



Simposio

Atención Primaria o Atención Integral de la Salud en el Perú de 2021

Primary Care or Comprehensive Health Care in Perú in 2021

Atención Primaria de la Salud: 40 años después de Alma Ata, y desafíos para su implementación actual

Primary Health Care: 40 years after Alma Ata, and challenges for its current implementation

Carlos Bustíos-Romani¹

Introducción

En el Derecho Internacional se reconoce jurídicamente que “el disfrute del más alto nivel posible de salud” es un derecho humano fundamental e indispensable por el valor que tiene la salud en sí misma, así como por ser una condición para el ejercicio efectivo de los demás derechos humanos. El objetivo de un enfoque de la Salud Pública basado en este reconocimiento jurídico es, entonces, garantizar que todas las políticas, estrategias y programas vinculados con la salud colectiva se rijan, de manera auténtica, por los principios de: no discriminación, disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad, calidad, rendición de cuentas y universalidad. Principios normativos que sustentaron y sustentan los compromisos asumidos en 1978 por los gobiernos del mundo en la Reunión de Alma Ata, para lograr la “salud para todos” a través de una estrategia de participación comunitaria denominada “Atención Primaria de la Salud” (APS), que garantizara la eficacia, la equidad y la solidaridad social de los sistemas nacionales de salud⁽¹⁾.

Estos compromisos internacionales -aunque no vinculantes- han sido reiterados en numerosos eventos internacionales promovidos, en las últimas cuatro décadas, por Naciones Unidas y otras entidades relacionadas con los derechos humanos y el desarrollo mundial, en una sociedad globalizada que desde el último tercio del siglo anterior sufre grandes cambios políticos, económicos y culturales. El último de estos eventos ha sido la Segunda Conferencia Mundial

Sobre Atención Primaria de Salud: *Desde Alma-Ata hacia la cobertura sanitaria universal y los Objetivos de Desarrollo Sostenible*, efectuada en Astaná los días 25 y 26 de octubre de 2018⁽²⁾.

Por otro lado, los avances del saber científico interdisciplinario y transdisciplinario en el mundo están posibilitando lograr una mayor eficacia instrumental de las intervenciones dirigidas a satisfacer las necesidades humanas básicas. Es así, que los logros acumulados por las ciencias biomédicas y otras afines, impulsan cada vez con más fuerza, la disponibilidad -aunque no a su acceso- de tecnologías de alta eficacia médica y sanitaria. Asimismo, los adelantos de las tecnologías de la información y de la comunicación, especialmente las digitales, están siendo utilizadas -cuando hay acceso a ellas- para mejorar la difusión y la popularización del conocimiento sanitario, así como para asegurar la transparencia y la gestión apropiada de los procesos pertinentes; posibilitando el emponderamiento de las personas para que se sientan dueñas de su salud y de su cuidado.

40 años después de Alma Ata en América Latina

40 años después de la Declaración de Alma Ata, el cumplimiento de aquellos compromisos internacionales no fue el deseado y el acceso a esos avances del saber tecnológico no fueron suficientes para garantizar la existencia, en el mundo, de

¹Docente Extraordinario Experto de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
ORCID: 0000-0002-6958-6076

sistemas de salud eficaces, equitativos y solidarios. La estrategia original de la APS fue tempranamente distorsionada y, además, implementada de manera insuficiente y desigual entre y dentro de los países.

En octubre de 2014, el Consejo Directivo de la OPS ya señalaba que esos tipos de distorsión, de incumplimiento y de resultados de la estrategia de APS en la Región de las Américas eran la consecuencia de la persistencia de tres grandes obstáculos en el contexto regional. El primero, la Región seguía siendo una de las más inequitativas del mundo. El segundo, el proceso para disminuir la inequidad en salud se hacía más complejo debido a los nuevos patrones epidemiológicos y demográficos que demandan respuestas innovadoras de los sistemas de salud. El tercero, los sistemas de salud seguían actuando con desigualdad social y financiera, fragmentación y segmentación, falta de sostenibilidad y escasa flexibilidad para responder a las necesidades de la población y hacer frente a los desafíos procedentes de contextos nacionales e internacionales cambiantes y más difíciles⁽³⁾.

Al final de esas cuatro décadas, esos resultados insatisfactorios son atribuidos a causas que se derivaron tanto de las limitaciones internas de los sistemas de salud y de ciencia-tecnología latinoamericanos, como de las restricciones que fueron impuestas a dichos sistemas por políticas gubernamentales de desarrollo socioeconómico orientadas al éxito material, antes que al entendimiento social. Éxito material que, con una racionalidad unidimensional de carácter instrumental, es evaluado con criterios de beneficio económico y de dominio político, es decir, en términos de lucro y de poder, sin consideración suficiente de las consecuencias sociales de este tipo de éxito.

En realidad, la Declaración de Alma Ata difundió en el mundo una concepción estratégica participativa de la APS -redactada de manera ambigua para consensuar su aprobación por representantes de países con diferentes ideologías políticas- pretendiendo que se la interpretara universalmente como la función central y el núcleo principal de un nuevo sistema de salud que impulsara la “salud para todos”, en el contexto económico-social vigente en cada país. Esta ambigüedad permitió que la concreción de la concepción integral o comprensiva primigenia de la APS fuera distorsionada y, luego, implementada de manera concordante con la prioridad que se le asignaría en los diversos contextos políticos dominantes en cada país.

Poco después de finalizado dicho evento, el sentido sustantivo y trascendental participativo y social del concepto

primigenio de APS, en palabras de uno de los más importantes organizadores del evento: “fue simplificado, encogido y distorsionado de manera increíble, inclusive por las propias agencias organizadoras de la Conferencia Internacional de 1978”⁽⁴⁾. Para ello, se utilizaron distintos criterios para acotar los alcances participativos del mismo y despojarlo de sus incómodas aristas sociales, por razones imputables tanto a las limitaciones internas de los sistemas de salud tradicionales como a las restricciones impuestas desde sus contextos.

Los defensores ortodoxos de la concepción primigenia de la APS -denominada “integral” o “comprensiva”- siguen privilegiando, en su argumentación, los aspectos políticos y sociales de la participación comunitaria, concibiéndola como una actividad necesaria por sus efectos democratizadores sobre la comunidad, que se manifiestan en una mayor autosuficiencia, independencia y, por tanto, autonomía. En esta modalidad, la participación se plantea como un FIN en sí misma y es siempre deseable, independientemente de su impacto inmediato en salud, siempre y cuando eleven los niveles de organización y conciencia democrática de la comunidad.

40 años después de Alma Ata en el Perú

Todo lo expresado en los párrafos anteriores sobre los resultados de la aplicación de la APS en América Latina, puede servir para entender, en gran parte, la situación precaria actual del sistema nacional peruano de salud; cuyos niveles de eficacia, equidad y solidaridad, así como sus índices de progreso científico-tecnológico son inferiores a los del promedio latinoamericano.

Al respecto de esa situación, los datos contenidos en el Informe de la “Comisión de Protección Social”, nombrado por el Gobierno Peruano en enero de 2017, permite afirmar lo siguiente: “Existe consenso en que tenemos un sistema de salud fragmentado y segmentado. El gasto público per cápita en salud significa el 3,3% del PBI, cuando el promedio en la región está cercano al 8% y el compromiso firmado en el Acuerdo Nacional es del 6%. Una de cada cinco personas no está cubierta por ninguno de los sistemas públicos vigentes y tampoco puede costearse un seguro privado (...) el gasto actual per cápita en el sector público es de S/.85 por asegurado, cuando el costo real debería ser de S/.532 (...). La calidad de los servicios es muy baja en promedio y con muchísima varianza de una región a otra del país. Del total de hospitales públicos, 40% tiene una antigüedad de entre 26 y 50 años y carece de un adecuado mantenimiento y reposición. En suma, es un aparato ineficiente e inequitativo”⁽⁵⁾.

Además, por el lado de la capacidad del sistema de ciencia y tecnología peruano para encontrar respuestas creativas a los problemas sanitarios del país, los datos del I Censo Nacional de Investigación y Desarrollo en Centros de Investigación, muestran que el Perú sigue estancado y rezagado en esa capacidad, en comparación con otros países de América Latina. Es así, que el año 2015 y en lo que se refiere al gasto nacional en aquellos Centros, éste significó en el Perú, apenas el 0.08 por ciento del PBI, índice que está por debajo de Colombia (0.25 %), Chile (0.38%) y México (0.54%); asimismo, en la distribución del total de aquel exíguo gasto, solo el 9,8% se destinó a Ciencias Médicas y de Salud. Por último, de manera concordante con estos datos, el CONCYTEC califica como un problema nacional la escasa cultura científica en la sociedad peruana⁽⁶⁾.

Finalmente, esas condiciones precarias de los sistemas nacionales de cuidado de la salud y de ciencia y tecnología en el Perú no puede sorprendernos cuando la contextualizamos en una sociedad que al mantener su carácter patrimonial, fragmentado y excluyente, heredado de su época colonial, nunca pudo encontrar respuestas creativas, viables y sostenibles a los grandes problemas nacionales. Contexto en el que se devaluó la justicia, la solidaridad, la honestidad, la dignidad y la disciplina de los principales actores sociales. Devaluación que fomentó, en las últimas décadas, los avances de la informalidad, la impunidad y el individualismo sin límites en nuestro mundo social.

Comentario sobre la vigencia de la APS

Sobre la vigencia actual de la APS, después de 43 años de la Declaración de Alma-Ata, se puede comentar que no obstante la acumulación del conocimiento sobre los resultados de la aplicación de las diferentes modalidades de APS utilizadas -con distinto sentido- en los programas de reforma de los sistemas comunitarios o nacionales de cuidado de la salud en los distintos países del mundo, continúan existiendo problemas teóricos e instrumentales que limitan dar respuestas adecuadas a preguntas básicas sobre la forma de hacer realidad, a través de la APS, avances en una democratización auténtica y sostenible de un sistema de cuidado de la salud concreto⁽⁷⁾.

Tales problemas generan dos grandes preguntas:

1. ¿La estrategia de APS con participación comunitaria acordada en Alma Ata es un elemento necesario para el éxito de los programas oficiales de salud y el mejoramiento de la salud comunitaria? Una primera respuesta es que la mejora del nivel de salud de la población como consecuencia de la participación

comunitaria en la APS continúa siendo un resultado ambiguo y dudoso. Ello se debe, en parte, a la falta de criterios claros para evaluar los resultados de los programas de salud, y si éstos pueden interpretarse como efecto de esa participación. Pero aún cuando esta interpretación fuera posible: ¿Cómo trasladar experiencias comunitarias exitosas a programas regionales o nacionales?

2. En el caso de ser un elemento necesario para el éxito de aquellos programas: ¿Cómo resolver la situación paradójica que se presenta cuando la iniciativa de la APS con participación comunitaria no es propuesta por la comunidad? Casi siempre, la decisión de incluir dentro de un programa de salud oficial a la APS con participación comunitaria es tomada sin participación de la comunidad; es decir, se decide "desde afuera", y la participación que se solicita a la comunidad está frecuentemente sujeta a un programa predefinido por los "expertos" de una institución ajena a la comunidad. Sin embargo, las experiencias exitosas parecen señalar que cuando la participación se materializa respetando la estructura organizativa de la comunidad y brindando posibilidades de desarrollo comunal, pueden alcanzarse altos grados de compromiso con la propuesta de democratización del cuidado de salud.

Además de esas dos preguntas globales, en los casos de países como el Perú se plantea una tercera: ¿Cómo viabilizar una estrategia de APS con participación comunitaria exitosa y sostenible en un sistema nacional de salud en crisis, antes de comenzar a resolver las contradicciones existentes en un país con problemas históricos de fragmentación social, económica, política y cultural, que hicieron dominante una conducción política que no obedece a razones de justicia y de solidaridad social?

Finalmente, la ausencia en el Perú de respuestas creativas y consensuadas a esa tercera pregunta, así como las experiencias fracasadas que al respecto de la APS se han acumulado en el mundo, nos llevan a tres comentarios generales sobre su vigencia. La primera, no basta que el derecho a la salud esté institucionalizado jurídicamente, ni que los gobiernos del mundo reiteren en el discurso político su compromiso -no vinculante- con la APS, para que esta estrategia pueda aplicarse de manera democrática, equitativa y solidaria. La segunda, cada vez se hace más difícil, seguir aceptando la posibilidad de hacer viable y sostenible, en países como el nuestro, la aplicación de una estrategia de APS definida -de manera excluyente- por "expertos", sin haberse librado previamente de las restricciones impuestas a la misma por aquellas contradicciones sociales, en la que estamos atrapados históricamente. La tercera, nuestro ineludible

compromiso práctico-moral de seguir considerando a la idea de “salud para todos y por todos” como elemento de una forma especial de “utopía” o de verdad futura -implícita en los derechos humanos- entendida como una abstracción, sin tiempo determinado, que define los rasgos esenciales de lo deseado y posible, sustentada en la primacía de la dignidad humana.

Esa forma especial de “utopía”, es la que nos lleva a tener el futuro como un horizonte y la que ha hecho posible los avances de la humanidad en dirección a la justicia, la libertad y la solidaridad, así como la que nos compromete, actualmente, con la realización efectiva del derecho a la salud a través de una APS integral auténtica. Entendiendo esta realización, además, como una condición necesaria para el inicio de la construcción de las otras condiciones que nos permita liberarnos de las contradicciones sociales que, hasta la actualidad, nos impide iniciar la reconstrucción de una sociedad peruana eficaz, justa y solidaria.

Para esa liberación, el Perú tendría que ingresar a una nueva etapa sociopolítica de su historia -en el contexto de una nueva era del mundo occidental más justo y solidario-, en la cual los futuros actores sociales estarían en condiciones de tomar decisiones creativas y consensuadas para enfrentar los problemas que afectan al bienestar y a la seguridad de todos, utilizando una racionalidad comunicativa orientada al entendimiento social. Racionalidad vinculada con el supuesto de la posibilidad (o la permanente esperanza) de un acuerdo nacional consensuado de manera auténtica, fundamentado y legitimado -de manera equilibrada y complementaria- en los mejores argumentos científico-tecnológicos, jurídico-políticos y ético-morales expuestos en un diálogo y acordados en un debate democrático⁽¹⁾.

Desafíos de la APS durante la pandemia y la pospandemia

El inicio de la crisis sanitaria creada por la pandemia de COVID-19 evidenció que la estrategia de atención primaria de la salud con participación comunitaria continuaba siendo un desafío para los sistemas nacionales de cuidado salud en el mundo. Los servicios de salud corrían el riesgo de colapsar por una sobrecarga de demanda que desbordaban sus capacidades de atención. Persistían las grandes distorsiones de la concepción primigenia de la APS, así como las grandes falencias de su implementación material, financiera y humana, especialmente, de profesionales de salud formados con las competencias necesarias para la aplicación de este tipo de estrategia

No obstante, dicha crisis parece estar abriendo una nueva oportunidad, a la sociedad mundial, para que tome conciencia sobre la importancia de aprender, 43 años después de Alma Ata, de sus errores al distorsionar la concepción y debilitar la implementación de la estrategia de atención primaria, con el fin de tomar medidas destinadas a incrementar la resiliencia del sistema de salud, utilizando los nuevos avances tecnológicos. Por otra parte, la solidaridad acumulada en tiempos de confinamiento y enfermedad en todo el mundo puede servir de base para la construcción de un futuro más justo y solidario. Se han movilizado recursos para fines públicos a una escala vista solo en tiempos de guerra mundial.

Al respecto de esos avances tecnológicos, el confinamiento provocado por la pandemia ha hecho de las tecnologías de información y comunicación (TIC) el eje del empleo, el consumo, la oferta, la interacción y la distribución. El uso de esta tecnología para abordar la pandemia se ha generalizado: desde la predicción y la modelización de los brotes, hasta el rastreo de contactos impulsado por la comunidad. Rápidamente, video conferencias y nuevas plataformas sociales han pasado a ser la base del teletrabajo, una tendencia que seguramente persistirá después de que se levante el confinamiento. La digitalización de los servicios -telesalud, educación en línea, transferencias monetarias y asistencia de emergencia a los vulnerables- ha sido la base de las respuestas de los países. También existe un consenso en la urgencia de adaptar y reformar los sistemas educativos básicos, de formación profesional y de capacitación laboral, para reducir la asimetría y el desfase entre la oferta y la demanda de recursos humanos con las competencias apropiadas en un mundo de trabajo basado en el uso de esas TIC. “Además, la pandemia ha puesto de manifiesto la desconexión que existe entre los trabajadores considerados esenciales en esta lucha -como los que trabajan en el cuidado de la salud colectiva, el cuidado de mayores, la agricultura y las tiendas de comestibles- y sus precarias prestaciones y seguridad laboral”⁽⁸⁾.

En un futuro deseado y posible pospandémico, la aplicación auténtica de la APS integral y la participación comunitaria plena en el desarrollo de los países deberían reflejar una nueva forma de relación entre Estado y ciudadanía, basado en el reconocimiento auténtico del valor del saber del otro y de su legitimidad para decidir sobre su salud, para superar la visión asistencialista e instrumental que durante años ha caracterizado la forma de relación técnica entre expertos en salud y ciudadanos. Al respecto de esta relación en estos tiempos de pandemia, las redes sociales y los medios de comunicación sociales en internet permiten la creación y el

intercambio de contenidos informativos generados por el usuario, así como la popularización de medidas de cuidado de la salud promovidas por el sistema oficial de salud. De esta manera, el acceso a internet se constituye en una fuente inagotable de recursos de información sanitaria dirigida a los ciudadanos y de herramientas de participación, con las redes sociales como enclave de intercambio de información y consejos prácticos entre pacientes, familiares y profesionales sanitarios⁽⁹⁾. El acceso a la conectividad de internet y a diversos tipos de dispositivos cibernéticos pasa actualmente por un proceso de democratización sin precedentes; el rol de individuos, instituciones y colectivos sociales se está transformando al transitar hacia modelos que permiten la interactividad y la creación de contenidos.

Sin embargo, es necesario advertir que la pandemia está poniendo de manifiesto, también, los peligros del uso ilimitado de las redes sociales para la difusión de medidas no validadas sobre el cuidado de la salud, especialmente en situaciones de miedo, incertidumbre y desconfianza en la opinión de los “expertos”. Desde el inicio del aislamiento social por la pandemia, el uso de las redes sociales se incrementó de manera masiva, con una rápida difusión de información falsa o malintencionada (“infodemia”), haciendo difícil para las

personas reconocer fuentes autorizadas y orientaciones confiables cuando las necesitan⁽⁹⁾.

Finalmente, nos parece conveniente socializar, en esta oportunidad, la opinión del sabio alemán Jürgen Habermas⁽¹⁰⁾ sobre los límites del saber de los expertos en circunstancias de incertidumbre mundial, como las que existen en estos tiempos de pandemia: “El escenario en que se desarrolla una acción política sumida en la incertidumbre, pocas veces se ha puesto de manifiesto de una manera tan clara (...) en nuestras sociedades complejas; nos enfrentamos permanentemente a grandes inseguridades, pero estas aparecen de forma local y no simultánea y son resueltas en uno u otro subsistema de la sociedad por expertos... Ahora en cambio la inseguridad existencial es global y simultánea y está incluso en la cabeza de los individuos conectados a las redes de comunicación... Cada individuo aislado es informado de los riesgos de la pandemia porque para luchar contra ella el autoaislamiento del individuo es la variable más importante en consideración de los sistemas sanitarios saturados”. Opinando, además, que esa inseguridad cognitiva no solo se refiere a la lucha contra la pandemia sino también a las consecuencias económicas, sociales, psicológicas y morales pospandémicas que son impredecibles.

Referencias bibliográficas

- Bustíos C.** Cuarenta años después de la Declaración de Alma-Ata. En: O. Lazo (editor) 40 años después de Alma-Ata. Atención primaria de la salud sigue vigente. Lima. Colegio Médico del Perú; septiembre 2017:16-32.
- Organización Mundial de la Salud.** Declaración de Astaná, Global Conference on Primary Health Care. Astaná, 25-26 october 2018. [citado 2 diciembre 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration-sp.pdf>
- Ligia G.** (organizadora). Atención primaria de la salud en Suramérica. Río de Janeiro, Instituto Suramericano de Gobierno en Salud. Unasur, 2015.
- Tejada de Rivero D.** Lo que es la atención primaria de la salud: algunas consideraciones a casi treinta y cinco años de Alma-Ata. Rev Peru Med Exp Salud Pública. 2013;30(2):283-287.
- Portal del diario El Comercio.** Debatir para sanar, por la Dra. Janice Seinfeld [Internet]. 2017. [citado 2 diciembre 2017]; Disponible en: <https://elcomercio.pe/opinion/>
- colaboradores/debatir-sanar-janice-seinfeld-noticia-477451.**
- CONCYTEC.** I Censo Nacional de Investigación y Desarrollo a Centros de Investigación. Lima: Oficina de Comunicaciones y Proyección del CONCYTEC. 2017.
- Bronfman M, Gleizer M.** Participación Comunitaria: ¿Necesidad, Excusa o Estrategia? ¿O de qué hablamos cuando hablamos de Participación Comunitaria? Cad. Saúde Públ, Río de Janeiro). 1994;10(1):111-122.
- Dabla-NorrisVG, Kalpana K.** Diseño de un orden internacional tras el COVID-19. Revista Finanzas & Desarrollo, publicación del FMI. 2020;57(2):24-25.
- Arroyo-Sánchez A, Cabrejo J, Cruzado M.** Infodemia, La Otra Pandemia Durante La Enfermedad Por Coronavirus 2019. Anales de la Facultad de Medicina. 2020;81(2):230-233.
- Habermas J.** Entrevista a Habermas: nunca habíamos sabido tanto de nuestra ignorancia. Berlín, 4 abril del 2020. [citado 2 diciembre 2020]. Disponible en: <https://www.lavanguardia.com/cultura/habermas->

Contribución de autoría: Carlos Bustíos-Romaní ha sido autor de esta publicación, contribuyendo a su concepción, organización de la presentación científica, búsqueda electrónica, revisión inicial, redacción, revisión y aprobación final.

Conflicto de interés: El autor no tiene conflicto de interés con la publicación de este trabajo.

Financiamiento: Autofinanciado.

Citar como: Bustíos-Romaní C. Atención Primaria de la Salud: 40 años después de Alma Ata, y desafíos para su implementación actual. Diagnóstico (Lima). 2022;61(3):188-192.

DOI: <https://doi.org/10.33734/diagnostico.v61i3.382>

Correspondencia: Carlos Bustíos Romaní. **Correo electrónico:** bustiossanchez@hotmail.com

Teléfono: 4360506 / 977916165