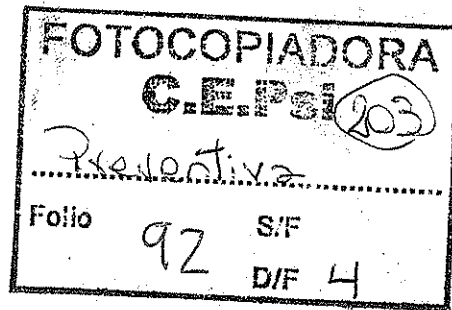


deben hacerse con los sanos y que se creen sanos aunque fuman y están en riesgo igual por fumar; como la multiplicidad de acciones que podemos y debemos hacer por la comunidad.

Así que, si hablamos de fracasos, les digo que tengo muchos en mi haber y sin embargo pienso que hay muchas cosas que todavía podemos hacer. Me preocupa mucho cómo podemos llegar a transmitir a la comunidad todo lo que puede hacer por sí misma porque seguramente los médicos estamos acostumbrados a atender enfermos, es más queremos atender enfermos porque si no atendemos enfermos parece que perdiéramos nuestra razón de ser, y sin embargo hay muchas cosas por hacer que están antes que la enfermedad.

Yo insisto con esto permanentemente, provengo de un área en que nos ocupamos mucho de la promoción de salud y evidentemente es un tema que me preocupa, pero me preocupa más tener tan poca respuesta y tener que luchar contra tantos intereses que están por encima de los intereses y las reales necesidades de la comunidad, porque cuando uno ve una latita de cerveza que la promocionan y que la vinculan al éxito y ese chico toma la cerveza y después sale manejando y se estrella, perdimos una vida joven, perdimos dinero por la atención, perdimos oportunidades y además vamos a perder mucho más porque en muchos casos tenemos un inválido social.

Entonces, esta es una cuestión que debemos atender, que está vinculada estrechamente a la atención primaria de la salud y que son los dos elementos en los cuales yo entiendo que el marketing nos puede dar un camino, una herramienta para solucionar este tipo de problemas.



LEMUS

## EL PROGRAMA DE APS PARA ARGENTINA

Dr. Jorge Lemus\*

He trabajado en este tema desde distintos puntos de vista, desde el nivel de la organización local del sistema de atención primaria durante muchos años, hasta el nivel académico de la atención primaria. Es por esto que quisiera tomar unos minutos para aclarar algunos conceptos de atención primaria que, probablemente sean una repetición, pero voy a hacerlo para que veamos el marco en el cual estamos introduciendo un plan nacional de atención primaria de la salud.

Luego voy a hacer un racconto histórico de cómo evolucionó este concepto en la Argentina, qué características tuvo y a nuestro juicio dónde estuvieron los puntos de quiebre que nos llevan a casi fin de siglo sin que Argentina tenga una introducción efectiva de este concepto dentro de su sistema de salud.

Este tema está caracterizado por ser uno de los puntos que a juicio de los ministros de salud provinciales de las 24 jurisdicciones de Argentina, es uno de los problemas centrales del sistema de salud de Argentina. Este diagnóstico que ven en todas las jurisdicciones, como quedó expresado en el acta firmada en Mendoza y en La Pampa, de las reuniones del Consejo Federal de Salud, debe ser considerado también por la importancia que tiene y la importancia que se le asigna a la Argentina.

Vamos a repasar un minuto, aunque parezca reiterativo qué entendemos por atención primaria de salud. Y digo esto porque desde el año 1978, desde la Conferencia de Alma Ata, se han tenido muchas conceptualizaciones sobre atención primaria, yo diría que si uno le pregunta a profesionales del medio, cada uno tiene su interpretación sobre atención primaria. A nuestro juicio alejarse de la definición de Alma Ata es sumamente peligroso. Y es mucho más cuando como este momento, y damos gracias de esto, el sistema de salud argentino, que es caracterizado por su fragmentación, está dividido en tres subsistemas de salud por primera vez los tres subsistemas están de acuerdo en que la atención primaria de salud es un problema a solucionar y a implementar.

Justamente por eso, porque se da un hecho histórico y estratégico, que los tres subsectores en algo coincidan, viene el cuidado si los tres subsectores o todos estamos hablando de la misma atención primaria porque puede pasar que nos una la atención primaria, no el amor al concepto sino el espanto a los costos.

\* Ex-Subsecretario de Atención Médica. Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación.

Entonces vale la pena, y por esto repasar el concepto que fue acuñado en la conferencia de Alma Ata. Es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables puestas al alcance de todos, individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar en todos y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de auto responsabilidad y auto determinación.

Y esto concluía con que la atención primaria forma parte integrante del sistema de salud de un país del que constituye la función central, el núcleo principal como el desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud llevando lo más cerca posible la atención de la salud al lugar donde residen y trabajan las personas y constituyendo el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.

Aunque parezca mentira hay que volver a leer esta definición porque en ella están representados casi todos los componentes, los cuatro componentes de la atención primaria de la salud. Repito esto porque atención primaria de la salud no es médico de familia exclusivamente, no es un controlador de gastos, no es muchas cosas que por separado pueden tener importancia dentro de una estrategia de atención primaria pero no son sinónimos de atención primaria es más es muy probable que el problema médico dentro de la atención primaria sea el más relativo de los problemas y quizás tenga más importancia para solucionarlo, en el sentido de que se deje hacer atención primaria, de que los profesionales no estén en contra de este sistema, más que la importancia del profesional en sí mismo dentro de una estrategia o de una política de salud de la atención primaria.

De esta definición salen las 4 perspectivas que todos los autores se han puesto de acuerdo que tiene la atención primaria. Primero estas cuatro perspectivas son iguales al mismo tiempo, es decir esta atención primaria incluye las cuatro perspectivas al mismo tiempo. Esto significa que no se puede hablar por separado de la atención primaria como una estrategia y como una política ni como un conjunto de actividades, ni como un nivel de atención, sino que son las cuatro cosas al mismo tiempo. Primero es una política o filosofía que implica el desarrollo de un sistema sanitario que asuma el derecho a la salud en el marco de los fundamentos de las personas y que garantice su defensa en forma prioritaria respondiendo en todo momento a criterios de justicia, e igualdad en el acceso y disfrute de este derecho por todos los ciudadanos, con independencia de cualquier otro factor.

La segunda visión o perspectiva es que es una estrategia y ésta en general es la que la gente conoce más. Como estrategia de organización de los servicios sa-

nitarios hace referencia a la necesidad que éstos deben estar diseñados y coordinados para poder atender a toda la población y no sólo a una parte de ella. Esto también queda claro que no es entonces una medicina de segunda, para ciudadanos de segunda con profesionales de segunda sino todo lo contrario. Es una estrategia que abarca a todos los individuos de la comunidad, sean éstos ricos o pobres. Pero que viene a solucionar, también fundamentalmente, a restablecer la equidad y a asistir a aquellos que no tienen otra cobertura. Deben ser accesibles y proporcionar todos los cuidados propios de su alcance y significa una redistribución de recursos y de su costo beneficio en términos de salud.

La tercera perspectiva es que es un conjunto de actividades donde se dice que incluye educación sanitaria, provisión de alimentos, nutrición adecuada, salubridad del agua, saneamiento básico, cuidados materno infantiles, inmunizaciones, prevención y control de las enfermedades endémicas, tratamiento básico y abastecimiento de medicamentos esenciales. Como ven ahí, el problema médico es sólo una ínfima parte de otra serie de problemas que también debe arreglar la atención primaria como conjunto de actividades.

La cuarta, la última, es un nivel de asistencia que implica su consideración como primer punto de contacto individual y comunitario con el sistema de salud independientemente de las restantes subdivisiones organizativas establecidas en el mismo. Pero hay que aclarar que por ser un nivel de asistencia, no existe primer nivel de atención, sin segundo ni tercero. Es decir no podría ser un primer nivel de atención sólo como hemos tenido malas experiencias en la Argentina. Si éste no está coordinado con una red prestacional que permita la referencia y contra referencia a niveles superiores tampoco puede haber atención primaria, es decir que la sola existencia de un primer nivel de atención no arregla los problemas de salud de la comunidad.

Habiendo pasado este racconto que creo que es necesario, pasamos a hacer una historia de cómo se ha desarrollado esta estrategia política, conjunto de actividades y nivel de atención en la Argentina.

Hubo una etapa preliminar que se denominó Programa de Salud Rural, que es anterior a la conferencia de Alma Ata. Es decir que ese Programa de Salud Rural ya existía en Argentina. Este programa tenía una extensión de la cobertura y actividades básicas mínimas de prevención y promoción de la salud, fundamentalmente a través de un agente sanitario. Cuando apareció la estrategia de atención primaria, los conceptos, lo que se hizo fue sumarlos a los de la salud rural. Eso trajo algunos problemas porque la salud rural no es precisamente igual, si bien es una parte importante del primer nivel, no es exactamente igual porque también en la salud urbana hay atención primaria. Esto fue un achicamiento conceptual que confundió bastante las actividades del Ministerio de Salud por mucho tiempo entonces recién en el año 1979 -1984 se empezaron a introducir es-

trategias de atención primaria a través de atención primaria de salud en áreas rurales. Lo que se hizo fue una ligación entre el programa de salud rural y este nuevo concepto que estaba apareciendo, pero confundiendo el concepto. Esto también coincidió con la introducción de la llamada salud ambiental y el concepto de área programática de los hospitales, concepto que es muy importante desde el punto de vista de las relaciones del segundo nivel de atención con el primer nivel de atención.

Después viene una etapa de avance conceptual y de extensión metodológica que abarca desde 1984 hasta 1989. Aquí hay una estrategia del proceso de planificación del sistema de salud y una incorporación al Consejo Federal de Salud, donde están representadas las 24 jurisdicciones para un lineamiento dentro de un plan de salud, de las actividades de atención primaria. Es decir que ahí se empezó a separar la atención primaria de la salud rural. Desde el año 1989 ha empezado una etapa de consolidación operativa de la atención primaria. En el año 1992, el decreto 1269 y ya empezamos a hablar de que por primera vez la atención primaria comienza a estar en decretos y en instrumentos jurídicos, porque como vamos a ver, todo el mundo se desgarró las vestiduras por la atención primaria pero a la hora de ponerla en operaciones no pasa de ser una expresión de deseo.

Recién en 1992 comienza una consolidación jurídico - administrativa de esta estrategia. En el decreto 1269 que establece las políticas sustantivas de salud, y que fue concensuado por todos los ministros del COFESA y asumido tanto por la Nación como por las provincias, se establece en diversos puntos de esta política sustantiva, conceptos que son de atención primaria y que quedan consolidados por primera vez. Primero en la política sustantiva número 1, lograr la plena vigencia del derecho a la salud para la población con el fin de alcanzar la meta de salud para todos en el menor tiempo posible. Como ustedes saben, en un comienzo la meta era la salud para todos en el año 2000, ahora la cambiaron por el menor tiempo posible porque ya estamos a dos años del 2000 y no se ha alcanzado. Hay quien dice que lo que se quiso decir era: para dentro de 2000 años... así que han cambiado el concepto por otro que extiende sin límites el problema.

En la segunda política sustantiva se dice que debe mejorar la accesibilidad, eficiencia y calidad de la atención médica mediante la extensión de cobertura a toda la población, con acciones del mejor nivel de calidad posible y al menor costo económico y social, se vuelve a repetir el concepto de la conferencia de Alma Ata, disminuir los riesgos evitables de enfermar y morir mediante acciones sanitarias sostenidas y concertadas, especialmente de protección y promoción de la salud y por último redefinir el rol del sector salud del Estado Nacional para que cumpla la función rectora y protagónica, fortaleciendo el proceso de federalización y descentralización.

A este decreto 1269, le siguió otro instrumento jurídico administrativo ( el es el decreto 578, que establecía la estrategia de hospitales públicos de autogestión y que dice en el artículo 4 que el hospital público de autogestión, actuará como organismo descentralizado, de acuerdo con las normas vigentes en cada jurisdicción, integrará redes de servicios con otros establecimientos y deberá reunir una serie de requisitos (artículo 5) donde dice que deberá contribuir a la extensión de cobertura y desarrollar, además de las actividades asistenciales, la de docencia e investigación que le asigne la autoridad, acciones de promoción y protección dentro de áreas programáticas y una red de servicios que puede integrar.

Y por último, en su inciso e, debe implementar el programa médico asistencial en base a la estrategia de atención primaria de la salud sobre la cual se basó el nuevo modelo de atención médica. O sea que es una obligación de los hospitales públicos implementar su programa médico asistencial en base a la estrategia de atención primaria de salud. Esto está vigente.

También dentro de las políticas instrumentales del decreto 1269, hay una referencia a la atención primaria cuando dice el 2.1.5, deberá promover, desarrollar y apoyar la estrategia de atención primaria como componente fundamental de extensión de cobertura a toda la población, rural y urbana, y de accesibilidad al sistema.

Es decir, que por tres instrumentos queda consolidado esta estrategia de atención primaria. ¿Qué se intentó hacer en este aspecto? Tres transformaciones: transformación del modelo de gestión del segundo nivel a través de la estrategia del hospital público de autogestión. Una transformación del modelo de calidad, a través de un programa de garantía de la calidad de la atención médica y transformación del modelo de atención a través de cambios en el primer nivel de atención y con la introducción de la estrategia de atención primaria. Todo esto conducente, los tres, a una transformación de la cultura organizacional de nuestro sistema de salud.

¿Por qué ha sido de estas tres transformaciones, la última la que se introdujo con el plan nacional, que apareció recién el año pasado? Porque tenía que haber modificaciones previas en el hospital para que se pudiera intentar una transformación, que es la más difícil de las tres. Entonces, se tuvieron que hacer algunas transformaciones previas para poder hablar de introducir esta estrategia en todos sus efectos. Ponerla en las políticas sustantivas, ponerla en las políticas instrumentales, lograr que el Consejo Federal de Salud adhiriera a un cambio de este tipo, vuelvo a repetir, en el año 1997 las reuniones de Mendoza y La Plata fueron significativas para que todos los ministros estuvieran de acuerdo en que este era el problema que había que abordar.

¿Qué modificaciones ya se habían ido haciendo para permitir implementar un plan nacional de atención primaria? Modificaciones en el programa nacional

de garantía de calidad, donde por primera vez hay normas de calidad para la atención primaria. Si no, no sabemos de qué atención primaria estamos hablando, porque no podemos definir y cualquiera puede entender cualquier cosa. Yo digo que la peor de las concepciones es que es medicina de segunda para ciudadanos de segunda.

El segundo, modificaciones en las obras sociales. Ayer oí una clase de cómo el PMO ya empezó a considerar algunas reformas que son conducentes hacia una reorganización del primer nivel de atención. También en el PAMI, en los recursos humanos del Ministerio y esto tiene una enorme importancia, se empezó a disminuir las residencias financiadas por la Nación para ultra especialidades y aumentar las residencias de medicina general o de familia, más o menos un 5 o 10% por año, a tal punto que se equilibre. El problema de los recursos humanos en la Argentina, como ustedes saben, hablando sólo del médico, se había producido un proceso de ultra especialización y llegó a haber 94 especialidades médicas que ya en los últimos tiempos había quien quería hacer una especialidad detrás de un aparato nuevo que aparecía.

Se empezaron a hacer modificaciones en el Programa Materno-Infantil y se introdujeron dos apoyos internacionales para este cambio, el PROMIN y el RESSAL, especialmente el PROMIN se dedicó a fortalecer la estructura del primer nivel de atención. Hubo cambios en los programas verticales y en programas y actividades que dependían del Ministerio para que empezaran a apoyar este plan nacional.

A fin del año pasado, se ha constituido un plan nacional de atención primaria que está ligado al hospital público. Hubo experiencias de hacer un primer nivel de atención divorciado del segundo nivel de atención y fueron tragicómicas. Lo que lograron fue ahondar más el abismo entre los dos niveles y con esto los hospitales no le daban bolilla al primer nivel de atención. Hicimos un plan nacional que está relacionado indisolublemente con los cambios en el segundo nivel de atención. El segundo nivel de atención tiene que cambiar para hacer una estrategia de atención primaria. Yo siempre cuento que cuando en la ciudad de Buenos Aires se llamó a concurso para los jefes de área programática en el año 1987, tratando de instalar una estrategia de área programática de atención primaria para la ciudad, en un hospital de alta complejidad, el jefe elegido de área programática se presentó al director el primer día y el director le dijo: yo de atención primaria y área programática no se mucho, pero me dijeron que usted trabaja extra muralmente, así que hay que pintar la verja del hospital empiece por lo que le corresponde a usted. Esa era la idea que tenía el director sobre la atención primaria y sobre el área programática.

No se puede buscar el apoyo del hospital, cuando no hay capacitación ni fortalecimiento institucional para que esto sea aceptado en el hospital. Del lado

opuesto a veces sucede lo mismo, hay mucha vocación pero poco entendimiento de cómo se relaciona el primer y segundo nivel de atención y esto no es cosa de hacer una trinchera ideológica en el primer nivel sino de hacer un sistema integrado con referencia y contra referencia. Este problema, que no es solamente nuestro, cuando uno ve las experiencias de instalación de atención primaria en todo el mundo, en países como Canadá o Inglaterra, encuentra el mismo problema.

Se desarrolló un marco estratégico nacional de atención primaria y dentro de este marco se integrarán todas las actividades de otros programas, servicios o ámbitos sean presentes o futuros y con esto se daba respuesta a la inquietud de los ministros en estas reuniones de La Pampa y de Mendoza.

¿Qué se hizo entonces? El plan comprende varios puntos, es bastante integral, y en el caso de los recursos humanos ya había un cambio de estos recursos aumentando las residencias ligadas a la atención primaria con una similar reducción de residencias en especialidades. Ahora, este plan de atención primaria no se podía llevar adelante sin los recursos. Les repito que en atención primaria, tanto como en promoción y protección de la salud, y prevención de la enfermedad, todos se desgarran las vestiduras pero a la hora de poner plata, se compra un tomógrafo... Todo el mundo cree que esto se desarrolla sin dinero y que como supuestamente es para ahorrar costos, cosa que no es así, muchas veces se repite... el profesor Nâgera, fue un gran sanitarista, que falleció en Argentina solía decir que se repite continuamente que la prevención reduce costos, en realidad la prevención aumenta los costos lejos de reducirlos, lo que mejora es la equidad, las condiciones de vida y las condiciones de salud. Así que no es el problema de reducir costos que por supuesto es una variable a ser considerada en el sistema de salud, sino que cuando uno habla de atención primaria extrañamente desaparecen los fondos o sea no hay fondos, se hace con voluntarismo y esto no funciona.

La cosa es que, como los fondos no existen, se pidió un financiamiento al Banco Interamericano de Desarrollo, esto fue a fines del año pasado y es el primer financiamiento que el BID da a un programa integral de atención primaria en un país latinoamericano, por lo que hay un gran interés incluso por parte del Banco y es el mayor de los financiamientos que ha tenido en salud Argentina. 300 millones de dólares para 10 provincias en un comienzo, que fueron elegidas por una fórmula polinómica para que sea más equitativos donde les puede cambiar a la comunidad más rápidamente sus condiciones de vida y de salud. Fueron elegidas entonces por NBI, patologías prevalentes, etc.

Este es un crédito que se traslada a la provincia, o sea que la que se endeuda es la provincia y la Nación solamente contribuye con el 40% como apoyo a esto, que creo que es bastante. Vamos a ver entonces, porque esto es muy nuevo y fundamentalmente trata de apoyar el programa. Ustedes van a tener el privilegio

de conocerlo porque es a los primeros que se los estamos contando, aunque ya se sabe en el ambiente.

Han sido invitadas todas las provincias y se necesitan dos factores, estar en el listado y que la provincia adhiera al programa o sea que tome el crédito porque hay provincias que... esto lo tiene que aprobar el congreso de la provincia y puede ser que la provincia no tenga interés o que el congreso en definitiva no tenga interés. Pero las provincias son Salta, Formosa, Chaco, La Rioja, Corrientes, San Juan... en realidad están las 24 provincias pero lo que pasa es que hay 10 que tienen que ser primeras porque las condiciones del Banco lo exigen así. Si alguna de ellas no concluyera el programa de reforma o no lo aceptara por alguna razón, la que le sigue en este orden va subiendo hasta completar las 10 primeras. Y después de completará con las 14 siguientes. Este programa tiene el número de clave del BID AR 120, que es como lo conocemos ahora o programa de atención primaria de salud para Argentina.

El programa consta de cinco componentes, el primero y el más importante ya que es el 50% del crédito es el que se refiere a los recursos humanos, y estos cinco componentes tratan de hacer un abordaje integral para un implantar un plan nacional de atención primaria. Nosotros creemos que si faltara uno de estos componentes no se puede poner o habría mucho peligro de poner un programa de atención primaria. En una palabra, que la provincia puede bajar el monto, dentro de cierto rango, el monto del porcentaje de financiación que recibe cada componente pero no excluir un componente.

Entonces el más importante de todos es el de recursos humanos que alcanza recursos humanos de pregrado, de posgrado inmediato, de reconversión y de educación continua y trata de solucionar este problema. En realidad nos faltan recursos humanos en la atención primaria. Y repito, no solamente médicos, sino de enfermería, de odontología, de psicología, asistencia social. El tipo de formación que recibe el pregrado, el profesional de ciencias de la salud está dirigido a una atención especializada y alejada de la atención primaria y de esto, en la parte médica, no hacemos nombres con la especialidad, sino que hablamos de profesional de la atención primaria en su sentido más amplio de capacitación, no hablamos si es médico de familia, generalista, pediatra, sino que en general el profesional recibe una formación que está muy ligada a la alta complejidad en un hospital, no tiene una capacitación en el primer nivel de atención y lo que trata de repetir durante los primeros años de su carrera es esa formación que se le dio en la primera parte que sumada a la residencia o a la concurrencia volviendo a repetir la misma historia. Muchas veces tenemos que tener cuidado cuando hablamos del médico generalista porque muchos programas de residencia de familia o de generalista no es más que la rotación por los servicios de las otras, es decir el mismo perro con distinto collar, o sea no hay una formación especia-

lizada para esto ni en el primer grado ni en el posgrado inmediato y el posgrado inmediato que lo dividimos en dos partes, la residencia que es un problema nacional porque es el principal financiador y por eso lo estamos cambiando los cursos de posgrado de formación de especialistas que deben cambiar a todas las profesiones de salud en este sentido y este programa lo va a financiar.

El otro punto es que ya se está trabajando en las provincias. Este programa financia la reconversión hacia la medicina general de familia o de atención primaria globalmente de profesionales que están trabajando en el primer nivel de atención sin la formación para esto cualquiera sea este profesional. Se han tomado los recaudos para que exista la beca y esto se licita internacionalmente. Nosotros creemos que debería haber un joint venture entre gente que lo sabe hacer en el exterior y gente que lo sabe hacer acá porque corremos el riesgo de hacer de nuevo el curso de rotación de las especialidades. Bajo términos de referencias claros, necesitamos gente que sea capaz de asumir la responsabilidad de cambiar en el grado y en el posgrado inmediato y en la reconversión.

El último punto de esto, es la educación continua. El médico que trabaja profesional que trabaja en atención primaria, sufre la cruz de estar alejado de las fuentes de capacitación entonces empieza con mucha voluntad pero a los cinco años se alejó de los lugares donde la gente se capacita, por eso el médico al hospital aunque sea gratis porque en definitiva es un club y es un lugar de capacitación continuado. Lo que se trata es establecer en una licitación un sistema de educación continuada que de respuestas a las necesidades específicas y particulares que tiene el médico del primer nivel de atención.

El último punto de los recursos humanos es el incentivo porque si uno le da todo esto pero no le va a buscar el nicho económico a ese profesional es lo mismo que no hubiera hecho nada. Si uno le dice todo es muy bueno pero la única posibilidad de trabajar en el mercado es como neurocirujano, entonces se va a rotar de la atención primaria a la neurocirugía porque es una cosa lógica. En las provincias se comprometen a cambiar el nivel de remuneración del primer nivel para darles un ejemplo en Mendoza se estableció casi un ingreso de 4.000 dólares mensuales para ese tipo de profesional y les van a cambiar las reglas del juego. La idea es que atiendan su consultorio, como vamos a ver el segundo componente garantiza el equipamiento del consultorio del profesional del equipo de salud gratuitamente, o sea que hay un incentivo concreto. Buscando el nicho económico, incentivando su ingreso bajo un contrato programa, dentro de lo posible, es decir que sea un contrato como en España, o Inglaterra, o Canadá, donde esté asegurada la asistencia de la enfermedad pero también la asistencia en salud de una población específica para ese equipo que está conformado en cada provincia de distintas maneras. Están los estudios metodológicos ya terminados de cómo va a ser este incentivo, cercano al 25% del ingreso del médico.



Esto da una idea muy sucinta del problema que existe con los recursos humanos de este primer componente que se financia. Esta es la primera vez que el Banco Interamericano de Desarrollo financia salarios indirectos de un médico porque ustedes saben que las organizaciones internacionales no financian salarios pero en este plan integrado aceptaron hacerlo entendiendo cuál era el problema: si no hay un incentivo económico concreto no va a haber nadie que vaya a trabajar al primer nivel de atención.

El segundo aspecto es la adecuación de infraestructura. Esto es lo que menos financia este crédito porque ya lo han hecho otros componentes. Solamente este equipamiento de centros de salud y equipamiento de los consultorios en aquellos médicos que trabajen en su consultorio. Pero claro, en atención primaria que no es lo fundamental, este plan nacional es de gestión y no de construcción porque en atención primaria ya no es tanto lo que hay que construir, lo que hay que construir es el sistema de gestión más que paredes o equipamiento. La inversión en equipamiento no es muy importante y la de construcción tampoco porque ya lo han hecho otros programas como el PROMIN, el PRESSAL y otros programas como el de atención médica.

El tercer componente, y nosotros consideramos que es fundamental es el de sistema de información. Uno de los problemas que ha tenido la atención primaria en la Argentina es el sistema de información desde dos aspectos fundamentalmente: uno es de gestión y el otro es el de vigilancia epidemiológica. El aspecto de gestión, las relaciones entre el primer nivel de atención y el segundo están caracterizadas por su divorcio. El sistema de referencia y contrareferencia es nulo, absurdo y caótico. Cuando alguien refiere del primer nivel a un hospital, el hospital lo vuelve a revisar al paciente nuevamente y no le importa nada lo que le hicieron en el primer nivel, cuando no están en contra de todo lo que le hicieron a tal punto que el paciente termina entendiendo que es mejor ir al segundo nivel directamente y no pasar por el primer nivel donde no le resuelven nada en definitiva. No hay una buena referencia y mucho menos una contrareferencia que es inexistente. Así que hay que establecer un sistema de referencia y contrareferencia como tiene Inglaterra por ejemplo, con una historia clínica particular y que pueda ser leída on line a través de la informática entre el primer nivel, sea consultorio, sea centros de salud y por lo menos el segundo nivel. Para eso tiene que cambiar el primer nivel y el segundo nivel. Entonces se licita un programa de este tipo que es bastante complejo porque hay gente de Canadá que dice que ellos van a aprender porque están también detrás de un programa de este tipo. En Inglaterra existe, pero tiene sus problemas así que las posibilidades de implantarlo puede ayudar a mucha gente.

El otro aspecto del sistema de información es que no se registra producción del primer nivel de atención y esto conspira contra él. Hasta hace poco en una

provincia Argentina el gobernador quiso cerrar los centros de salud porque nadie le demostraba para qué servían. Y esto sucede porque la estadística sanitaria Argentina está basada en el hospital. Es una estadística de los internados. Si yo quisiera anotar, una actividad de prevención... vamos a poner un ejemplo: una persona de un centro de salud, dentro del programa de salud escolar, va a una escuela y le enseña a cepillarse los dientes a los alumnos, eso no lo podría anotar jamás en la estadística sanitaria de Argentina porque lo que dice ahí es primera consulta y ulterior, y el diagnóstico del internado. Pero después cuando se calculan las horas, lo que queda es que todas las horas de atención primaria no sirven para nada porque nadie sabe qué es lo que hizo. Sí les queda muy claro a los que hacen cirugía y otras especialidades. Entonces si no cambiamos la información del primer nivel de atención, jamás vamos a poder saber qué es lo que sucede en él. En el mundo, uno de los problemas accesorios a esto, es que se discute mucho cómo anotar el primer nivel de atención justamente.

Hay miles de escalas. La Argentina tendría que elegir una escala. Tendría que poder anotar lo que hace en primer nivel de atención porque últimamente, hay una cierta moda de auditar el primer nivel de atención que le ha corrido a todo el mundo. Todo el mundo quiere saber qué hacen los centros de salud, entonces lo primero que hacen es mandar a un auditor. Así ha pasado en la Ciudad de Buenos Aires hace algunos años, mandaron a un auditor que no sabía nada de atención primaria, por supuesto y que la conclusión fue que era un desastre porque todos hacían cosas distintas, que es el mejor elogio que se le puede hacer. Así que sabía tan poco este pobre hombre de lo que estaba juzgando... claro, mandaron a un tocoginecólogo cirujano que no tenía nada que hacer y entonces lo pusieron de auditor de primer nivel de atención.

La auditoría del primer nivel de atención, el control de calidad del primer nivel de atención, es una cosa complejísima y en discusión en todo el mundo, no para mandar a un ingenuo tocoginecólogo a controlar eso de semejante nivel. Esto me hace acordar al chiste del auditor gallego:

Dicen que la orquesta de Barcelona andaba muy mal y entonces le mandaron un auditor gallego y dicen que al mes mandó una nota que decía: es cierto, esto es un desastre; hay un tipo con un palito que no toca nada, que habría que echarlo, hay 20 tipos que tocan el mismo instrumento y habría que reducir eso y encima se reúnen sin público no se sabe para qué... así que, si uno manda a alguien a auditar algo que no sabe de lo que está auditando, es muy probable que diga cualquier cosa y esto puede complicar la opinión que se tiene sobre el primer nivel de atención.

En muchas partes de Argentina se cree que el primer nivel de atención es un curro, se considera que es gente que está ahí para no hacer nada. Así que tenemos que dar vuelta esto con el sistema de información y permitir incorporar da-

tos del primer nivel de atención. Datos de todo tipo. La mayoría de nuestra estadística a nivel hospitalario es obvia, tardía e inútil y acá para hacer otro chiste... el del epidemiólogo hospitalario: dicen que había dos gallegos trabajando en el campo y pasa un globo con los estadísticos del hospital... cuando ven que pasó desde arriba gritan: ¡¡idos gallegos trabajando a la luz del sol y labrando la tierra!! entonces un gallego le dice al otro: ¿cómo te diste cuenta? Información obvia, tardía e inútil...

Bueno, el cuarto componente es el de comunicación social que es tan importante como los otros. No podemos cambiar el sistema de salud sin explicarle a la gente qué es lo que intentamos, porque sino hay un contra *marketing* de todos los intereses creados desde los ultra especialistas, desde los que venden aparatos, desde lo que uno quiera... Le tenemos que explicar a la gente específicamente en qué consiste el cambio y por qué le conviene a esa comunidad que exista un primer nivel de atención bien organizado. Y también le tenemos que explicar a los profesionales, hacer el contra *marketing*, de por qué a ellos también les conviene tener un sistema de estos. Sin contar la participación para la salud que también tiene que ser organizada. La participación comunitaria en salud no se adquiere por generación espontánea, hay que organizarla y especialmente la de las poblaciones más comprometidas porque son las que menos están en condiciones de intervenir en un programa de participación comunitaria.

Por último, y para cambiar algunos de estos problemas, un programa de fortalecimiento institucional para el primer y segundo nivel de atención incluso para los ministerios de salud. Porque también hay poca experiencia en este tema en los ministerios de salud. Entonces lo que se trata... hay jefes de centros de salud que fueron elegidos para sacárselos de encima de algún lado y no tienen la más mínima idea de qué es lo que hay que hacer con el centro de salud... algunos quieren hacer un hospital paralelo y poner otra vez anatomía patológica... y si uno los deja en dos meses, convirtió el centro de salud en otro hospital porque lo hace de buena fe porque cree que hay que convertirlo en otro hospital, y no hace lo que tiene que hacer.

Y del lado del hospital también. Hay gente que dirige y no tiene la más mínima idea de lo que se trata. Hay hospitales que tienen centros de salud y ni saben que existen o por lo menos no quieren ni enterarse que existen.

Otro punto es cómo generar los indicadores de gestión, que por supuesto tienen que existir, y cómo tienen que ser controlados. Todo esto, entre otras cosas, va a estar en este programa de fortalecimiento.

Estos cinco componentes se licitan internacionalmente con términos de referencia muy claros donde puede participar cualquiera que tenga *expertrice* para los términos de referencia.

Para terminar les quiero decir que por supuesto, este es un programa para to-

da la población, ricos y pobres, pero fundamentalmente está dirigido a lograr equidad en salud porque la atención primaria está dirigida a la equidad. La atención primaria a diferencia de lo que ha dicho un sanitarista hace poco por visión, no es un programa para África. Donde tuvo mejor éxito la estrategia de atención primaria es en los países desarrollados y para decir, de las últimas reformas de reformas que es el alemán, en Alemania 20 años después de Alma At volvió a decir que la reforma del sistema alemán se va a basar en la estrategia de atención primaria de salud para contradecir a aquellos que creen que es una medicina para indígenas...

De cualquier modo y uno ya sabe desde siempre que los pobres son los que están en peores condiciones desde el punto de vista de la salud. Esto no es nuevo y no hace falta un sociólogo para decir esto. El primer documento de salud que existe, un papiro egipcio, cuando clasifica los problemas de salud dice que el primero de los problemas es la pobreza, así que tiene 5.000 años el concepto. El problema es que sigue siendo un concepto actual entonces el Estado fundamentalmente tiene que introducirse en el problema de la equidad. Tiene que asegurar que haya equidad y lo primero es lo primero y lo primero son los pobres. Hay gente que piensa que en cuestiones de salud todos estamos en el mismo barco, los pobres y los ricos porque todos enfermamos y morimos. Para el que piensa así, el mejor ejemplo es darles un ejemplo con el mismo barco: cuando se hundió el Titanic, estaban todos en el mismo barco, pero miren cómo se murieron: el 5% de la población de tercera, el 10% de primera y el 16% de segunda... todos están en el mismo barco, pero los que se mueren nunca son los ricos.