

Familia y comunidad significan un proyecto de vida en común. Son, entonces, la piedra angular para construir salud.

La pregunta central que debe orientar las políticas de salud es ¿Cómo producir y cómo distribuir salud?. Entre las respuestas a estas preguntas merecen destaque los enfoques centrados en el abordaje de la salud familiar y comunitaria. En este capítulo se revisan sus significados y abordajes para concluir proponiendo algunos elementos clave para producir salud en Argentina.

El trabajo está organizado en tres partes. En la primera se analiza la crisis de la salud pública. En la segunda se proponen alternativas para superar esa crisis. En la tercera se fundamenta la necesidad de un enfoque de políticas centradas en la familia y la comunidad como eje para lograr la transformación sanitaria.

Parte 1. Las promesas incumplidas de la medicina y la crisis paradigmática de la salud pública

Hasta ahora la medicina ha aportado más al individuo que a la comunidad. Es que la medicina ha registrado dificultades para conjugar el plural. Desde sus orígenes hipocráticos hasta la telemedicina, se ha convertido en una de las áreas de conocimiento en las que el hombre más ha evolucionado y dónde lo hace a mayor velocidad. Sin embargo, el objeto de la medicina sigue siendo singular. En primer lugar la medicina se ha preocupado por agentes etiológicos, el órgano, luego los sistemas que mantienen al cuerpo vivo, de allí al cuerpo como un todo, hasta llegar al individuo, incluso en cuerpo y alma. Pero pocas son las veces en que la medicina ha conseguido hacer de su objeto un colectivo de individuos. En consecuencia, una medicina cada vez más poderosa resulta relativamente impotente para salvar al género humano.

Pero el problema mayor no es que el avance de la medicina no genere salud para las personas sino que la salud que se genera no se distribuye en forma adecuada entre la población. La salud que generamos se concentra dentro de las sociedades tanto o más que la riqueza que estas sociedades generan. Cada vez en mayor proporción, los avances médicos son desarrollados y apropiados por y para grupos selectos. Continúa siendo muy débil la investigación y el desarrollo para responder a las enfermedades que aún constituyen terribles flagelos para las poblaciones más vulnerables, como la malaria (que genera entre 300 y 500 millones de casos y un millón de muertes cada año), La tuberculosis (con 8,8 millones de nuevos casos anuales) o la fiebre amarilla (200.000 nuevos casos anuales). Mientras los países desarrollados se comienzan a preocupar por las enfermedades raras (de baja prevalencia), en los países en

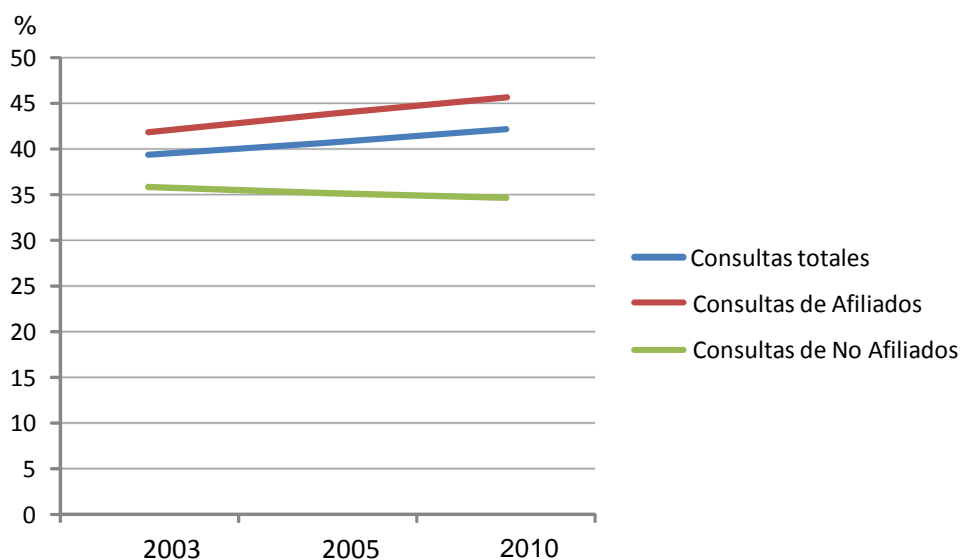
*Publicado en: Arroyo, Daniel (organizador). *Prioridad familias*. Buenos Aires. Fundación Konrad Adenauer. 2013.

desarrollo aún padecemos el impacto de un amplio conjunto de enfermedades olvidadas de alta prevalencia.

Las enfermedades de los pobres son males que pasan inadvertidos al complejo médico industrial, porque no generan mercados interesantes. La enfermedad solo es tal cuando se la reconoce y se la incorpora a la agenda de políticas públicas. Antes que eso es solo fatalidad. En Argentina, el Mal de Chagas afecta a cerca de 2,5 millones de habitantes y no se ha logrado detener su incidencia. En la región de Cuyo los casos se han quintuplicado durante la última década. Pero esto pasa inadvertido al sistema y a las políticas de atención médica. Por ejemplo, en los últimos años se incorporó al Programa Médico Obligatorio (PMO) la píldora del día después y la cirugía para el cambio de sexo; pero en contraparte, el Chagas fue excluido de la cobertura de obras sociales y empresas de medicina prepaga.

Las brechas se plantean también a nivel del acceso y la utilización de servicios de salud. Considerando las Encuestas de Utilización y Gasto en Salud desplegadas por el Ministerio de Salud de la Nación en 2003, 2005 y 2010 se verifica que la población consulta más al médico y, en el último año un 42% de los argentinos manifiestan haber consultado durante el último mes. Sin embargo, mientras quienes cuentan con cobertura de seguros de salud (obras sociales y/o empresas de medicina prepaga) aumentaron casi un 5% su nivel de consultas, quienes solo acceden a los servicios públicos retrajeron su nivel de consultas en 1,2% (gráfico 1).

Gráfico 1. Argentina. Evolución de la proporción de la población que consultó al médico durante el último mes. 2003, 2005 y 2010

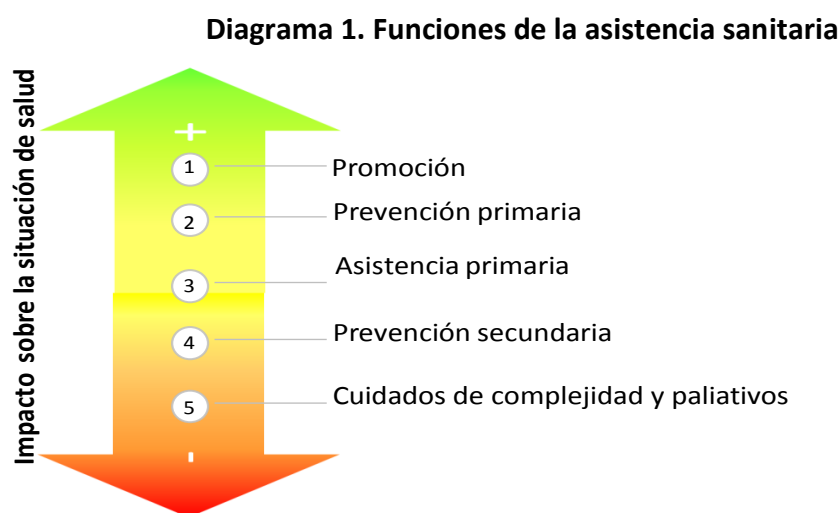


Fuente: Elaborado en base a Sanguinetti, Juan (2011).” Equidad, acceso y utilización de los servicios de salud en Argentina: Una aproximación a partir de los datos de encuestas”. Banco Mundial. Sobre la base de datos de las Encuestas de Utilización y Gasto en Servicios de Salud del Ministerio de Salud de la Nación

Sabemos que hacen falta enfoques que permitan, en primer lugar conservar la salud de las personas. En segundo lugar, evitar el deterioro de la salud de la población tanto cuanto lo permita el conocimiento médico y los recursos disponibles. En tercer lugar, recuperar la salud de quienes han enfermado para que logren sanar. En cuarto lugar,

detectar tan precozmente como fuera posible y evitar el agravamiento, en especial de aquellas enfermedades para las cuales aún no tenemos cura. En quinto lugar, aliviar el dolor y minimizar el sufrimiento de los enfermos graves que no pueden ser curados. Pero además, estas cinco tareas deberían lograr que la salud se distribuya cada vez en forma más equitativa dentro la población.

Como se representa en el Diagrama 1, las funciones de la asistencia sanitaria configuran un continuo donde el impacto sobre la salud de la población resulta decreciente. Hemos fallado en esta empresa o, al menos, no hemos avanzado tanto cuanto la sociedad esperaba que lo hiciéramos. Esto genera una crisis paradigmática que tiene dos aristas: una crisis de racionalidad y una crisis de legitimidad.



Fuente: Elaboración de Federico Tobar

Una crisis de racionalidad, en la medida que los resultados de salud que obtenemos para la población son inferiores a los que se pueden lograr con el estado actual del conocimiento médico y con los recursos disponibles en el país. Esta crisis se manifiesta sobre, al menos, cinco dimensiones:

a) **Uso limitado de las funciones sanitarias**, de las cinco mencionadas se han exacerbado las capacidades de respuesta a las últimas mientras se atrofia la capacidad de respuesta a las primeras. Las evaluaciones de los sistemas de salud concluyen que la salud conquistada es mayor cuando se priorizan las primeras funciones y para registrar rendimientos decrecientes luego. Sin embargo, en la asignación de recursos hemos tendido a privilegiar lo asistencial sobre las acciones de promoción y dentro de las actividades asistenciales siempre los servicios de mayor complejidad le ganan en la puja distributiva por la asignación de recursos a los de menor complejidad.

La atrofia de las funciones de promoción y prevención se evidencia en el hecho de que las personas no tienen conciencia de sus riesgos de enfermar. En Argentina Ipsos-Mora y Araujo, realizó una encuesta que alcanzó a mil entrevistados mayores de 18 años y hasta los 75, habitantes de ocho ciudades del país (Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Gran Buenos Aires, Mar del Plata, Córdoba, Rosario, Mendoza, Tucumán y Neuquén), para explorar el conocimiento de los males que

se podrían padecer por edad y estilo de vida. En ese punto, el 55% demostró desconocer las posibles enfermedades que podía sufrir¹.

- b) **Discontinuidad de los cuidados.** Quienes imparten los cuidados correspondientes a una de las funciones de asistencia sanitaria representadas en el cuadro 1 no son los mismos que imparten los cuidados correspondientes a las otras ni comparten información con ellos. De esta forma, los cuidados de salud se constituyen como un tejido de Penélope que se inicia y luego se deshace para volver a comenzar cada vez que el ciudadano registra síntomas, cae enfermo o acude a un servicio.
- c) **Abordaje centrado en eventos agudos.** El contacto del ciudadano con el sistema se restringe a considerarlo como “paciente”, un *status* que sólo se adquiere en la medida que se recurre al servicio médico. Pero la enfermedad, los factores de riesgo y las condiciones determinantes de la salud de esa persona no siempre (o mejor dicho casi nunca) cambian cuando ese ciudadano se retira del servicio y deja de ser “paciente”. Es que hemos aprendido a vencer algunos agentes etiológicos como las bacterias y algunos virus que hoy retroceden ante algunos cuidados y tecnologías certeras. Sin embargo, no sucede lo mismo con casi todos los factores de riesgo que nos predisponen a las enfermedades crónicas. Por ejemplo, la hipertensión, la glucemia, el colesterol, así como las insuficiencias de los órganos vitales (como el corazón, el riñón, el páncreas, el hígado, los bronquios y pulmones, etc..) pueden ser compensadas en el servicio, pero vuelven a aparecer si un conjunto de condiciones de vida no se alteran.
- d) **No se ha incorporado los determinantes sociales como aspectos que ayuden a focalizar las acciones en salud.** Una de las contribuciones más importantes al conocimiento sanitario fue aportada por Mark Lalonde en 1974 para el análisis de la situación de salud de los canadienses, en la cual propuso cuatro elementos: la biología, el ambiente, los servicios de salud y los estilos de vida². Sin embargo, en nuestros abordajes predomina el enfoque centrado en los servicios y hemos logrado un desarrollo menor sobre los demás determinantes³. En particular registramos una gran incapacidad para abordar estilos de vida combatiendo los insalubres y promoviendo los saludables.

Una crisis de legitimidad, en la medida que tanto los procesos, como los resultados de salud que obtenemos no se ajustan a las expectativas de la población. Esto genera insatisfacción por:

- a) **Expectativas desequilibradas.** Las demandas poblacionales a menudo no solo no se corresponden con sus necesidades de salud sino que también desbordan las capacidades operativas de los servicios. En este sentido la salud resulta víctima de su propia eficacia. Porque las conquistas médicas alcanzadas durante el último siglo sumadas a la difusión y recreación que de los mismos hacen los medios masivos de comunicación, llevan a las personas a esperar cuidados desmedidos y, a veces, imposibles. La satisfacción se configura como una relación entre lo esperado y lo recibido, cuando lo esperado crece más que las condiciones posibles de la oferta se genera insatisfacción. En otras palabras, se agota la paciencia del paciente.
- b) **Tiempos de espera prolongados**, tanto en atención primaria de salud como en la atención especializada. El principal motivo de queja de los ciudadanos con relación al sistema de salud radica en las barreras burocráticas que deben

enfrentar para ser atendidos. En Argentina, los estudios de opinión que anualmente realiza la Fundación del Sanatorio Guemes sobre usuarios de los tres subsistemas (público, obras sociales y prepagas) registran que en todos los casos y subsistemas las personas consideran que deben esperar demasiado para ser atendidos⁴. La satisfacción se configura como la relación entre las expectativas y lo efectivamente recibido⁵. Es posible que la capacidad de respuesta de los servicios haya mejorado en tiempo y forma, pero es evidente que no se ajusta a lo que los ciudadanos esperan.

- c) **Deshumanización de los cuidados** que se manifiesta como maltrato explícito e implícito, indiferencia por las necesidades de las personas, poca escucha y baja empatía. Sin embargo, cabe destacar que los estudios realizados en Argentina no demuestran ese problema con la misma envergadura que otros relevamientos realizados en América Latina.

En conclusión, hace falta una profunda reformulación de la forma en que producimos y distribuimos salud y esto sólo será posible partiendo de bases conceptuales renovadas.

Parte 2. ¿Cómo superar la crisis de la salud pública?

En los inicios del siglo XXI la cuestión sanitaria se plantea en términos de encontrar las formas adecuadas para producir salud para una población determinada. Esto significa satisfacer dos desafíos sanitarios principales:

- a) Generar respuestas a las necesidades de la población que resulten equilibradas en términos de las cinco funciones sanitarias mencionadas (promover, prevención primaria, asistencia primaria, prevención secundaria, cuidados de complejidad y paliativos).
- b) Generar respuestas a las necesidades de la población que permitan conquistar una distribución equitativa del acceso a los cuidados y de los resultados de salud entre los diferentes grupos poblacionales.

A partir de la revisión de las evidencias acumuladas a nivel internacional, es posible postular que son tres los caminos principales sobre los cuales se pueden lograr los mayores avances en forma simultánea para construir respuestas adecuadas a estos dos desafíos sanitarios:

- I. Un esquema de Atención Primaria de la Salud centrado en la medicina familiar y comunitaria,
- II. Un esquema de gestión territorial de las protecciones en salud,
- III. Un esquema de funcionamiento en red de los servicios de salud.

A continuación se esbozan los fundamentos de cada uno de estos caminos. Cómo se podrá apreciar, los tres caminos tienen elementos comunes y se potencian mutuamente.

I. Un esquema de Atención Primaria de la Salud centrado en la medicina familiar y comunitaria

Una evidencia central que hemos recogido es que cuanto más se orienten los esfuerzos hacia las primeras funciones sanitarias (promoción, prevención primaria y asistencia primaria) no solo serán mejores los resultados obtenidos por el sistema de salud sino también se distribuirán de forma más equitativa.

Prácticamente no hay disenso en la comunidad sanitaria internacional respecto al qué es lo que hay que hacer. Sobre lo que sí parece haber disenso es respecto a cómo hacerlo. Es posible identificar diversos debates. Sin la intención de ser en estas páginas rigurosos ni exhaustivos dando cuenta del estado del arte del debate técnico sobre modelos de atención, nos interesa enumerar algunas de las controversias en curso:

- 1) ¿La estrategia de APS puede ser focalizada?
- 2) ¿El primer nivel de atención debe ganar resolutiveidad?
- 3) ¿El eje de la atención deben ser los médicos de familia?

Las respuestas a estas preguntas no son aún del todo conclusivas y en tanto asumamos el objetivo de producir más salud y buscar una mejor distribución de la misma dentro de la sociedad, hará falta profundizar el debate sanitario al respecto. En primer lugar, la fragmentación de los cuidados junto a la segmentación de las responsabilidades institucionales por la cobertura (sumado a la atomización de la financiación) atentan contra el despliegue de protecciones primarias equivalentes. La focalización no parece constituir un problema en los sistemas de salud predominantemente públicos y de cobertura universal, pero sí lo es en sistemas con múltiples agentes responsables por la salud. Por ejemplo, si en una misma calle hay dos viviendas contiguas expuestas a los mismos riesgos ambientales pero en una de ellas los habitantes cuentan con cobertura de una obra social y en la otra no ¿quién debería ser responsable de las acciones de promoción? ¿Quién debería recibir incentivos por los resultados de salud logrados sobre esa población?.

En segundo lugar, las encuestas de opinión han registrado que las personas prefieren concurrir a los servicios de mayor complejidad (hospitales) en lugar de a los centros de atención primaria porque los primeros suelen estar mejor equipados y en ellos es más simple la derivación. Esto incorpora una cierta inercia a lo que se ha denominado secundarización de la APS. Entonces las salitas de barrio buscan convertirse en policlínicos, incorporando más especialidades médicas y tecnología de diagnóstico. La escalada luego continúa buscando hacer del servicio un hospital y más tarde este ganaría complejidad incorporando nuevas especialidades y recursos. Este camino que parece natural e incluso cuenta con la aprobación de los usuarios (es decir, tendría miga electoral) constituye justamente un avance en el sentido inverso del despliegue de las funciones de asistencia sanitaria orientadas a lograr mayor impacto sanitario. Porque en esta dinámica que se inicia con la secundarización de la APS se incrementa el gasto, pero se pierde impacto sanitario.

En tercer lugar, hay una sólida experiencia internacional en el despliegue de modelos de medicina familiar que va desde las experiencias de la Cuba socialista hasta el Servicio Nacional de Salud británico inspirado en las propuestas del liberal Lord William Beberidge. Sin embargo, mientras en los modelos europeos este despliegue es más centrado en el servicio, estableciendo la figura del médico de familia como eje, en América Latina hemos registrado una inmensa experiencia de respuestas de base comunitaria en los cuales el principal factor de éxito ha sido salir de los servicios en busca de los pacientes y la figura clave han sido los promotores de salud. Tal vez este sea uno de los motivos epistémicos de los impulsos ciclóticos que la APS ha registrado en América Latina en general y en Argentina en particular: es que entendemos la APS en forma muy diferente a cómo la entienden en los países desarrollados. Si uno le habla a un sanitarista europeo de APS este inmediatamente piensa en asistencia médica primaria centrada en medicina familiar, pero muy

raramente piensa en acciones extramuros, en agentes comunitarios y rondas sanitarias ni en modelos participativos para la toma de decisiones sanitarias.

En síntesis, y sin ánimo de saldar esta discusión que recién comienza, postulamos que un esquema adecuado de Atención Primaria de la Salud centrado en la medicina familiar y comunitaria sería aquel que lleve la salud afuera de los servicios (a la comunidad) y traiga la comunidad adentro de los servicios de salud para que se apropien de ellos y de su gestión. Hay incontables experiencias de este tipo en América Latina, tal vez no analizadas, sistematizadas y evaluadas en la dimensión adecuada; pero valiosas y enriquecedoras. La premisa es que los servicios de APS deben desplegar acciones de promoción y prevención sobre la población, que deben tener un población a cargo a la cual conocen (no solo un mapita en el que diseñan su área programática), que un recurso poderoso (tal vez más relevante aún que los médicos de familia) son los promotores sanitarios que salen a hacer rondas, que detectan y gestionan riesgos sociosanitarios, en fin que asumen en forma progresiva el enfoque de determinantes. Así, la medicina familiar y comunitaria podría constituirse en un enfoque emancipador en la medida que ponga la salud al servicio de la integración del individuo a la comunidad y no privilegia un enfoque tecnicista. Los cuidados pasan a ser programados y la atención que responde a la demanda espontánea se retrae.

II. Un esquema de gestión territorial de las protecciones en salud

Desde hace algunos años se viene desarrollando un modelo de abordaje social que despliega respuestas múltiples y combinadas en una determinada localidad. Esfuerzos de empoderamiento y transferencia, que buscan sacar a una población de la vulnerabilidad y el letargo; poniéndola de pie para avanzar hacia su autonomía y bienestar. Esta modalidad, de intervención, que ha sido denominada “gestión territorial” porque recupera enfoques del ordenamiento espacial y ambiental, podría ser entendida como una intervención horizontal en reacción al tradicional enfoque de programas verticales⁶.

Construir gestión territorial en salud es tomar decisiones poniendo como centro el cuidado continuo, integrado e integral de la salud de todas las que personas que viven y transitan el territorio⁷. Las herramientas de la gestión territorial incluyen:

- a) *Nominalización de la población a cargo de la red y designación de responsables primarios por su atención.*** Nominalizar significa conocer la población a cargo, detectar, evaluar y dar seguimiento a un conjunto de factores de riesgo definidos en función del ciclo de vida, dar continuidad a los cuidados, registrarlos debidamente en una historia clínica familiar y comunitaria, así como evaluar el desempeño de los servicios. Nominalizar es, por lo tanto, mucho más que dibujar un área programática a la que está afectado el servicio e incluso mucho más que empadronar a los beneficiarios. Porque padrón no es protección ni carnet es acceso.

Pero la nominalización también implica la vinculación formal y efectiva de los equipos de APS con servicios con otra función de producción y densidad tecnológica (lo que se denomina 2do y 3er nivel). Por ejemplo, a través de turnos protegidos en el segundo nivel para pacientes derivados desde el primer nivel. En un modelo de atención en el cual no hay población nominada la unidad de

análisis no es la gente sino el servicio⁸. Y, por lo tanto, la prioridad no es la gente sino el servicio. En este esquema de división del trabajo es fundamental establecer quién es el primer responsable por los cuidados de cada persona. Debe haber un profesional o un equipo responsable para que la población, a su cargo, reciba los cuidados y adhiera a los tratamientos. No se trata de prestar un servicio si alguien lo viene a demandar, sino de identificar la necesidad y salir al encuentro de una demanda que a veces no es manifiesta. En un estudio sobre la medicina que se acerca a través de las nuevas TICs, Joan Escarrabill cuestiona la conveniencia de continuar aferrándose al viejo pilar de la Atención Primaria de la Salud que consistía en definir un médico de cabecera o aún un equipo de APS como eje⁹. Este autor sostiene que la posibilidad de compartir información clínica en tiempo y forma permitirá la continuidad de los cuidados más allá de la centralización de las decisiones clínicas. Sin embargo, concluye que, de cualquier manera, el mayor reto del sistema sanitario se centra en gestionar la demanda. Si hasta ahora la preocupación era por promover la accesibilidad a los servicios, ahora que en muchos casos se ha conquistado aceptables tasas de consultas anuales por habitante, el desafío se desplaza hacia lograr que mayor contacto del ciudadano con el sistema se traduzca también en mejor salud.

Sólo cuando hay un servicio que funciona como puerta de entrada al sistema y que, si hace falta, se encarga de gestionar las derivaciones, es que los cuidados de salud se convierten en garantías explícitas. Los servicios públicos tienen que conocer la población que tendrán a cargo y salir a buscarlos, en vez de permanecer a la espera de que la gente venga a demandar las prestaciones. Esto requiere que su desempeño sea evaluado y tiene como condición que se disponga de infraestructura y personal adecuados.

- c) *Clasificación de la población por niveles de riesgo.* Esto significa definir cuáles son los determinantes sociales de la salud que la atraviesan, identificar las subpoblación con factores de riesgo, las subpoblación con condiciones de salud y enfermedad leve y moderada, y las personas con enfermedades complejas. Esto requiere incorporación de guías clínicas desagregadas por nivel de atención en todos los servicios de la Red así como el desarrollo progresivo de modelos de evaluación y seguimiento de la respuesta brindada a los pacientes en cada patología y nivel de riesgo. Pero, en forma aislada, tanto el protocolo como el empadronamiento de la población y su asignación a un servicio pueden no resultar suficientes para generar un cambio en el modelo de atención. Hace falta que ambos se concreten en la atención de los pacientes y la misma solo es verificable a través de registros clínicos. De manera que la gestión clínica que distingue a los pacientes según niveles de riesgo necesita estar debidamente documentada, hace falta protocolos que pauten tanto la atención como la derivación, pero también es parte de la gestión clínica el generar y supervisar registros que documenten que tal atención se haga efectiva y permitan evaluar el desempeño de los servicios.
- d) *Programación de servicios y de acciones extramuros.* Los servicios de salud solo están en contacto con el ciudadano alrededor de dos a tres horas por año. El resto del tiempo ese ciudadano desaparece como paciente. Sus necesidades

pueden no se traducirse en demandas o sus demandas pueden resultar reprimidas. Este es uno de los principales factores de la crisis paradigmática que atraviesa la salud pública y su superación requiere extender los cuidados consolidando verdaderas protecciones sanitarias. En parte, esto requiere ampliar el lapso de contacto del paciente con el sistema de cuidados. Entonces es evidente que lo más importante no sucede dentro de los servicios sino en la comunidad. Las acciones extramuros asumen, en este contexto, la misión fundamental de detectar las necesidades y convertirlas en demandas. Deben desplegar competencias en la detección de necesidades y gestión de riesgos de pequeños territorios definidos por su identidad social, cultural, económica y sanitaria. Esto involucra la sistematización y el registro de las acciones a través de herramientas formales como fichas y cuadernos de ronda para los promotores sanitarios, historias clínicas familiares y evaluaciones de situación de salud comunitarias. Es por este motivo, por el carácter axial de las actividades extramuros, que nos atrevemos a postular que en la construcción de nuevas formas de producir salud la figura del agente comunitario o promotor sanitario adquiere una papel más protagónico aún que la del médico de familia que sólo permanece en el servicio a la espera de que se concrete la demanda.

- e) *Construcción del mapa sanitario.* Hemos mencionado hasta ahora los conceptos de demanda, oferta y necesidad y su distinción es central para producir más salud y distribuirla mejor. Porque el despliegue de la gestión territorial en salud puede representarse como tres conjuntos que se interceptan: el de la oferta de servicios, el de las demandas expresadas en los servicios y el de las necesidades de salud de la población que habita el territorio. Si la gestión territorial funciona de forma adecuada esos conjuntos avanzan hacia la convergencia. Es decir en lugar de solo interceptarse constituyen un único conjunto. Esto es muy difícil de lograr, pero ello no impide que no se lo asuma como imagen objetivo. El camino para lograrlo pasa por identificar la distribución de la población primero para luego identificar la distribución de las necesidades y de allí evaluar si el despliegue espacial de los servicios es o no adecuado. El mapa sanitario puede, entonces, pasar de un instrumento de investigación a uno de planificación para luego servir de instrumento de regulación. Sin mapa sanitario regulando la oferta (para hacerla converger con las necesidades y demandas) disponer de servicios de medicina familiar no cambiará la situación de salud de la población, la APS tenderá a la secundarización y, en fin, todo seguirá igual.
- f) *Participación comunitaria:* Involucrar a los ciudadanos en las decisiones relativas a cómo generar sus cuidados de salud no es solo un requisito más, es el motor de la transformación sanitaria. Es el activador de una forma diferente de producir salud que comienza con el diagnóstico participativo de la situación de salud de la comunidad, que continua con la identificación de un conjunto de prioridades sanitarias para cada etapa del ciclo de vida, que continúa con un pacto por la salud comunitaria en el que todos los miembros se comprometen con alcanzar determinadas metas. Esto involucra un giro

paradigmático porque la salud deja de ser solo un derecho que los ciudadanos reclaman al Estado para para constituir también un conjunto de deberes ciudadanos. Por ejemplo, si se logra consagrar ciertos compromisos como consignas a ser alcanzadas y evaluadas por toda la comunidad se lograrían conquistas sanitarias de mucho mayor impacto que inaugurando hospitales. Esto puede involucrar premisas como no circular más en moto y/o bicicleta sin casco, o en automóvil sin usar el cinturón de seguridad, o que los peatones no atraviesen las calles por el medio de la cuadra, o que las embarazadas concreten al menos cinco controles gestacionales y los menores de un año al menos un control mensual de crecimiento, o que todos los diabéticos no insulino dependientes reciban y utilicen regularmente hipoglucemiantes. Incluso, hay ejemplos más ambiciosos, en EEUU durante los últimos años algunas comunidades asumieron como el compromiso con reducir en un millón de calorías la ingesta anual en una tonelada la ingesta de sal.

III. Un esquema de funcionamiento en red de los servicios de salud

Funcionar en red es extender los cuidados captando al paciente antes y acompañándolo con los cuidados hasta después de lo que harían los servicios funcionando en forma aislada. La misión, esto es el fundamento de la existencia de toda red, consiste en lograr extender los cuidados planteando una continuidad entre la promoción, la prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados paliativos¹⁰.

Los estudios sobre el funcionamiento en red de los servicios de salud desplegados durante los últimos veinte años comienzan a converger en sus hallazgos y recomendaciones. Entre los elementos clave para avanzar hacia la construcción y el fortalecimiento de redes de salud se pueden destacar diez:

- a) Categorización de los servicios para definir el perfil asistencial de cada uno dentro de la red.
- b) Autonomía de gestión de las redes y de los nodos que la integran.
- c) Gestión por resultados y evaluación de desempeño desde una perspectiva sistémica (pasa a importar más el hacer lo que se debe que el hacer más) y asignación de recursos en función del desempeño de los nodos y en el marco de un plan operativo de la red.
- d) Capacitación permanente del equipo de salud (para construir factibilidad), sensibilización de las autoridades (para construir viabilidad) e información a la población (para construir sostenibilidad) para el funcionamiento en red.
- e) Sistemas de información que avancen apoyando la gestión clínica y reduzcan (o incluso eliminen) los registros en papel.
- f) Implementación de procesos para referencia y contrareferencia de pacientes que prioricen la continuidad de la atención, la accesibilidad a los cuidados y el seguimiento de los casos.
- g) Proctolización de procedimientos (en el servicio) y construcción de Guía de Prácticas Clínica (para la red) hasta alcanzar líneas de cuidados que garantizan iguales respuestas para iguales necesidades de salud.

- h) Gestión de riesgos partiendo de la clasificación de los pacientes según sus condiciones de salud y la intensidad de cuidados que requieren.
- i) Responsabilidad nominada de los servicios sobre una población definida e identificada cuya salud es responsabilidad de la red.
- j) La atención programada desplaza a la demanda espontánea y los cuidados se organizan de forma continua y permanente en el tiempo.

En otras palabras, producir salud funcionando en red es como tocar una sinfonía con una orquesta. Cada músico requiere un instrumento y una partitura diferente, pero entre todos hay coordinación. Si todos hacen lo mismo, al igual que si todos hacen todo, el resultado es disfuncional. En los sistemas que logran funcionar en red en forma adecuada se minimizan las colas en las guardias y se reducen las internaciones evitables. Los centros de atención primaria no funcionan como servicios de urgencias ni los hospitales como servicios de primer nivel.

Parte 3. La Familia como prioridad sanitaria

Los caminos propuestos en la sección anterior para superar la crisis paradigmática de la salud pública tienen varios aspectos comunes. No solo son complementarios sino que además tienen contornos difusos. Una de las principales dimensiones que los vertebran reside en sacar el eje del individuo para ponerlo en la comunidad. En la necesidad imperativa de lograr que la medicina conjugue el plural.

Es hora que asumamos que no es el Estado ni el sistema médico quien garantizará nuestra salud sino la comunidad organizada. De ninguna manera esto significa resignar derechos sociales, sino reconocer que en los abordajes que hemos desplegado hasta ahora el derecho a la salud no ha superado su estadio declamativo.

Si la humanidad ha conseguido superar restricciones biológicas por las cuales el ser humano, como miembro del reino animal, está programado para vivir alrededor de 30 años, ha sido fundamentalmente por los arreglos sociales que hemos construido. En ellos la medicina con su inmenso desarrollo es variable interviniente y ha facilitado las conquistas, pero no es determinante. Tampoco el Estado ni la Sociedad han sido tan protagonistas de nuestros logros para duplicar y hasta triplicar la esperanza de vida como lo ha sido la comunidad.

Recordemos con Max Weber, que comunidad y sociedad no son lo mismo. En ambos casos se trata de la integración de actores sociales. Pero la diferencia radica en el tipo de acciones sociales que prevalecen. El fundamento del grupo que se integra en una comunidad es un sentimiento de pertenencia experimentado por los participantes, cuya motivación es afectiva y/o tradicional. En cambio, en la sociedad, predomina la acción racional (con arreglo a fines o valores). La norma requiere constituirse en regla y demanda el monopolio de la coacción física (el Estado) para hacerse cumplir.

La plétora de legislación garantista en salud que hemos desplegado durante los últimos años no ha tenido impacto sanitario. Oscar Garay, uno de los mayores expertos argentinos en legislación sanitaria, destaca que el marco legal refleja y reproduce la crisis sanitaria actual. Desde 2003 en adelante, se abre paso la legislación sanitaria cuya centralidad la ocupa la persona humana¹¹. Son ejemplos paradigmáticos, las leyes de salud sexual y reproductiva (ley 25.673/2002 del Programa nacional de salud sexual y procreación responsable; ley 26.150/2006 del Programa nacional de educación sexual integral; y, ley 26.130/2006 del Régimen para las intervenciones de

contracepción quirúrgica), la ley nº 26.529/2009 de Derechos de los pacientes, Consentimiento informado e Historia clínica; y, ley nº 26.657/2010 de Derecho a la Protección de la Salud Mental. Todas estas leyes se centran en el individuo, reconocen y respetan su dignidad y libertad. Sin embargo han sido inocuas en términos de cantidad y calidad de salud que hemos conquistado. Porque los cambios concretos no se consiguen a través de la normativa sino en la vida cotidiana. En la experiencia concreta de las personas, en sus formas de vida que pueden construir o destruir salud. Las mencionadas leyes, por ejemplo, poco han contribuido a reducir la mortalidad materna que en Argentina ha crecido diez puntos durante la última década. Insisto, esto no es porque las leyes sean innecesarias o inadecuadas sino porque el problema está en otro lado.

Necesitamos desplegar un abordaje de la salud pública en donde el agregado sea la comunidad y su máxima desagregación sea la familia. El cambio conceptual es relevante porque la familia no es un agregado de individuos sino un desagregado de comunidad. Es un error concebir como una intermediación a lo que en realidad es el núcleo básico. La familia no es el ambiente del paciente, es su identidad, es la que hace posible que se constituya como sujeto.

Es desde la familia que nos integramos a la comunidad. Es desde ambas que construimos una identidad y, por lo tanto, es a partir de ellas que podemos incorporar estilos de vida saludables, vencer ambientes insalubres y desarrollar servicios adecuados a las necesidades de la población. En otras palabras, es imposible conquistar protecciones sociales en salud sin un enfoque centrado en la familia y la comunidad.

Aún no se abordó en forma contundente los fundamentos teóricos que contribuyan a la consideración de la familia como elemento que participa en la determinación de la salud, a fin de concebirla como grupo de atención y análisis y no como la vía o el lugar para la organización de las acciones¹². Aún los enfoques de la medicina familiar tienen dificultades para superar el abordaje individualista y a la diada Médico paciente contraponen una tríada Médico-familia - paciente¹³.

Para los enfoques críticos al modelo médico hegemónico el abordaje familiar tampoco ha constituido un eje de análisis ni mucho menos propositivo. Los desarrollos y discursos desde las ciencias sociales reivindican mucho más el abordaje intercultural que el familiar. Cada vez con mayor frecuencia se reivindican respuestas con enfoque de género y con un enfoque multicultural que contemple las prácticas de los pueblos originarios. Sin embargo, son menores los casos en que se reivindica el abordaje territorial y familiar en la construcción de respuestas a las necesidades sanitarias de la población.

La familia constituye la primera red de apoyo social que posee el individuo a través de toda su vida, y por lo tanto se reconoce que esta instancia ejerce función protectora ante las tensiones que genera la vida cotidiana. El apoyo que ofrece la familia es el principal recurso de promoción de la salud y prevención de la enfermedad y sus daños, así como el más eficaz que siente y percibe el individuo frente a todos los cambios y contingencias a lo largo del ciclo vital en el contexto social¹⁴

El territorio es el espacio vivido por la comunidad. Las respuestas deben ser del territorio y para la comunidad. No se “baja al territorio”, se vive en él. Por eso las

políticas verticales no consiguen generar cambios sobre la calidad y cantidad de vida de la población.

Durante los últimos años hemos visto, cada vez con mayor frecuencia, situaciones incómodas que atraviesan funcionarios políticos que visitan territorios concretos. Porque el territorio no es un escenario creado, ni es un experimento, es el conjunto de condiciones concretas que involucran a las personas. Lo que sucede no es simplemente que la gente está irritada. Es algo mucho más profundo. La población es cada vez más consciente que las estructuras no responden a sus necesidades. Desde esta perspectiva el promotor de salud es el actor central porque su competencia central consiste en vincular al territorio, mejor dicho: a las personas que habitan el territorio, con el sistema. Un buen promotor no es aquel que sabe mucho de medicina sino aquel que puede recorrer el territorio con la vista en alto, que es respetado y aceptado por la gente. Cuando el promotor es bueno le abren la puerta del hogar que visita. Es decir, lo recibe una familia.

A continuación y a modo de cierre se enumeran diez ideas concretas para construir políticas de salud centradas en la comunidad y en la familia:

1. **Delimitar territorios.** Esto es espacios definidos habitados por personas identificadas. El tamaño del territorio es una cuestión organizativa. Pueden delimitarse territorios equivalentes (en cantidad de familias que lo integran) o de diferentes tamaños pero acordes a representaciones comunales (como barrios, municipios, localidades, etc.). La operacionalización del territorio es un detalle técnico operativo, el giro conceptual consiste en que se va a operar sobre y desde el territorio para producir salud, que se va a evaluar la cantidad y calidad de salud generada en cada territorio y que se va a garantizar una distribución territorial equilibrada de la salud.
2. **Incorporar el enfoque de ciclo de vida.** Esto es cambiar progresivamente el enfoque por patología con el que se diseñan los programas sanitarios por un enfoque integral por ciclo de vida de las personas: niños-adolescentes-mujer y embarazo-adultos y adultos mayores. El logro de la cobertura universal requiere de una atención integral de las personas, que trascienda el modelo de intervención organizado en torno a problemas de salud específicos. Sin embargo, gran parte de la oferta programática del Ministerio de Salud aborda aspectos parciales de la salud, como por ejemplo los programas que se crean a partir de patologías. Es fundamental reorganizar la oferta programática de los ministerios de salud en función de los ciclos de vida de las personas: niños-adolescentes-mujer y embarazo-adultos y adultos mayores¹⁵. La primera acción es definir líneas de cuidados para cada grupo etario que tomen en consideración los siguientes elementos: perfil epidemiológico, riesgo, diferencias de género y vulnerabilidad. Construir protecciones por líneas de cuidados significa garantizar que todos los pacientes con el mismo problema de salud reciban la misma atención. El eje es implantar protocolos y sistemas de información para seguimiento y esto no solo se puede hacer con un enfoque de ciclo de vida. Pero proponemos que el enfoque de vida se utilice para priorizar los cuidados que la población debe conquistar. Luego, para reorientar los

recursos del sistema público, habría que identificar superposiciones en la oferta de servicios y prestaciones para reagrupar acciones de acuerdo al grupo poblacional. Este esfuerzo de integración y articulación deberá darse, en primer lugar, en el ámbito del Ministerio de Salud de la Nación y luego en los Ministerios provinciales.

3. **Construir el mapa sanitario del país y de cada territorio.** Para compensar desigualdades en el acceso y lograr respuestas en salud cada vez más equitativas. Esto significa abandonar un modelo de *laissez faire* para incorporar uno planificado en el cual la salud no es una mercancía sino un bien social que se produce en forma colectiva. No puede haber servicios (públicos y privados) allí donde no son necesarios. No pueden faltar servicios (públicos y privados) allí donde hay necesidades insatisfechas. Porque donde hay una necesidad hay un derecho y el mapa sanitario ubica las prioridades para construir derechos en salud. Sin mapa sanitario para garantizar una adecuada función de producción en salud, la capacitación en medicina familiar e incluso hasta los equipos de salud comunitarios no conseguirán superar el mero voluntarismo.

4. **Construir el diagnóstico participativo de situación de salud de cada comunidad.** Sobre lineamientos metodológicos validados, con procesos similares, pero en forma particular en cada comunidad a través de Consejos y conferencias locales, vecinales municipales o a través de la modalidad organizativa que se ajuste mejor a cada territorio. El diagnóstico debe identificar los problemas de salud prioritarios en cada comunidad. Sobre la base del enfoque de ciclo de vida hay situaciones básicas para cada etapa que deben constituir un piso de protecciones a ser contempladas. El papel del Ministerio Nacional en esta instancia debería centrarse en el desarrollo metodológico, la asistencia técnica y capacitación para realización del diagnóstico y luego la validación velando por evitar grandes asimetrías territoriales.

5. **Construir pactos sanitarios territoriales.** Una vez que se logró un diagnóstico consensuado y se definieron prioridades es necesario fijar metas a ser alcanzadas, comprometer esfuerzos y definir responsabilidades. Pero este proceso debe ser entendido en forma diferente a la tradicional programación de políticas públicas, porque el compromiso es de la comunidad entera con un cambio sanitario y a ese compromiso el Estado, desde las diferentes jurisdicciones, agrega las metas y recursos con que cuenta. En otras palabras, si hay un compromiso para reducir la morbimortalidad por enfermedades cardiovasculares (que en Argentina son responsables por más del 30% de las muertes), el Estado debe disponibilizar los medicamentos para la hipertensión sí como los servicios para control, pero la población debe asumir responsabilidad en la evaluación y control de riesgos tanto como comprometer la adherencia a los tratamientos. Los equipos de medicina familiar y comunitaria se convierten así en el instrumento operativo de ese cambio en la forma de producir salud.

6. ***Integrar equipos de salud familiar y comunitaria.*** La medicina familiar y el modelo de atención con enfoque familiar y comunitario con un equipo potente en salud familiar pueden producir un cambio en la situación de salud de las personas al enfatizar la prevención y promoción, al trabajar con las comunidades potenciando sus recursos y habilidades, así como al coordinar sus esfuerzos con otros sectores. Se trata de incorporar en las respuestas a los problemas las capacidades de un equipo de salud y las habilidades de médicos que saben de enfermedades, pero que también saben de personas. El enfoque familiar debe poder resolver problemas no solo médicos sino centrados en determinantes. Esa es su ventaja comparativa, porque los otros modelos de atención no pueden hacerlo. Ese modelo de atención requiere de instrumentos como: a) la corrección de desigualdades a través mapa sanitario y de la asignación equitativa de recursos (tanto para inversión como operativos), b) responsabilidad nominada de la población, c) capacitación en servicio y supervisión capacitante permanente, d) incentivos financieros vinculados con el desempeño que atraigan profesionales y los mantengan interesados y comprometidos con el modelo; por último, e) la historia clínica familiar y comunitaria es una herramienta central de registro, evaluación y seguimiento. La población rechaza la noción del médico de cabecera, pero rescata la del médico de confianza a quién consultar ante cualquiera situación. Fundamentalmente a quién confiar el manejo de su historia clínica.

7. ***Evaluar riesgos con un enfoque familia y consagrar un acuerdo por la salud de cada familia.*** Con entrevistas colectivas y no solo consultas individuales a un miembro de la familia por vez. En esas entrevistas familiares se puede establecer un compromiso explícito de la familia con su salud y del equipo de salud familiar con la familia. En el que se visualicen los factores de riesgo, las intervenciones pertinentes, las modificaciones en hábitos y estilos de vida posibles y se acorden formas para monitorear y reforzar los cuidados. De esta forma temas como la adherencia dejan de ser un problema individual para plantearse como un problema colectivo con soluciones colectivas. Tanto las consultas médicas como las rondas sanitarias deben prestar especial atención a: a) situaciones psicosociales más complejas y demandantes, b) Personas con patologías más complejas, c) Incremento progresivo de las patologías crónicas, d) Personas con múltiples patologías y necesidad de más fármacos, e) Personas que manifiestan abiertamente su disconformidad con un modelo que los trata no como personas con dolencias, sino como órganos enfermos.

8. ***Asumir el enfoque de redes.*** Esto significa reorganizar la gestión de los servicios velando por reducir la segmentación de los cuidados. La red se convierte entonces en la unidad responsable por los cuidados integrales y continuos de salud para una determinada población que habita un determinado territorio. La población está en el centro del sistema y la lógica de decisiones imperante responde primero a las necesidades de la comunidad que a las de los servicios.

9. ***Corregir desigualdades desde la financiación e inversión.*** Hay una macrofunción indelegable que debe ejercer el Ministerio de Salud de la Nación junto al Consejo Federal de Salud y consiste en velar por una distribución de los

recursos (humanos, tecnológicos, de infraestructura y financieros) cada vez más equitativa. No es posible conquistar las protecciones aquí propuestas sin garantizar esa adecuada distribución.

10. **Evaluar el desempeño.** No solo de la política sino también de su implementación territorial. También detectar y difundir aprendizajes y buenas prácticas.

¿Cómo sabremos que nuestras políticas de salud son adecuadas? Por tres motivos principales sobre los cuales se debería construir la evaluación de la política:

- I. Porque habrá más salud estará distribuida en forma más equitativa (menores brechas).
- II. Porque habrá más integración social y menos conflictividad
- III. Porque el gasto en salud de las familias bajará mientras el acceso a los cuidados mejorará.

El enfoque familiar y comunitario ha sido hasta ahora el patito feo de la política de salud. Es hora de que se convierta en Cisne, para poder volar.

Referencias

¹ "El riesgo de enfermarse". *La Nación*. Editorial II. Domingo 24 de marzo de 2013 .. Disponible en: <http://www.lanacion.com.ar/1566377-el-riesgo-de-enfermarse>

² Lalonde MA. New perspective on the health of Canadians. A working document. Ottawa: Minister of National Health and Welfare, 1974

³ Marmot M. Closing the health gap in a generation: the work of the Commission on Social Determinants of Health and its recommendations. *Glob Health Promot*. 2009;Suppl 1:23-7.

⁴ Fundación Sanatorio Guemes. Investigación de opinión pública por grupos focales y encuestas. Disponible en: <http://www.fsg.org.ar/20120830.htm>

⁵ Romano Yalour, Margot; Torres, R; Alvarez, D y Grunhut, Y. *Satisfacción de los usuarios y efectores con los sistemas de salud: un estudio sobre percepción de niveles y criterios de satisfacción*. Ediciones Isalud. Buenos Aires. 2005.

⁶ Tobar, Federico. "Gestión territorial el salud" En: Chiara, Magdalena & Moro, Javier (Compiladores). *Pensando la agenda de la política sanitaria en la Región Metropolitana de Buenos Aires: Capacidades, problemas y desafíos*". Universidad Nacional de General Sarmiento. Instituto del Conurbano. 2010. Páginas 4 a 20.

⁷ Tobar, Federico & Anigstein, Carlos. *Redes de Salud: Análisis de caso y conceptualización del funcionamiento en red del Hospital el Cruce*. Florencio Varela. Universidad Nacional Arturo Jauretche; 2013.

⁸ Santacruz Varela, Javier. "La Familia Unidad de Análisis". *Revista Médica del IMSS Rev. Med. IMSS (Mex)* 1983.

⁹ Escarrabill; Joan (2009). "Medicina 2.0". *RISAI* 2009, Vol 1. Num 4

¹⁰ Tobar, Federico & Anigstein, Carlos. *Op. Cit.*

¹¹ Garay, Oscar Ernesto, La legislación sanitaria y el derecho a la salud, Publicado en: *Derecho de Familia y de las Personas (DFyP)*, La Ley 2012, (mayo), 134.

¹² Louro Bernal, Isabel. La familia en la determinación de la salud. *Rev Cubana Salud Pública* [online]. 2003, vol.29, n.1, pp. 48-51..

¹³ Doherty WJ; Baird, MA. *Family Therapy and Family Medicine: Toward the Primary Care of Families*. New York: Guilford Press, 1983

¹⁴ Louro Bernal. *Op Cit.* p50

¹⁵ CIPPEC. *Cien políticas para potenciar el desarrollo*. Buenos aires. CIPPPEC. 2012. Disponible en: <http://cippec.org/100politicas/>