

# ARTÍCULO PEDAGÓGICO

## **La Atención Primaria de Salud como solución a la crisis del paradigma médico contemporáneo**

### **Primary Health Care as a solution to the crisis of the contemporary medical paradigm**

Dr. Juan Carlos Rojas Fernández<sup>1</sup>, Lic. Alfredo Pardo Fernández<sup>2</sup>, Lic. Leonor Puig Vázquez<sup>3</sup>, Lic. Yuslay Ponce Sánchez<sup>4</sup>, Dr. Osmel Gamboa Santana<sup>5</sup>

<sup>1</sup> Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Asistente. Universidad de Ciencias Médicas Guantánamo. Cuba.

<sup>2</sup> Doctor en Ciencias Pedagógicas. Licenciado en Filosofía. Profesor Titular. Universidad de Ciencias Médicas Guantánamo. Cuba.

<sup>3</sup> Licenciada en Física. Profesor Asistente de Bioestadística y Computación. Facultad de Ciencias Médicas de Guantánamo. Cuba.

<sup>4</sup> Máster en Ciencias de la Salud. Licenciada en Enfermería. Asistente. Universidad de Ciencias Médicas Guantánamo. Cuba.

<sup>5</sup> Especialista de I Grado en Epidemiología. Asistente. Universidad de Ciencias Médicas Guantánamo. Cuba.

---

## **RESUMEN**

En este estudio se exponen las razones del desarrollo de la Atención Primaria de Salud (APS) como solución al paradigma médico contemporáneo. Los graves problemas que presenta la humanidad solo pueden resolverse desde una visión integral de los procesos y desde la complejidad que importe un cambio de paradigma. Se emplea el análisis de documentos, al realizar el estudio de los temas tratados en investigaciones internacionales, nacionales y personales sobre la APS. Las tendencias actuales de los sistemas de salud convencionales son: focalización desproporcionada en la atención terciaria especializada, a menudo conocida como hospitalocentrismo, fragmentación de los servicios, como resultado de la multiplicación de programas y proyectos y mercantilización generalizada de la atención a sistemas sanitarios no regulados. Se analiza el desgaste del enfoque biologicista y la importancia de la APS como solución a los graves problemas de salud de las sociedades.

**Palabras clave:** atención primaria de salud, paradigma, médico contemporáneo

---

## **ABSTRACT**

This study presents the reasons for the development of Primary Health Care (PHC) as a solution to the contemporary medical paradigm. The serious problems presented by humanity can only be solved from an integral view of the processes and from the complexity that implies a paradigm shift. The analysis of documents is used, when doing the study of the subjects treated in international, national and personal investigations on the APS. Current trends in conventional health systems are: disproportionate targeting of specialized tertiary care often referred to as hospital-centeredness, service fragmentation, as a result of the multiplication of programs and projects and widespread commodification of care to unregulated health systems. It analyzes the wear and tear of the biological approach and the importance of PHC as a solution to the serious health problems of societies.

**Keywords:** primary health care; paradigm; contemporary physician

---

## **INTRODUCCIÓN**

El mundo de hoy, marcado por problemas comunes a todos, como consecuencia del proceso de globalización, asume retos a los que no se les puede enfrentar con una visión parcializada y reduccionista.

La disyuntiva fundamental se centra en cuál estrategia desarrollar para brindar servicios de salud con equidad, calidad y eficiencia.

Los valores que encarna la APS, promovidos en la declaración de Alma Ata en el año 1978 del pasado siglo, están hoy más presentes que nunca. La situación del mundo en relación al tema en los años que precedieron la conferencia de Alma Ata era de una orientación centralista y deficiente.

Según el informe sobre la salud en el mundo de 2008, las tendencias que caracterizan actualmente a los sistemas de salud convencionales son: focalización desproporcionada en la atención terciaria especializada, a menudo conocida como hospitalocentrismo, fragmentación de los servicios, como resultado de la multiplicación de

programas y proyectos y mercantilización generalizada de la atención de los sistemas sanitarios no regulados.

En Cuba, a pesar de la voluntad política del gobierno y el Partido Comunista de Cuba para el desarrollo de la APS, en el desarrollo del pensamiento médico predomina el paradigma biomédico-clínico-positivista, que conduce a la especialización y a una visión especializada de los problemas de salud.

¿Qué ha predominado en el pensamiento médico en su desarrollo?: El paradigma biomédico-clínico-positivista, derivado de la influencia que tal concepción ha ejercido y ejerce sobre todo el pensamiento científico, conduce al desarrollo de la especialización y a una visión especializada de los problemas médicos.

Este enfoque lleva a menospreciar lo determinante del papel del trabajo comunitario e intersectorial en la identificación y solución de los problemas y la influencia de factores ambientales en la salud humana.

La problemática expuesta permite definir el siguiente problema: ¿Es la APS la solución a la crisis del paradigma médico contemporáneo?

## **DESARROLLO**

### **¿Qué situación presenta el mundo en relación a la salud?**

A pesar de los enormes avances en la ciencia y la tecnología, el mundo asiste hoy a enormes inequidades en relación a la salud.

La globalización está afectando a la cohesión social de muchos países, y no cabe duda de que los sistemas de salud, no están funcionando todo lo bien que podrían y deberían.

La Organización Mundial de la Salud, en su informe de la salud mundial del 2008 expone 5 deficiencias comunes en la prestación de atención de salud, a saber:

- 1- Atención inversa. Las personas con más medios, cuyas necesidades de atención sanitaria casi siempre son menores constituyen las que más atención consumen, mientras que las que tienen menos medios y más problemas de salud, son las que menos consumen.

- 2- Atención empobrecedora: Más de cien millones de personas en el mundo caen en la pobreza por verse obligadas a costear la atención sanitaria.
- 3- Atención fragmentada: La excesiva especialización de los proveedores de atención de salud y la focalización de muchos programas de control de enfermedades impide que se adopte un enfoque holístico con respecto a las personas y las familias.
- 4- Atención peligrosa: Cuando los sistemas no están diseñados adecuadamente y no garantizan condiciones de seguridad e higiene necesarios se registran altas tasas de infecciones nosocomiales y se producen errores en la administración de medicamentos y otros efectos negativos evitables que constituyen causas de mortalidad y mala salud.
- 5- Orientación inadecuada de la atención: la asignación de recursos se concentra en los servicios curativos, que son muy costosos, pasando por alto las posibilidades que ofrecen actividades de promoción y prevención de la salud de prevenir hasta el 70 % de la carga de morbilidad, al mismo tiempo, el sector de la salud carece de los conocimientos necesarios para mitigar las repercusiones negativas en salud desde otros sectores y aprovechar todo lo que pueden aportar a la salud.

## **Desafíos a la salud mundial**

Hace treinta años el 38 % de la población mundial vivía en ciudades, en 2008, esa proporción es superior al 50 %, lo que supone 3 300 millones de personas. En 2030, casi 5 000 millones de personas residirán en zonas rurales.

En esas ciudades vive gran parte de los casi 200 millones de emigrantes internacionales del mundo.

En su conjunto el proceso de urbanización, envejecimiento y los nuevos modos de vida a nivel mundial están haciendo que enfermedades crónicas y no transmisibles, sean una causa cada vez más importante de morbilidad y mortalidad.

Los accidentes de tránsito aumentarán y las muertes asociadas al tabaquismo superarán las relacionadas con el VIH/sida. El estudio de comorbilidad incluidos los problemas de salud mental, adicciones y violencia pone de relieve la importancia de tratar a la persona como un todo.

A menudo se descuidan las intervenciones de salud destinadas a eliminar los principales factores de riesgo de las enfermedades.

Se calcula que las muertes prematuras por cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y otras enfermedades atribuibles al tabaquismo, pasarán de los 5.4 millones registrados en 2004 a 8.3 millones en 2030.

### **Tendencias que socavan la respuesta de los sistemas de salud**

Sin unas políticas y un liderazgo fuertes, los sistemas de salud no gravitan espontáneamente en torno a los valores de la APS, ni responden de forma eficaz a desafíos sanitarios cambiantes.

Algunas de las tendencias que caracterizan actualmente a los sistemas de salud convencionales en el mundo:

1. Una focalización desproporcionada en la atención terciaria especializada, a menudo conocida como "hospitalocentrismo".
2. Fragmentación de los servicios, como resultado de la multiplicación de programas y proyectos.
3. La mercantilización generalizada de la atención de los sistemas sanitarios no regulados.

Durante gran parte del siglo XX, los hospitales, con su tecnología y sus subespecialistas, han ido adquiriendo una función central en la mayoría de los sistemas de salud del mundo entero. El hospitalocentrismo entraña un elevado costo en cuanto a medicación innecesaria e iatrogenia y compromete las dimensiones humana y social de la salud.

### **La gran fuerza económica de las industrias farmacéuticas y de material médico**

El gasto mundial en equipos y material médico pasó de US\$ 145 000 millones en 1998 a US\$ 220 000 millones en 2006: el 39 % del total corresponde a los Estados Unidos; el 27 %, a la Unión Europea, y el 16 %, al Japón.

Está previsto que las ventas de productos farmacéuticos aumenten y lleguen a situarse entre 735 000 y 745 000 millones en 2008.

### **Fragmentación**

Mientras que en las ciudades la salud suele girar en torno a los hospitales, en el medio rural los pobres se enfrentan cada vez con

mayor frecuencia a la progresiva fragmentación de los servicios de salud.

### **Mercantilización de la salud**

Los sistemas de salud de carácter comercial no regulados son muy ineficaces y costosos: acentúan la desigualdad y ofrecen atención de mala calidad.

Los sistemas de salud son también reflejo de una cultura de consumo que se está generalizando.

### **Necesidad de una atención que dé prioridad a las personas**

Los defensores de la APS tenían razón acerca de la importancia de la competencia cultural y relacional, que había de ser la principal ventaja comparativa de los agentes de salud comunitarios. Hay un reconocimiento creciente de que para resolver los problemas de salud es necesario tener en cuenta el contexto sociocultural de las familias y las comunidades en que se producen.

### **En Cuba**

En la etapa prerrevolucionaria, la atención médica y hospitalaria en Cuba difería muy poco de lo que actualmente ocurre en el mundo. En las zonas rurales, prácticamente no existía atención médica y se contaba con un solo hospital rural.

La voluntad política del proceso revolucionario desde el mismo triunfo revolucionario, hizo posible que en fecha tan temprana como el año 1960 se dictara la ley 723 que marcaba el surgimiento del Servicio Médico Rural, hecho que comenzaba a cumplir lo prometido por Fidel en su alegato de "La Historia me Absolverá". En 1984, a partir de las ideas de Fidel, se implementa el Modelo de Medicina Familiar. La propia formación de los recursos humanos con predominio del enfoque biologicista en la interpretación de los problemas de salud a través de la influencia que sobre la profesión médica ejerce el pensamiento positivista, lastra el camino acelerado hacia los objetivos propuestos.

El análisis de los paradigmas reinantes en el seno de la medicina constituye un elemento de vital importancia en tanto instrumento conductor de los conceptos y aplicaciones en la ciencia".

Kuhn define al paradigma como "toda constelación de creencias, valores, técnicas, que comparten los miembros de una comunidad dada".

El proceso formativo está centrado en el estudio de enfermedades y problemas médicos.

Con el triunfo revolucionario se gestó un viraje conceptual al paradigma biomédico y nació la conformación de otro cualitativamente superior, el paradigma sociomédico que presupone un modelo profesional de perfil amplio, orientado a la atención del hombre sano mediante acciones de promoción, prevención y rehabilitación.

Solo con el desarrollo de la APS y cumpliendo con los elementos que constituyen sus ejes fundamentales a saber: el trabajo intersectorial y comunitario, empoderamiento de los diferentes sectores e introducción permanente de modernas tecnologías, es posible enfrentar los graves problemas que enfrenta la humanidad.

Se plantea que el potencial científico de un país cumple con más eficiencia su función en la medida que se oriente con mayor énfasis hacia las necesidades objetivas del desarrollo socioeconómico, así como cuando contribuye, en forma efectiva, a la solución de problemas implícitos en esa necesidad.

Los cambios y transformaciones en la APS deben transitar de un paradigma eminentemente biologicista a un paradigma biosocial, con identidad propia, que determine en última instancia el quehacer profesional de todos los trabajadores.

Se debe por tanto responder la pregunta, ¿Pueden estos graves problemas ser enfrentados con un pensamiento biologicista, fragmentado y poco complejo?

La respuesta según mi apreciación, es no, solo el desarrollo de un poderoso sistema de APS, en Cuba y en el mundo, asequible a todos, eficaz y eficiente, que integre y desarrolle en toda su potencialidad el trabajo comunitario e intersectorial, empoderamiento de las personas en función de su propia salud e introducción de modernas tecnologías, puede dar solución a los problemas de salud actuales y futuros.

El desarrollo de un sistema de salud sobre la base de un paradigma biosocial, con identidad propia, que determine el quehacer de todos los profesionales, sembrado en el pensamiento de cada uno de nosotros como convicción, la visión en sistema, holística y compleja del mundo que nos rodea es la vía ineludible para alcanzar el éxito.

## CONSIDERACIONES FINALES

El paradigma biologicista que impera en el pensamiento médico mundial, centrado en el enfermo, en el uso de modernas tecnologías y no en el hombre sano, en su relación con la sociedad, con el medio en que vive, demuestra su incapacidad para resolver los enormes problemas de salud a los que se enfrenta la humanidad.

La APS, nacida como alternativa, como proceso equitativo, que centra su acción en el hombre sano, lo empodera y hace partícipe de las decisiones que se toman relativas a su salud, a través del trabajo comunitario e intersectorial y multidisciplinario, desde un enfoque promocional, es la única vía para alcanzar objetivos mundiales y nacionales de salud para todos con calidad.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Ammar W. Health system and reform in Lebanon. Beirut, Beirut, World Health Regional Office for the Eastern Mediterranean, 2003.
2. Araujo González R. Valor epistemológico de la teoría de la complejidad para la medicina [Internet]. [citado 24 marzo 2009]. Disponible en: <http://www.bvs.sld.cu/revistas/revistahm/numeros/2008/n22/body/hmc030108.htm>
3. Armas Mesa R de, Hatim RA, Salas Perea R. Relación universidad sociedad como base para la educación permanente en salud. Educ. Med Sup. 1997; 11(2):101-6.
4. Bossyns P, Van Lerberghe W. The weakest link: competence and prestige as constraints to referral by isolated nurses in rural Niger. Human Resources for Health. 2004;2:1-8.
5. Cañizares Luna O, Saraza Muñoz N. El paradigma sociomédico cubano: un reto para la enseñanza de la anatomía humana. Rev Cubana Educ. Med Super. 2000;14(2):148-54.
6. Castro F. La historia me absolverá. La Habana: Instituto del Libro; 1967.
7. Cheragi-Sohi S et al. What are the key attributes of primary care for patients? Building a conceptual map of patient preferences. Health Expect, 2006, 9:275-284.
8. Delgado García G. Antecedentes históricos de la atención primaria de salud en Cuba. Rev Cubana Salud Públ. 2005; 31(2).
9. Department of Economic and Social Affairs. International Migration Report 2006. New York: United Nations; 2006.
10. Ezzati M. Comparative risk assessment collaborating group. Estimates of global and regional potential health gains from reducing multiple major risk factors. Lancet. 2003; 362:271-280.

11. Informe sobre la salud en el mundo 2008. La atención primaria de salud más necesaria que nunca [internet]. Ginebra, Suiza MS; 2008. [Citado 18 de marzo 2009]. Disponible en: [http://www.who.int/whr/2008/08\\_report\\_es.pdf](http://www.who.int/whr/2008/08_report_es.pdf)
12. Jardines Méndez B. Cuba: El reto de la Atención Primaria y la eficiencia en salud. Rev Educ. Med Sup. 1995; 9 (1-2): 3-13.
13. Kuhn T. La estructura de las revoluciones científicas. México: Fondo de Cultura Económica; 1982. p. 269.
14. Liamputtong P. Giving birth in the hospital: childbirth experiences of Thai women innorthern Thailand. Health Care for Women International. 2004; 25:454-480.
15. Lifestyle and health. EurActiv [internet]. 2006 [citado 21 marzo 2009]. Disponible en: <http://www.euractiv.com/en/health/medicaldevices/article -17519>
16. Macintosh M. Planning and market regulation: strengths, weaknesses and interactions in the provision of less inequitable and better quality health care. Geneva: World Health Organization; 2007.
17. Medical technology industry at a glance. Washington DC: Advanced Medical Technology Association; 2000 [cited 21 mar 2009]. Disponible en: <http://www.advamed.org/NR/rdonlyres/0A261055-827C-4CC6-80B6-CC2D8FA04A33/0/ChartbookSept2004.pdf>
18. Neyra Fernández M, Berra Socarrás M, Rodríguez Mendoza A, Rodríguez Lastra R, Reyes Ferrer G. La estrategia investigativa curricular en la carrera de medicina. Educ Med Sup. 1997; 11(2):91-100.
19. Organización Mundial de la salud. Estadísticas Sanitarias Mundiales 2008. Ginebra: Organización Mundial de la salud. Reducir riesgos y promover una vida sana. En: Informe sobre la salud en el mundo 2002. Ginebra: OMS; 2002.
21. Osa JA. La semilla del desarrollo de la salud pública en Cuba [Internet]. [Citado 24 mar 2009]. Disponible en: <http://www.granma.cubaweb.cu/marti-moncada>.
22. Pérez Díaz T, Otero Iglesias J. El paradigma biosocial en la Atención Primaria de Salud: Reflexiones de un claustro. La Habana: Facultad de Ciencias Médicas Dr. Miguel Enríquez; 2007.
23. Pongsupap Y. Introducing a human dimension to Thai health care: the case for family practice. Brussels: Vrije Universiteit Brussels Press; 2007.
24. Programa de Especialización en Medicina General Integral. t1. La Habana: MINSAP; 1990.
25. The Research Priority Setting Working Group of the WHO. Summary of the evidence on patient safety: Implications for research. Geneva: World Health Organization; 2008.
26. Rojas Ochoa F. Orígenes del movimiento de atención primaria de salud en Cuba. Rev Cubana Med Gen Integr 2003; 19(1):56-61.

27. Starfield B. Comorbidity: implications for the importance of primary care in case management. *Annals of Family Medicine*. 2003; 1:814.
28. Starfield B. Primary Care. Balancing health needs services and technology. New York: Oxford University Press; 1998.
29. State of World population 2007: Unleashing the potential of urban growth. New York: United Nations Population Fund; 2007.
30. Strong K. Preventing chronic diseases: how many lives can we save? *Lancet*. 2006; 366: 1578-1582.
31. Whitehead M. As the health divide widens in Sweden and Britain, what's happening to access to care? *British Journal*. 1997; 315: 1006-1009.

**Recibido:** 10 de mayo de 2011

**Aprobado:** 26 de mayo de 2011

**Dr. Juan Carlos Rojas Fernández.** Universidad de Ciencias Médicas Guantánamo. Cuba. **Email:** [rojaslp@infosol.gtm.sld.cu](mailto:rojaslp@infosol.gtm.sld.cu)