servicios, sino más bien para profundizar los contactos con las raíces de la población. En este proceso, responsables y funcionarios, de consumo, promueven la constitución en cada barrio o vereda de Comités de Salud genuinos formados por representantes de las diversas organizaciones que coordinen las tareas comunes y eduquen a la población a trabajar juntos en el gobierno local de la salud. Este nos parece un método práctico que sirva en las palabras de Héctor Acuña, "para ayudar a los sectores menos privilegiados a que desarrollen tecnologías propias, que les permitan satisfacer sus necesidades específicas con soluciones propias"(11). La selección, adiestramiento y trabajo del primer centenar de "Responsables de Salud" en Antioquia, Colombia, está exhibiendo otra vez los reservorios ilimitados de iniciativa y solidaridad del pueblo, cuando se le entrega, aún parcialmente, el manejo de sus problemas.

c) En tercer lugar, debe tratarse de un *programa de atención adaptado a las necesidades, condiciones y recursos locales*, integrado con base en las unidades familiares, que cubra los seis servicios básicos definidos para el medio rural, a saber:

- Promoción de saneamiento: protección de fuentes de agua, eliminación de excretas, protección de alimentos, control de insectos, énfasis en las escuelas. Sistemas de agua, excretas y mejoramiento de la vivienda en el medio urbano.
- Inmunizaciones. Niveles establecidos según programa. Control de enfermedades transmisibles.
- Educación sanitaria sistemática de individuos, familias y grupos poblacionales y laborales en hogares, escuelas, talleres, puestos de salud. "Dar a todo habitante

un conocimiento científico mínimo sobre salud y enfermedad" (12).

- Exámenes o inspecciones preventivos y de control (médico o epidemiológico) a grupos de mayor riesgo: embarazadas, niños, escolares, trabajadores, contactos. Atención del parto. Información sobre Planificación Familiar.
- Atención y referencia de la demanda de morbilidad, de urgencia y general. Delegar manejo de síndromes frecuentes fácilmente reconocibles; y seguimiento y control de tratamientos.
- Utilización y fomento de servicios de bienestar y asistencia social, alimentación complementaria y educación en nutrición. Salas cunas y jardines infantiles en las ciudades.

La atención preferente para los grupos expuestos a mayor riesgo será coordinada con la capacidad creciente de los responsables y comités de salud para ayudar a fijar y cumplir las prioridades y para controlar y absorber la demanda que les sea posible. No hay límite en esta tarea de ir delegando funciones en escalones sucesivos hasta llegar a las raíces de la población.

Adaptación de programas y actividades a los problemas locales. Por ejemplo a la existencia de fábricas o proyectos de inversión, permanentes o transitorias; o la incidencia exagerada de alcoholismo, u otros.

d) Por fin hablamos de un servicio de *atención sectorizada y regionalizada*, sin barreras de ninguna especie, que permita la planificación racional del trabajo, por manzanas y sectores, con puestos de salud atendidos por promotores y supervisados por los profesionales y auxiliares que integran el equipo de salud de sector y prestan las atenciones requeridas en los Centros o Unidades de Salud.

Los servicios especializados y de hospitalización deben ser parte de una red, escalonada, que llega hasta el Hospital Universitario, en una integración docente asistencial que tiene particular interés para la enseñanza e investigación de las Escuelas de Salud Pública y de formación de pregrado.

Los estudiantes de las diversas carreras médicas deben tener participación en las distintas actividades de este nivel primario, tanto dentro de la práctica hospitalaria, como sobre todo en el trabajo de consultorio, epidemiológico y educativo. Este es un requisito para mejorar la atención del pueblo, así como la propia formación profesional de las futuras generaciones.

En esta forma de integración docente-asistencial encuentra su plena oportunidad aquel tipo ideal de investigación, que trata de resolver los problemas encontrados y con ello, ayudar a transformar la realidad, al mismo tiempo que la estudia. Alumnos de Salud Pública, Enfermería, Medicina, Odontología, Nutrición o Trabajo Social pueden así participar identificando problemas y a la vez intentando solucionarlos: vacunando al tiempo que se registra a los niños aún no inmunizados, ubicando y aleccionando líderes, resolviendo o refiriendo emergencias médicas, sociales o de bienestar, etc. etc.. De este modo, los estudiantes aprenden sus respectivos roles profesionales y el trabajo en equipo.

4. FACTORES QUE DETERMINAN ESTE PLANTEAMIENTO

No es simple examinar en tan corto tiempo los diversos factores que determinan el abordaje de la Atención de la Salud en el Nivel Primario. Pero, pese a ello, no podemos eludir la formulación de las ideas siguientes.

Si la ideología dominante en una determinada formación social, es la ideología de la clase dominante, ésta reproducirá constantemente las condiciones que permitan la persistencia de esa ideología, especialmente a través de las políticas que se generan en los diversos aparatos del Estado (incluyendo por supuesto el sector salud), dominados también por esa clase.

En este sentido, independientemente de la buena voluntad de los funcionarios de turno, prevalecen factores políticos que tienden a negar la lucha de clases y a imponer la coexistencia de los mismos.

El desarrollo desmesurado de las grandes ciudades, debido a la emigración del campo a las grandes urbes, sobrepasa las necesidades del capitalismo para mantener un "ejército industrial de reserva" que garantice fuerza de trabajo suficiente para las diferentes empresas industriales y el mantenimiento de un salario que escasamente cubra las necesidades vitales.

Sobrepasado este punto, la migración interna genera múltiples problemas al crearse una población marginal que, rodeando las ciudades a manera de cinturones de miseria, no deja de demandar servicios públicos, atención: de salud, vivienda, transporte, etc..

Se implementan entonces políticas para evitar estas migraciones y para mantener las poblaciones rurales en sus lugares de asentamiento. Para ésto, surgen programas "de servicios elementales o mínimos", con actividades de cantidad reducida por la carencia de recursos y de dudosa calidad por la falta de adecuado adiestramiento y supervisión, pero que en alguna forma frenan el afán presuroso por buscar mejores condiciones de vida en las ciudades.

Los programas se tratan de adelantar conjuntamente con sectores diferentes al sector salud y así se construyen vías de penetración, escuelas, puestos de socorro, etc. y se fomentan cultivos tradicionales para los cuales se brindan créditos y asesorías.

Y no por rara coincidencia, estos programas conjuntos surgen, bien en áreas que son polos de desarrollo industrial o agrícola, o bien en áreas en donde los conflictos sociales adquieren francas connotaciones de violencia.

Tienen, pues, un claro contenido de atenuadores de las tensiones sociales, así su costo sobrepase con mucho a programas similares de otras regiones.

Igualmente, y ya dentro de las políticas del propio sector salud, los técnicos de este sector sugieren mecanismos para controlar la demanda, reducir el costo de la atención de servicios y aumentar la cobertura.

Pero los técnicos no son entes ideológicamente "neutros". Los mecanismos que sugieren, cuando logran engranar con otra serie de mecanismos de diferente índole y especialmente políticos, sirven para enfrentar el sistema dominante y transformar el estado de cosas. Pero cuando no, facilitan la perpetuación del sistema y son un freno para la práctica liberadora de los pueblos, convirtiendo sus propuestas en medidas reformistas que se sugieren a la población como definitivas.

5. CONCLUSIONES

De ideas como las expuestas en el documento al intentar abordar los aspectos conceptuales de la Atención de la Salud en el Nivel Primario, debemos ocuparnos durante los días siguientes en esta IX Confe-

rencia de Escuelas de Salud Pública de América Latina.

Como conclusión central bien vale la pena apelar de nuevo a las palabras de David Tejada de Rivero para afirmar que en nuestros países será imposible lograr coberturas de toda la población apelando a tecnologías de países desarrollados. Habrá pues, que construir una organización para el Sistema de Servicios de Salud de nuestros países que apele por el contrario a las raíces del pueblo, que aproveche de sus valores y de sus conocimientos y que entienda a la población

como el primero y el más importante de los elementos en cualquier proyecto social y lo que nos preocupa lo es por sobradas razones. De otra manera continuaremos haciendo y rehaciendo, agotando esfuerzos y recursos, racionalizando fracasos y negando continuamente posibilidades de acertar.

Las condiciones de salud de cada uno de nuestros países dirán en el futuro y sin que haya manera de ocultarlo, cual ha sido el que hacer desarrollado y en el que, podemos asegurar algo de lo tratado en esta oportunidad habrá de reflejarse.

REFERENCIAS

1. TEJADA DE RIVERO, David. Entrevista concedida al diario La Crónica. Lima, Dic 14, 1975.
2. MOLINA, Gustavo. Principios de Administración Sanitaria. San Juan, Pto Rico, 1955 p. 29.
3. Citada por Hugo Mercer, Investigación social aplicada al campo de la salud" Educación Médica y Salud, (Washington) 9(4), 1975.
4. TERRIS, Milton. An epidemiological approach to health. Am. J. Publ. Health, Oct. 1975.
5. KELMAN, Sander. The social structure of the definition problem in health. Int. J. Health Serv, 5(4) 1975.
6. OFICINA SANITARIA PANAMERICANA. Plan decenal de salud para las Américas. Washington, 1973 (Documento Oficial, 118).
7. DJUKANOVIC, V. and MACH, E.P. Alternative approaches to meeting basic health needs in developing countries. Geneva, World Health Organization, 1975.
8. Informe Dawson sobre el futuro de los Servicios Médicos y afines en Gran Bretaña 1920, Washington, Oficina Sanitaria Panamericana, 1964 (Publicación Científica, 93).
9. MOLINA, Gustavo, Turizo, Alfredo y Cardona, Jorge. Un programa local integrado de salud y bienestar en Antioquia. Revista de la Escuela Nacional de Salud Pública. (Medellín) 1(2): 27-32, Ene-Jun, 1975.
10. EL RESPONSABLE de salud, pilar de la Organización local. Medellín, Escuela Nacional de Salud Pública, 1976. (Mimeografiado, 2193).
11. ACUÑA, Héctor R. Salud: esfuerzo evolutivo. Salud Panamericana (Washington) 7(3-4): 5, 1976.
12. SIDEL, Ruth y SIDEL, Víctor. El sistema de prestación de asistencia sanitaria en la República de China IN: NEWELL, K.W. La salud por el pueblo. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1975.