

# ATENCIÓN PRIMARIA A LA SALUD

---

JOSÉ MANUEL ALVAREZ-MANILLA, M. C.<sup>(1)</sup>

---

Alvarez-Manilla JM.  
Atención primaria a la salud.  
Salud Publica Mex 1988; 30: 676-682

Alvarez-Manilla JM.  
Primary health care.  
Salud Publica Mex 1988; 30: 676-682

## RESUMEN:

*En este trabajo se sostiene que la atención primaria a la salud requiere de una modificación total del modelo profesional vigente, el cual, de una práctica expectante y por demanda, deberá pasar a una práctica anticipatoria y programada. El autor considera que la práctica anticipatoria podrá darse en el momento en que cambie la estrategia de los servicios de salud, de tal manera que la prioridad sea identificar a los sujetos que corren riesgos específicos. Se describen también los instrumentos necesarios para este tipo de estrategia y se hacen consideraciones sobre la axiología de la atención primaria a la salud.*

*Palabras clave:* modelo profesional, práctica médica, atención primaria, Alma Ata, factores de riesgo, cambio tecnológico, tecnología simplificada, salud para todos

## ABSTRACT:

*In this paper the author states that primary health care needs a radical change in the dominant professional paradigm. Medical practice must move from an expectant and demand-dependent attitude to an anticipatory and programmed practice. This kind of practice will develop when the health care strategy is modified and priorities are oriented to the identification of individuals under specific risks. Primary health care instruments are described and axiology of primary health care is discussed.*

*Key words:* professional paradigm, medical practice, primary health care, Alma Ata, risk factors, technological change, simplified technology, health for all

Solicitud de sobretiros: Dr. José Manuel Alvarez-Manilla, Leibnitz 31-5º piso, Nueva Anzures, 11590, México, D.F.

---

(1) Director General de Enseñanza en Salud, Secretaría de Salud, México.

Curar cuando sea posible; aliviar cuando no se pueda curar; consolar siempre.

**E**ste romántico aforismo secularmente ha jugado un papel paradigmático en relación con el sistema de valores del médico; muchas generaciones lo han asumido como modelo de acción profesional y aún en esta era tecnocrática<sup>1</sup> resulta difícil poner en duda su profundidad humanística. Por ello es lamentable que el ejercicio moderno de la medicina, público y privado, enmarcado en sus respectivas burocracias, haya fomentado el olvido de este valor. Sin embargo, aunque el contenido humanístico del precepto sigue y seguirá teniendo vigencia como paradigma conductual y afectivo, el modelo profesional que le sirve de trasfondo es ya incompleto e insuficiente, y es necesario revisarlo y actualizarlo. El aforismo y el modelo profesional que le sirve de referencia han orientado la práctica médica, pero la ciencia y la tecnología médicas han evolucionado y actualmente desbordan el continente del modelo profesional en el cual se iniciaron.

## SUPUESTOS DEL MODELO PROFESIONAL

El modelo profesional asume que el campo de acción del médico es la enfermedad y, por lo tanto, el daño en evolución, ya sea en su fase de desarrollo o en su fase terminal. Esto define cierto patrón de comportamiento en el médico, el cual puede caracterizarse como: expectante y sujeto a la demanda.

Se dice que la acción típica del médico es expectante porque para actuar debe responder a la presencia de un sujeto —denominado paciente— que sufre un daño, reciente o antiguo, en evolución. Además, el paciente mismo —o los integrantes de su grupo cercano— debe haberse percatado que es sujeto de un daño y haber validado en sus grupos de pertenencia y de referencia que su condición es la de enfermo; debe haber decidido que su condición no puede ser superada con los recursos a la mano y que por lo tanto requiere de ayuda profesional; y, por último debe estar en posibilidades de recibir ayuda profesional. Todo ello obliga al médico a *esperar* a que el individuo sujeto del daño decida que está enfermo

y decida convertirse en paciente, es decir, decida *demandar* servicios médicos profesionales.

Aunque en la posguerra surgió un movimiento para impulsar la medicina preventiva,<sup>2</sup> los atributos del modelo profesional dominante —expectante y por lo tanto sujeto a demanda— impidieron su evolución hacia un modelo preventivo. En efecto, una vez que el daño se instala resulta inoperante la “prevención primaria”; en este caso, solamente es posible intentar detener el curso del daño y restaurar la salud, es decir, tratar de curar. Puede afirmarse que en estas condiciones solo es viable la “prevención secundaria y terciaria”, ya que en la práctica la curación tendería a prevenir las secuelas, la enfermedad secundaria y la muerte.

En la actualidad, el desarrollo científico y los avances tecnológicos han generado recursos que permiten no solamente atender la enfermedad sino también incidir sobre la salud. A este tipo de medicina lo podríamos denominar de atención primaria, lo que equivale a decir que se ejerce antes de que aparezca el daño. En contraposición, a la atención a la enfermedad la denominamos atención secundaria.

## LA INDUCCION DE LA ESTRATEGIA DE ATENCION PRIMARIA A LA SALUD

En 1978 los países miembros de la Organización Mundial de la Salud convinieron en aceptar la meta que se denominó “Salud para todos en el año 2 000”. La estrategia identificada para hacer posible esta meta es la de *atención primaria a la salud*.<sup>3</sup> Casi una década después, aún existe poca experiencia sobre la manera como se debe traducir este enunciado a la práctica. Después de analizar distintos contextos, identificamos los siguientes factores de interferencia: la pseudomodernización del lenguaje; la confusión de la atención primaria con atención primitiva o atención precaria; la confusión del concepto de atención primaria con otros conceptos relacionados, pero diferentes, y el estereotipo de la excelencia.

1. Con frecuencia ocurre que cuando se genera una corriente de acción que se identifica con un lema, en este caso atención primaria a la salud, se da una tendencia a la *actualización del*

*lenguaje*, es decir, a asumir el lenguaje pero no la acción implícita en él. En la actualidad se tiende a designar por exclusión con el concepto de "atención primaria", a aquella práctica que no corresponde a la atención de nivel especializado u hospitalario. Este tipo de confusión ocasiona un "desgaste" del concepto, ya que bajo este supuesto se tiende a asumir que la atención primaria ya se llevó a cabo y no rindió los resultados esperados, aunque en realidad se siguió haciendo lo mismo que antes pero se le dió otra denominación.

2. Existe otra corriente que es la que identifica a la atención primaria con la atención que se proporciona con medios primitivos o con tecnologías "para pobres" (por ejemplo, médicos descalzos). Esta corriente ha hecho que se identifique a la atención primaria a la salud con una "atención de segunda clase" o con una atención destinada a países del Tercer Mundo. Esta corriente también ha hecho creer que aquellos países que tienen un sistema hospitalario consolidado no requieren de atención primaria a la salud.

3. El concepto de *atención primaria a la salud* con frecuencia se confunde con los de *primer nivel de atención* y *contacto primario*. El nivel de atención queda definido en relación con las instalaciones y los recursos que se utilizan para la prestación de servicios, y éstos, a su vez, tienen relación con el grado de complejidad del daño que atienden y con la frecuencia con que se presenta éste en una población. Atención primaria y primer nivel de atención no son sinónimos, y la atención primaria contiene al primer nivel de atención, pero no a la inversa. El tipo de contacto con los servicios va a quedar determinado por la presencia o ausencia de filtros para el acceso a dichos servicios; en el segundo y tercer nivel de atención, el servicio de urgencias es de contacto primario; los servicios de hospitalización y los especializados son de contacto secundario porque, idealmente, el paciente debe llegar a ellos referido por algún servicio de contacto primario. En el primer nivel son servicios de contacto secundario los de laboratorio y las consultas especializadas, a los cuales el paciente debe tener acceso por medio de otro servicio. La atención primaria y secundaria se definen de acuerdo con la fase del proceso salud-enfermedad en que se actúa, y la

división entre una y otra está dada por la aparición del daño; además, de acuerdo con la recomendación de Alma Ata, cubriría el diagnóstico y tratamiento de los padecimientos más comunes.

4. El deslumbramiento con el medio, en este caso con la tecnología, ha llevado a identificar a la excelencia con la medicina de alta especialidad y alta tecnología. Es indudable que es posible y necesario usar la tecnología "dura" que se ofrece, pero siempre y cuando ello no obstruya el uso de otra tecnología más efectiva. La aplicación de la "alta tecnología médica" esta referida en la mayor parte de los eventos en que se aplica a la atención a pacientes con daño avanzado o terminal y con una sobrevivencia menor a los cinco años. La atención a este grupo de pacientes absorbe la mayor parte de los costos de atención médica. Ante esta medicina, de acuerdo con los valores dominantes, cualquier otro modelo profesional se excluye de la "excelencia". Otro estereotipo muy difundido, es el que considera "científica" exclusivamente aquella medicina ligada a los recursos de alta tecnología. Una atención en el nivel de excelencia debería ser valorada no por los medios que usa, sino por los resultados que produce. En sí, una atención de excelencia debería ser aquella que evitara costos y sufrimientos humanos; por ejemplo, un paciente con una cardiopatía isquémica, dentro del modelo profesional de atención secundaria, va a tener contacto con el médico en el momento en que el daño ya existe y en ocasiones cuando es irreversible o fatal. Actualmente ya se dispone de la tecnología para identificar el riesgo, respecto a un gran número de padecimientos, varios años antes de que se presente el daño, e indicar las medidas que lo modifican o atenúan. Esta tecnología tiene la ventaja de prevenir sufrimiento humano, prolongar la vida con buena calidad y ser "costo-efectiva". En realidad la excelencia puede asociarse a la atención primaria a la salud, y es en este terreno en donde la ciencia y la tecnología médica pueden considerarse de "punta".

Merced a estos factores y a otros no enunciados, se ha "manoseado" mucho el concepto de atención primaria a la salud. Sin embargo, existen pocas experiencias reales de aplicación de esta atención.

**EL CONCEPTO DE ATENCION PRIMARIA A LA SALUD**

Anticipar siempre. Todo lo demás cuando hayamos fallado en la anticipación.

Para comenzar, es conveniente dejar sentado que la atención primaria sólo puede ofrecerse *durante el estado de salud*; convencionalmente se puede extender a la atención a las fases incipientes y tempranas de la enfermedad, cuando el daño en evolución tiene posibilidades de ser reversible.

La aproximación al concepto de atención primaria a la salud se podrá facilitar si se contrasta con lo conocido, es decir, con la atención curativa o secundaria (véase figura 1).

**ATENCION A LA SALUD**

La salud en la población, aunque tiene su asiento material y psicológico en cada individuo, tiene determinantes sociales y ambientales; por lo tanto, el mejoramiento de la salud puede consumarse a través de acciones deliberadas, como la prestación de servicios. Algunos servicios públicos y privados, aunque no persiguen específicamente mejorar la salud, inciden en forma positiva o negativa sobre ella, y aunque su objetivo no es alcanzar cierto estado de salud, frecuentemente mejoran sus niveles. Entre estos últimos se cuentan los servicios urbanos, la vivienda, la alimentación, la educación, la legislación, la seguridad so-

cial, la regulación industrial y ambiental, etcétera.

Entre los servicios específicamente dirigidos a mejorar la salud, podemos distinguir dos grandes modalidades: los servicios a la colectividad (regulación sanitaria, legislación de salud) y al ambiente (saneamiento ambiental); y los servicios a la persona (educación para la salud y atención médica; preventiva o curativa). Los primeros caen dentro del rubro de lo que se ha denominado *salud pública*, los segundos dentro de lo que se conoce como *atención médica*. Ambos utilizan estrategias operativas diferentes. En la atención médica los servicios son nominales, se prestan a una persona con una identidad en tanto que en la salud pública los servicios se prestan impersonalmente y no están dirigidos a un individuo concreto, sino a atacar riesgos colectivos, aunque los beneficiados en última instancia son los individuos. Por ejemplo, la prevención de la enfermedad en la atención médica se realiza por medio de la identificación de un "susceptible" a la enfermedad o sujeto de un riesgo específico, en tanto que a la salud pública le basta con identificar las fuentes de riesgo y cancelarlas, es decir, no necesita identificar susceptibles a la caries, sino dosificar y agregar flúor al agua.

La atención primaria a la salud dentro de este contexto se constituye en base a servicios de primer nivel de atención y de contacto primario, dirigidos a la prevención, el diagnóstico y el tratamiento de las enfermedades más comunes. Sin embargo, desborda estas acciones y aplica acciones de salud pública de nivel "intermedio", es decir, aquellas ligadas al medio ambiente domés-

ATENCION PRIMARIA	ATENCION SECUNDARIA
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se ocupa de los factores de riesgo</li> <li>• Es anticipatoria</li> <li>• Actua por programación</li> <li>• Requiere del autocuidado del sujeto y de la actuación del equipo de salud</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se ocupa del daño</li> <li>• Es expectante</li> <li>• Actua por demanda</li> <li>• Requiere de un "paciente" y admite la práctica individual</li> </ul>

**FIGURA 1.** Comparación atención primaria-atención secundaria

tico y a la familia, que constituyen las formas más elementales de comunidad. Además requiere de servicios profesionales, aunque se asienta en la educación de la comunidad y en la participación de ésta en su propio cuidado. La atención primaria a la salud no se agota con la atención médica, ni está contenida en ella sino que abarca una parte de ésta y una parte de la salud pública. Finalmente, la atención primaria a la salud requiere de ciertas prácticas de buen gobierno, como: suministro de medicamentos esenciales, promoción del suministro de alimentos, saneamiento básico y abastecimiento de agua potable.

#### HACIA UNA PRACTICA DE LA ATENCION PRIMARIA A LA SALUD

La práctica de la atención primaria a la salud requiere de una modificación total del modelo de profesional vigente, el cual ha realizado secularmente una práctica expectante y por demanda, y debe pasar a una práctica anticipatoria y programada. La práctica anticipatoria podrá darse en el momento en que se genere una transición en la estrategia con la que el sistema de salud aborda a los sujetos de los servicios; si la estrategia es producir un servicio ante un daño consumado, se va a generar una práctica de características diferentes a las de aquella que se genera ante la estrategia de identificar a los sujetos a riesgo de ciertos daños.

La epidemiología clásica nos ha proporcionado información sobre los riesgos de mortalidad y morbilidad a que están expuestas las poblaciones; la epidemiología que requiere la atención primaria no deberá conformarse con predecir la probabilidad matemática de que se dé un número de eventos de muerte o enfermedad en la población, sino que deberá predecir la probabilidad matemática de que un *sujeto identificado* incurra en ciertos riesgos.

La práctica programada es posible en el momento en que se han identificado los sujetos de riesgos específicos. Una vez identificados es posible otorgar prioridades y programar la intervención del equipo de salud en base a la prevención de esos riesgos. Dicho sea de paso, la educación para la salud solamente es viable con base en la identificación de los riesgos a que está sujeta cada persona.

La práctica de la atención primaria a la salud cambia el énfasis del diagnóstico de la enfermedad al diagnóstico de los riesgos del individuo. Para ponerla en práctica se requiere de un inventario de los *factores de riesgo* de los individuos de una población, que después habrá de derivarse al riesgo o riesgos específicos de cada individuo y de cada familia, así como a identificar a las familias riesgógicas, lo cual tendrá rendimientos particularmente trascendentes en el campo genético y en el de la enfermedad mental y social.

Los instrumentos primarios de trabajo en la atención primaria a la salud son el levantamiento cartográfico de las comunidades y el censo de la población, complementado con el inventario de los factores de riesgo individuales, familiares y domiciliarios. Regularmente hemos observado que la realización del llamado "diagnóstico situacional" de la salud de las comunidades, concluye con una descripción de los recursos y problemas de salud comunitarios, pero sin que este encuentre una vía de traducción práctica a las labores del equipo de salud. En la atención primaria a la salud, el "diagnóstico situacional" tiene que llevarse hasta los planos individual y familiar; lo descriptivo, o sea el inventario de factores de riesgo, da lugar de inmediato al diagnóstico de los riesgos a que están sujetos cada individuo y cada comunidad. A partir del diagnóstico de riesgos es necesario "programar" la atención primaria. Este tipo de programación no es una habilidad de curso corriente en los actuales equipos de atención médica, los cuales basan sus actividades en el abordaje de las incidencias.

La programación en la atención primaria es de carácter estratégico, sin programación no hay la posibilidad de atención primaria por lo que volvemos a caer en la atención secundaria, en la antiprogramación, o sea en la atención a las incidencias en el momento que se presentan. Desde este punto de vista, podemos prever los insumos humanos y materiales que se necesitan para hacer frente a las incidencias cuando estas ocurran, en el caso de la atención primaria vamos a determinar metas de atención de riesgos específicos, y vamos a programar, es decir a asignar recursos en tiempos predeterminados para la atención de individuos o familias concretos e identificados. A diferencia de la atención secundaria, se tiene co-

nocimiento del sujeto de la acción desde antes de iniciarla; en la atención secundaria, generalmente se tiene conocimiento del sujeto hasta que se presenta a demandar la atención al daño del que es portador.

## AXIOLOGIA DE LA ATENCION PRIMARIA A LA SALUD

Los valores son sistemas de preferencias que tienen una alta probabilidad de determinar el curso de la conducta humana. El ejercicio de un valor no se agota con la mera persecución del valor sino que conlleva el antagonismo hacia el antivalue. No se es solamente honrado, sino que generalmente se está, con grados variables de pasividad-actividad, en contra del que no es honrado. El problema que se asocia al ejercicio del "antivalue", es que con frecuencia, cuando no está claramente establecido por convención lo que es el antivalue, todo lo que no es el valor en sí, se transforma en antivalue. De esta manera, en el caso de la atención secundaria, que es axial al modelo profesional dominante, todo lo que sale de la "ortodoxia" de la atención al enfermo, debe antagonizarse y combatirse como "heterodoxo"; lo que no respeta la heterodoxia se califica de "acientífico", "charlatanería", "empirismo", etcétera.

De esta suerte, la inducción del modelo de prevención en la atención médica hace más de 30 años, siempre se vió con desdén y tuvo una posición marginal, cuando mucho tolerada pero no aceptada dentro de la práctica de la atención secundaria, la cual ha tenido entre sus valores centrales la "excelencia", la "especialización" y más recientemente la "alta tecnología". No concibe que pueda existir una práctica de salud de excelencia si no se basa en los hospitales, los "scanners", la resonancia magnética, etcétera. El médico tiene un grado mayor de excelencia mientras más especializado está. Esta valoración, además, se asocia con recompensas morales y materiales. El prestigio y el nivel salarial se otorgan a la especialidad, y el grueso del financiamiento para la atención a la salud se gasta en estos niveles.

La aplicación del modelo de atención primaria a la salud implica no solamente un cambio tecnológico, sino también un cambio axiológico

que conlleva una evolución científica de fondo. El conocimiento de la asociación entre los factores de riesgo y los riesgos, con los daños a los que dan origen requiere de la intervención de un amplio conjunto de disciplinas científicas del área de la biología, de las ciencias sociales y de la conducta. Al mismo tiempo, demanda de una evolución de la epidemiología, la cual deberá afinar sus métodos para la predicción de riesgos específicos individuales y familiares.

La tecnología que requiere el modelo de atención primaria a la salud, para aplicarse en amplia escala, debe ser simplificada y apropiada. Vale aclarar en este punto la confusión que se ha generado al respecto, o podemos confundir tecnología simplista con tecnología simplificada. La tecnología simplificada no es un producto espontáneo sino un proceso complejo, que se deriva de aplicar el conocimiento científico. Un ejemplo de ello es la hidratación oral; en el pasado reciente la estrategia para disminuir la mortalidad infantil pasó por la instalación de un gran aparato para la rehidratación parenteral. De hecho, este procedimiento era prácticamente el motivo de una especialidad; el pediatra en formación invertía una parte significativa de su tiempo en la comprensión del manejo de los electrolitos. El conocimiento más profundo de la fisiopatología de la diarrea<sup>4</sup> y de la deshidratación permitió generar la técnica de la hidratación oral, la cual puede aplicarla el personal auxiliar y aún las propias madres. A semejanza de esta tecnología concreta es muy posible que puedan generar simplificaciones que hagan oportuna y viable la atención primaria a la salud. Los que piensan que esta atención es una atención de segunda clase, para países pobres que no pueden permitirse un amplio y costoso sistema hospitalario y médicos especialistas, carecen de imaginación; para confirmarlo bastaría que observaran los lineamientos definidos por los países europeos.

En la atención primaria a la salud el valor central es la anticipación; cuando ésta falle, habrá que dar la atención secundaria, pero el balance en la asignación del gasto en salud tendrá que cambiar a favor de la primera. Por otra parte es necesario "convertir" al personal actual, y capacitar recursos humanos en el pre y en el posgrado para asumir responsable y deliberadamente esta estrategia.

REFERENCIAS

---

1. Alvarez-Manilla JM. La invención, innovación y difusión de la tecnología educativa en México. México: Instituto Latinoamericano de la Comunicación Educativa, 1982: 56.
2. Seminario sobre la enseñanza de la medicina preventiva. Bol Of Sanit Panam 1956; 41 (1): 55-77.
3. OMS-UNICEF. Atención primaria a la salud: informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria a la Salud, 1978. Alma Ata, URSS: OMS, UNICEF, 1978.
4. Mota FH. Hidratación oral en diarreas. Salud Publica Mex 1984; (supl. 1).