

CONFERENCIA

ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD EN EL SIGLO XXI, UN COMPROMISO CON LA EQUIDAD

Pedro E. Brito

Es un alto honor pronunciar la conferencia inaugural del VI Congreso Internacional de Salud Pública, promovido y organizado por la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia. Estoy muy agradecido, además, porque se trata de la Casa donde ejercieron su magisterio Emiro Trujillo y Héctor Abad, inolvidables compañeros y maestros. Agradezco a los queridos profesores y amigos John Florez y Germán Gonzales esta amable distinción. Reciban ustedes el saludo de la Dra. Mirta Roses. Directora de la Organización Panamericana de la Salud, y sus mejores deseos de que se alcancen los objetivos propuestos en este Congreso, que en cada versión se hace más importante y concurrido.

Introducción

“Nunca el mundo fue tan opulento, tan avanzado en lo tecnológico, tan comunicado, y al mismo tiempo nunca fue tan desigual en lo social y en lo económico, albergando tanta opresión y deprivación”, escribía Amartya Sen hacia el año 2000¹. Y en el 2009, ese mundo sigue avanzando en lo tecnológico, está más interconectado e interdependiente, y cada día es más desigual en lo que concierne a las condiciones y posibilidades de vida de una gran mayoría de la gente.

Si hay algo que caracteriza nuestro mundo actual es la enorme desigualdad: entre naciones, entre clases y conjuntos sociales. Desigualdad económica, social, cultural, educacional, informativa, sanitaria. La desigualdad es parte de la complejidad, y la humanidad es compleja. El problema radica en que muchas de ellas, demasiadas desigualdades, no dependen de la naturaleza compleja del ser humano, son desigualdades injustas, derivadas de arreglos y de políticas sociales injustos, ventajas y desventajas socioeconómicas construidas y mantenidas por instituciones injustas, y además, muchas de ellas son superables, y un gran número son desigualdades evitables. Y a esas desigualdades las llamamos inequidades. Superar y evitar las desigualdades injustas: Esa es la gran tarea del desarrollo con justicia y equidad.

¹ A. Sen. Development as Freedom. Alfred.A. Knopf Inc., New York, May 2000,

El siglo XXI llegó trayendo algunas tendencias en conflicto. De un lado las instituciones democráticas que tienden a expandirse; la demografía muestra bajas en la natalidad y en la mortalidad, mientras crece la urbanización; la economía ha venido creciendo hasta el año pasado, las informaciones y las comunicaciones se han expandido debido a las nuevas tecnologías, y la revolución médico-tecnológica ha seguido con ritmo vertiginoso. Todo ello vino de la mano de un paradigma económico que enfatiza la liberalización al interior de las instituciones, la privatización y la liberalización del comercio y las finanzas.

Del otro lado la pobreza y la desigualdad económica no disminuyeron y el mercado de trabajo no respondió como respondieron los mercados de activos financieros. Las migraciones internas y externas crecieron, las epidemias y las enfermedades olvidadas se hicieron más visibles, y los sistemas de salud intentaron capear el temporal de las reformas mercantiles a expensas de la solidaridad, la equidad, la cobertura y la calidad de la atención.

En estos días la situación es diferente. La economía mundial está experimentando la peor crisis financiera que se haya producido desde la gran depresión de 1929. Esta crisis llegó inmediatamente después de otras tres crisis relacionadas (energía, alimentos y cambio climático, que ya habían costado la caída de 100 millones de personas en el abismo de la pobreza). Los países desarrollados están en una grave recesión. La crisis está llegando a todos los rincones del planeta.

En América Latina, la favorable coyuntura económica del período 2003-2007, basada en una combinación inusual de auge financiero, altos precios de los productos básicos y nivel elevado de las remesas de los trabajadores migrantes, también ha llegado a su fin. Aún se desconoce la intensidad y la duración de la crisis. Lo que sí se conoce es que no se puede salir de ella sin reconocer y valorar el fundamental rol de los Estados y su función de regulación sobre los diversos mercados.

Si bien las economías latinoamericanas llegan a la crisis con mayores fortalezas que en el pasado, esas fortalezas son más modestas de lo que se había previsto. Salvo algunas pocas excepciones, en el período previo, las políticas fiscales siguieron siendo pro-cíclicas y el gasto público social creció muy modestamente.²

En el marco de esos procesos sociales, económicos y sanitarios: ¿Qué representa la Atención Primaria de la Salud? ¿qué significa APS en el Siglo XXI? ¿qué es la

² J.A. Ocampo. Impactos de la crisis financiera mundial sobre América Latina. Revista de la CEPAL No 97, Abril 2009

equidad? ¿por qué la equidad? ¿qué es la equidad en salud y la equidad en la atención de la salud? ¿Cuáles son nuestras posibilidades de incidir significativamente en la definición e implementación de políticas que de verdad hagan una diferencia en la vida de la gente?

I.- Alma Ata y la Renovación de la Atención Primaria de la Salud

El Significado de Alma Ata

La Declaración de Alma Ata es el mayor pronunciamiento internacional en salud que hasta ahora haya tenido lugar en el mundo. Después de 30 años, sigue siendo el marco en el que se reconocen y confluyen la mayor parte de quienes luchan por el derecho a la salud de los pueblos³.

Alma Ata proclamó que la Atención Primaria de la Salud (APS) es la clave para lograr salud para todos los pueblos del mundo en el tiempo de una generación. El Dr. Halfdan Mahler, Director General de la OMS entre 1973 y 1988 y máximo impulsor de las ideas de Alma Ata, ha dicho muchas veces que la APS es una estrategia dentro del sistema de valores de Salud Para Todos, que es la verdadera meta a alcanzar en el espíritu de la justicia social^{4, 5}.

La Declaración de Alma Ata representa una revolución en el pensamiento en salud que promueve cambios políticos, técnicos y en la asignación de recursos. Declara que la salud es un derecho humano fundamental, que las desigualdades en salud entre y dentro de los países son política, social y económicamente inaceptables, reconoce la relación entre salud y desarrollo, y el derecho y el deber que tiene el pueblo de participar en la planificación y aplicación de la atención en salud. Llama a la acción urgente de los gobiernos, el personal de salud y de desarrollo y comunidad mundial a promover la APS para proteger y promover la salud de todos los pueblos del mundo.

³ La Conferencia Internacional de Alma Ata, en donde se firmó la Declaración sobre Atención Primaria de la Salud, fue convocada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y UNICEF, se desarrolló entre el 6 y el 12 de septiembre de 1978, y contó con la participación de delegados de 134 gobiernos y 67 representantes de agencias de las Naciones Unidas y ONGs que venían trabajando con la OMS. Esta Conferencia es el corolario del trabajo iniciado en la 28 Asamblea Mundial de la Salud de la OMS realizada en 1975 y en la que las ideas del entonces Director de la OMS, Dr. Halfdan Mahler, sobre la necesidad de promover una profunda transformación de los sistemas de salud, ganaron apoyo entre la mayor parte de los delegados.

⁴ Mahler, Halfdan: Entrevista. Boletín de la OMS. Octubre 2008, 86 (10), páginas 745-746.

⁵ Torres-Goitia, Javier: *Desarrollo y Salud: Historia de la Medicina Social y de la Atención Primaria de Salud*. Organismo Andino de Salud Convenio Hipólito Unanue y Universidad Andina Simón Bolívar, Bolivia, 2008.

Asimismo, señala que los gobiernos tienen la obligación de cuidar la salud de sus pueblos y que uno de los principales objetivos de gobiernos, organizaciones internacionales y de la comunidad mundial debe ser que todos los pueblos del mundo alcancen en el año 2000 un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva. Declara a la atención primaria de la salud como la estrategia fundamental para lograr la salud para todos y la define como la función central y el núcleo principal del sistema nacional de salud y como parte integrante del desarrollo social y económico de la comunidad.

Su definición sigue vigente: ***“la APS es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el países puedan soportar, en todas y cada etapa de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación...”***

La Declaración de Alma Ata identifica los componentes fundamentales de la APS, resalta la importancia de la acción intersectorial y descentralizada y la integración del equipo de salud con un criterio multidisciplinario y de articulación de otros saberes.⁶

“De este modo, la atención a la salud como expresión de la calidad de vida, el estudio de los determinantes, el desarrollo prioritario de los servicios de base adecuadamente integrados al sistema, y con la activa y fundamental presencia de la población como sujeto del cambio, es llamada atención primaria de la salud. Primaria en el sentido de principal y prioritaria. El que se ejerza mayormente por un nivel no la limita a ello, es núcleo del sistema en su conjunto, que incluye a los hospitales como instancias indispensables para resolver los problemas de mayor complejidad...La transformación planteada afecta fundamentalmente a las relaciones de poder”⁷ y centra el eje del sistema de salud en la población, desde donde se estructura un sistema integrado de servicios de complejidad creciente.

En los años siguientes a Alma Ata, muchos países en todos los continentes hicieron progresos extraordinarios en la implementación de la APS. Sin embargo, cuatro factores relacionados entre sí, contribuyeron para que muchos de los logros se fueran perdiendo:

⁶ OMS. *Atención Primaria de la Salud, Alma Ata, 1978*. OMS, Ginebra, 1981.

⁷ Torres-Goitia, Javier: op.cit. página 184.

1) Durante los ochenta, con los programas de ajuste estructural de la economía, la reducción del tamaño del Estado y el cambio de su rol, y los noventa con las reformas sectoriales, comienza una era de privatizaciones que afectará enormemente la estructura del sector salud y afectará también a actores claves en su “sentido común” sobre salud, que irán pasando a considerar como inevitable la visión neoliberal de que la salud es un bien a adquirir en el mercado.

2) En muchos países había gobiernos autoritarios que se opusieron al llamado a la democratización en salud que realiza Alma Ata.

3) En muchos lugares se distorsionó, y no por cuestiones semánticas, el sentido que Alma Ata le dio al término “atención primaria”, que quiere decir esencial, y se le asignó el significado de lo elemental, y que da sustento a los paquetes de servicios de la llamada atención primaria selectiva, que contó con financiamiento y apoyo de varios organismos internacionales⁸. La definición original de Atención Primaria de la Salud con frecuencia se olvida o se tergiversa, como ocurre en las sucesivas ediciones de la APS selectiva, que termina siendo una pobre atención para los pobres, e incluimos aquí también las versiones actuales impulsadas por algunas propuestas vinculadas a los fondos globales⁹.

4) Y tal vez la más frecuente es la tergiversación que reduce a la APS al primer nivel de atención, a una atención médica de nivel primario, sin promover la integración del sistema de servicios de salud, ni en los diferentes niveles de complejidad, ni incorporando la acción intersectorial ni a la comunidad como sujeto de cogestión.

A pesar de lo dicho, durante los ochenta y noventa, varios países liderados por sus gobiernos hicieron avances significativos. “Hay países en nuestra Región y en el mundo que han logrado construir sistemas de salud que garantizan de manera efectiva el acceso universal y equitativo, que son solidarios y participativos, al tiempo que aseguran eficiencia, eficacia y calidad. Todos son sistemas que se basan en la atención primaria de la salud. Estos sistemas, con la continuidad y la calidad en su desempeño, se han convertido en patrimonio social que la gente defiende y con los que se identifica...”¹⁰.

⁸ Tejada de Rivero, David: Alma Ata 25 años después, en. Revista de la OPS, Vol 8 No. 2003.

⁹ Brito, Pedro: La Renovación de la APS en las Américas. Presentación en la IV Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud y III Muestra Nacional de Producción en Salud de la Familia. Brasilia, 6 de agosto de 2008.

¹⁰ Roses Periago, Mirta: Conferencia de Clausura. En: Hacia un Cuidado Integral de la Salud para la Equidad. De Alma Ata a la Declaración del Milenio. Buenos Aires 30/15, Agosto 2007.

Asimismo, los movimientos y los programas de salud comunitaria que fueron la fuente de inspiración para la formulación de la APS son, en nuestra región y en otras, los que más han avanzado en los aspectos de democratización en salud, articulación de saberes, acción intersectorial a nivel comunitario y promoción de la salud. Aun cuando en muchos países la APS no representó una política de Estado, los trabajadores de salud, los niveles locales municipales, las organizaciones de salud comunitaria y muchos organismos no gubernamentales desarrollaron y desarrollan acciones en salud basados en un enfoque de APS. La APS tuvo asimismo una gran influencia en la formulación de estrategias internacionales en salud como es por ejemplo la Carta de Ottawa sobre Promoción de la Salud.

Renovando el Compromiso de la Atención Primaria de la Salud

La renovación de la APS en este continente ha consistido en lo político en retomar la estrategia de APS como eje de los sistemas públicos de salud para avanzar hacia la salud para todos y hacia el derecho a la salud.

Esta retomada de la vigencia de la APS ha tenido un efecto movilizador y galvanizador desde una perspectiva radicalmente diferente a las reformas de sistemas de salud, en las antípodas de los procesos orientados al mercado que en muchos de nuestros países se impusieron en la década de los años 90 y primeros años de este siglo. Esta nueva etapa de reformas busca construir sistemas de protección social, y orientar los sistemas de salud hacia la equidad, la universalidad y el derecho a la salud.

La renovación de la APS se da en un contexto en el que crecientemente los gobiernos van reconociendo nuevamente el rol vital que debe tener el Estado en garantizar el derecho a la salud, presionados por las demandas sociales y, en muchos casos, en el marco de una recuperación de la capacidad de movilización social.

En el año 2003, el Consejo Directivo de la OPS/OMS conformado por los ministros de salud de las Américas y su Oficina Sanitaria bajo el liderazgo de la nueva Directora, la Dra Mirta Roses, coordinó una revisión exhaustiva de la experiencia internacional sobre APS en los 25 años transcurridos desde Alma Ata. Fue el primer paso de un proceso de renovación de la estrategia de APS, que luego incluyó la formación en 2004 de un grupo de trabajo internacional e interdisciplinario que generó un Documento de Posición. Este documento fue validado mediante consultas nacionales que convocaron a una amplia gama de

actores, y que culminó en la Declaración de Montevideo sobre nuevas orientaciones de la APS.

La Declaración de Montevideo fue avalada por los ministros de salud de la Región en setiembre de 2005. Posteriormente, en agosto de 2007 el gobierno de Argentina con el apoyo de la OPS/OMS convocó a la Conferencia Internacional sobre APS (Buenos Aires 30/15) para celebrar los 30 años de Alma Ata¹¹. La Declaración de Montevideo enfatizó la necesidad de construir sistemas basados en APS para la inclusión social y la equidad.

Todo sistema de salud basado en la APS sostiene como valores el derecho al mayor nivel de salud posible, la equidad y la solidaridad social. Se basa en los principios de: dar respuesta a las necesidades de salud de la población, orientar los servicios a la calidad, la responsabilidad y rendición de cuentas de los gobiernos, la justicia social, la sostenibilidad, la participación y la intersectorialidad.

Incluye la identificación de elementos estructurales y funcionales para los sistemas de salud basados en la APS. Algunos de esos elementos son la cobertura y acceso universales, la puerta de entrada al sistema, la atención integral, integrada y continua, la orientación familiar y comunitaria y el énfasis en la promoción y la prevención¹². Estos elementos son los que más claramente influyen positivamente en la mejoría de la equidad del sistema de salud.

La APS es considerada también condición esencial para lograr metas internacionales como son los Objetivos de Desarrollo del Milenio. En las Américas, la OPS/OMS registra doce países que han producido importantes avances hacia el acceso universal a los servicios de salud basados en la estrategia de APS¹³.

¿Ha habido avances realizados desde Alma Ata para que hoy nos atrevamos a decir: APS un compromiso de todos con la equidad?

II.- Equidad en salud y Derecho a la Salud

¹¹ Los 30 años de Alma Ata han dado lugar a una serie de reuniones internacionales en las diversas regiones del mundo, promovidas por los gobiernos y apoyadas por la OMS, para discutir la significación de la APS y definir los desafíos y cambios requeridos para los sistemas de salud. Para las reuniones que se vienen realizando fuera de nuestra región ver Brito, Pedro: op.cit.

¹² OPS/OMS: La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Documento de posición de la OPS/OMS. Washington DC, 2007.

¹³ Brito, Pedro: op.cit.

Una primera condición que creo debe ser aceptada es que, a diferencia de 1978, ahora estamos mejor dotados de instrumentos científicos, políticos, jurídicos y éticos para avanzar en la construcción de sistemas de salud basados en la APS.. Entre las condiciones existentes que permiten esta construcción se cuentan los avances en el enfoque de derechos humanos y la mayor presencia de la cuestión de la equidad en la agenda internacional de desarrollo y en las políticas públicas.

Derechos humanos y derecho a la salud

El enfoque de los derechos humanos ha recibido reconocimiento creciente como un paradigma central en el discurso internacional del desarrollo humano. El concepto de desarrollo humano generado en el seno de las Naciones Unidas en los años noventa, es un esfuerzo por colocar el crecimiento al servicio de la calidad de vida de las personas y constituye un adecuado marco institucional para la ampliación de las opciones de vida de la gente.

Sobre las dimensiones del desarrollo humano se plantea la potenciación y aumento de las capacidades de la gente, lo que entraña una ampliación de las opciones, y con ello, una mayor libertad. Los seres humanos no pueden ejercer opción alguna si están sometidos al hambre, la necesidad, la privación y la enfermedad. Ese marco estimula que las personas puedan participar en la adopción de las decisiones que afecten sus vidas. El Informe sobre Desarrollo Humano del año 2000 indica que los derechos humanos y el desarrollo humano comparten una misma visión que es la garantía para todo ser humano de la libertad, el bienestar y la dignidad.

En 1978 no estaba establecida como lo está en estos días la vigencia formal de los derechos económicos sociales y culturales, y entre ellos, el derecho a la salud. La referencia a derechos estaba referida principalmente a los derechos civiles y políticos. Aunque en 1948 se aprobara la Declaración Universal de los Derechos Humanos y que en 1966 se suscribiera el Pacto Internacional de derechos económicos, sociales y culturales en el seno de las Naciones Unidas¹⁴, fue recién en 1993, en Viena, que la Conferencia Mundial sobre Derechos Humanos dio un gran paso al sancionar algunos principios esenciales como la universalidad, indivisibilidad e interdependencia de los derechos humanos, y resaltar la importancia de los derechos sociales. Se reconoció que de no realizarse avances en los derechos económicos y sociales, los derechos civiles y políticos van perdiendo sentido para las poblaciones pobres y de bajos niveles de educación e información. Y a la inversa,

¹⁴ Naciones Unidas (1966), Pacto internacional de derechos económicos, sociales y culturales. Adoptado y abierto a la firma, ratificación y adhesión por la Asamblea General en su resolución 2200 A (XXI), de 16 de diciembre de 1966. [www.unhchr.ch/spanish/html/menu3/b].

establecía también que el menoscabo de los derechos civiles y políticos crea obstáculos a la efectiva reivindicación de los derechos económicos, sociales y culturales ¹⁵.

Como lo reconoce el Movimiento por la Salud de los Pueblos, en el campo de la lucha por una mejor vida y por salud para todos, vivimos ahora en una nueva era, la era de los derechos¹⁶. Internacionalmente existe una amplia base jurídica y normativa que permite oponerse a la exclusión que sufren amplios sectores de la población de los beneficios del desarrollo, de la protección social y de la acción de los sistemas y servicios de salud. Esta base jurídica y normativa es una fortaleza que se debería utilizar al máximo.

El enfoque de derechos aplicado a las políticas y estrategias de desarrollo considera el derecho internacional sobre derechos humanos como un marco conceptual capaz de dotar a dichas estrategias de desarrollo de elementos valiosos para actuar sobre sus componentes: los mecanismos de responsabilidad, la igualdad y la no discriminación, la participación y el otorgamiento de poder a los sectores postergados y excluidos. Al mismo tiempo, ese marco jurídico internacional contribuye a definir con mayor precisión las obligaciones de los Estados frente a los derechos humanos involucrados en una estrategia de desarrollo, tanto económicos, sociales y culturales, como civiles y políticos¹⁷.

Este enfoque considera que el primer paso para otorgar poder a los sectores excluidos es reconocer que ellos son titulares de derechos, que obligan al Estado, es decir son ciudadanos. Al introducir este principio se cambia la lógica de los procesos de elaboración de políticas. El punto de partida no es la existencia de personas con necesidades que deben ser asistidas (el conocido enfoque de necesidades básicas insatisfechas), sino es la existencia de sujetos con derecho a demandar determinadas prestaciones y conductas. Así, no son más consideraciones morales o de beneficencia, ni intereses políticos de oportunidad los que orienten las intervenciones sociales. Son los derechos, y los derechos demandan obligaciones y las obligaciones requieren mecanismos para hacerlos exigibles y darles cumplimiento.

Nótese que llegados a este punto aparecen con mayor claridad los vínculos entre los principios de Alma Ata y el enfoque de derechos en lo que hace a la salud. Salud

¹⁵ Artigas, C. La incorporación del concepto de derechos económicos, sociales y culturales al trabajo de la CEPAL. CEPAL, División de Desarrollo Social. Santiago de Chile, 2003

¹⁶ Schuftan C, Movimiento de la Salud de los Pueblos., 2005

¹⁷ Abramovich V. Revista de la CEPAL 88, Abril 2006

para Todos es en esencia una manifestación de inclusión y de garantía de derechos. Recordemos que la Declaración de Alma Ata empieza afirmando que el logro del más alto nivel posible de salud es un derecho humano fundamental¹⁸.

No obstante hay que reconocer que los derechos no dicen mucho acerca del contenido de las políticas, pero sí pueden decir algo significativo sobre la orientación general de ellas y brindan un marco conceptual que guíe su formulación e implementación. Y aquí es importante el principio de inclusión.

El principio de inclusión que actualmente rige casi todas las políticas de desarrollo puede ser enriquecido al vincularlo con los estándares legales sobre igualdad y no discriminación. No sólo se requiere del Estado una obligación de no discriminar, sino también en algunos casos la adopción de medidas afirmativas para garantizar la inclusión de grupos o sectores de la población tradicionalmente discriminados o excluidos.

Hay una expresión de Paul Hunt, el relator especial de Naciones Unidas para el derecho a la salud, que dice: “el derecho a la salud ayuda a establecer un sistema de salud, en la misma forma que el derecho a un juicio justo, ayuda a establecer un sistema judicial”¹⁹. Ni más ni menos.

Hay avances: en la Asamblea Mundial de la Salud del año 2005 se sancionó unánimemente una resolución histórica llamando a los estados miembros a impulsar el acceso universal a los servicios de salud²⁰. Esta es una parte del camino hacia el derecho a la salud y es donde la APS tiene una función esencial.

Equidad en salud y equidad en atención de la salud

En 1978 la cuestión de la equidad en salud tampoco existía como un tema relevante en el ámbito de las políticas públicas sociales, incluyendo salud. Hoy eso ha cambiado.

La equidad en salud no puede ser vista aisladamente ni exclusivamente en relación con salud. Debe ser analizada considerando aspectos relativos a la imparcialidad, la justicia, la distribución y la sostenibilidad de los acuerdos sociales.

¹⁸ Hunt P, Backman G. Health Systems and the right to the highest attainable standard of health. *Health Hum Rights*, 2008; 10: 10-12

¹⁹ Hunt, P. Health Systems and the Right to the highest attainable standard of health. University of Essex. Human Rights center, 2008.

²⁰ OMS. Asamblea Mundial de la Salud 2005. Resolución WHA 58/33, 2005

Amartya Sen, en su memorable reflexión sobre equidad en salud, señala que... “la salud es una de las condiciones más importantes de la vida humana y un componente fundamental de las posibilidades humanas que tenemos motivos para valorar. Ninguna concepción de la justicia social que acepte la necesidad de una distribución equitativa y de una formación eficiente de las posibilidades humanas puede ignorar el papel de la salud en la vida y en las oportunidades de las personas para alcanzar una vida sana, sin enfermedades y sufrimientos evitables ni mortalidad prematura. La equidad en la realización y distribución de la salud queda así incorporada y formando parte integral de un concepto más amplio de la justicia”²¹.

Esta visión es muy importante a considerar en esta parte del mundo, América Latina y el Caribe, que posee el triste privilegio de ser la región más desigual cuando se mide la distribución del ingreso. Esto quiere decir que hay muchas razones para pensar que las oportunidades de injusticia en nuestro continente son abundantes, si consideramos como injusta la situación de las personas que no pueden tener la oportunidad de una buena salud debido a acuerdos o arreglos sociales. En estos casos, una enfermedad que no se previene o no se trata por razones derivadas de la pobreza, el desempleo y la falta de recursos es una manifestación de injusticia social.

Hay que tener en cuenta, además, que la equidad en salud es mucho más que la distribución de la salud, y más aún que la distribución de la asistencia sanitaria. Como lo reconoce Sen hay muchas cosas que no podemos hacer (perdemos libertad) si estamos discapacitados o abrumados por la enfermedad²².

Una reciente afirmación de la importancia del concepto y de la utilización de la equidad como condición de política pública, la proporciona el Informe de la Comisión de Determinantes Sociales de Salud de la OMS, que se sintetiza en su título y orientación básica: Subsanan las desigualdades en una generación: alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud. Entre esos determinantes se hallan los sistemas de salud, como uno de los más importantes²³.

Se afirma que la equidad en salud no depende enteramente de un sistema de salud, por bueno que sea, pero será muy difícil, si no imposible, lograr equidad en salud

²¹ Sen, Amartya. ¿Por qué la equidad en salud?. Rev Panam Salud Pública 11 (5-6, 2002)

²² Sen, Amartya. Ibid

²³ Organización Mundial de la Salud. Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, 2008.

con un sistema de baja cobertura, con mala calidad e ineficiente. Por ello mismo, aquí es necesario reconocer, y dejar establecido, que aunque los sistemas de salud no tengan la última ni todas las palabras sobre la equidad en salud, tienen si mucho, mucho que decir.

Hay conocimiento científico sobre que la APS favorece la equidad

La exhaustiva revisión de 25 años de experiencia internacional con la implementación de la estrategia de APS que se hizo para fundamentar el documento de posición de la OPS/OMS sobre Renovación de la APS contiene una buena cantidad de evidencia sobre la contribución de la APS a la mejoría de la situación y de la equidad en salud²⁴.

Son numerosos los estudios de larga duración en Europa que muestran que sistemas con fuertes estrategias de APS contribuyen a la disminución significativa de la mortalidad.²⁵ Del mismo modo estudios longitudinales de la OECD mostraron que en aquellos países con sistemas estructurados en base a la APS algunos resultados sanitarios (disminución de la mortalidad prematura, por enfermedades crónicas, neumonía e influenza, etc.) fueron mucho mejores que en aquellos países con débiles estructuras de APS²⁶.

Estudios de impacto de la APS en poblaciones urbanas pobres mostraron que en una tendencia consistente a la disminución de la mortalidad infantil, aquellas áreas que habían incorporado más temprano la estrategia de APS mostraron un 32 % de mayor disminución que en aquellas áreas tardías o sin APS²⁷.

Estudios más complejos que buscan evaluar la relación entre democracia, provisión de servicios sociales y mortalidad de menores de 5 años, realizados en 92 países pobres encontraron que factores - elementos de la estrategia de APS (acceso a la atención prenatal, partos atendidos por personal bien calificado, cobertura de inmunización y acceso a agua potable) estaban muy asociados con la disminución de la mortalidad de menores de 5 años, incluso controlando las variables socioeconómicas²⁸.

²⁴ Pan American Health Organization. Renewing Primary Health Care in the Americas. A Position Paper of PAHO/WHO. 2005

²⁵ Sen A. Why health equity. Health Economics 11:659-666, 2002

²⁶ Macinko J and Starfield B. The contribution of PHC systems to health outcomes in OECD countries 1970-1988. Health Services Research 38 (3): 819-853, 2003.

²⁷ Villalbi JR y col. Evaluación del impacto de la reforma de la Atención Primaria de la Salud. Atención Primaria 24: 468-474, 1999

²⁸ Mc Guire J. Social Provisioning, Socio Economic Context and Child Mortality. A Cross-national Analysis: APSA Conference, 2002 .

En nuestra región latinoamericana también tenemos experiencias nacionales que demuestran la importancia de desarrollar un enfoque de APS integral. En algunos países la mejoría de diversas variables sociales y sanitarias se explican por la rápida expansión de la seguridad social sustentada en un sistema de amplio acceso con fuerte estrategia de APS, inversión en educación primaria y buen acceso a los otros niveles del sistema de salud²⁹. En otros países lo que se muestra es cómo la organización de los servicios en base a profesionales de salud de APS (equipos de salud integrales) permiten ofrecer una atención integral e intersectorial y explicar logros importantes en términos de mortalidad infantil, incluso a pesar que el nivel de ingreso económico es bajo³⁰. Numerosos estudios muestran el importante rol de los trabajadores de salud en la estrategia de APS, incluyendo a agentes comunitarios de la salud. En ellos se demuestra cómo a partir de la puesta en funcionamiento (y la continuidad en el tiempo) de la atención en los servicios de las comunidades por equipos de APS se empieza a notar mejorías en diversas variables y procesos sanitarios. Es de notar que en estos casos otro importante factor de éxito es la participación activa de la comunidad³¹.

En un momento en que retroceden las propuestas de reformas basadas en mecanismos mercantiles y cuando muchos países han decidido afrontar con entereza la exclusión en salud y la falencia de sus sistemas de protección social, es saludable resaltar que en pocos enfoques de política pública aparecen tan claros los vínculos entre equidad, derecho social y sistemas de salud como en la perspectiva de la protección social en salud.

En los países que cuentan con un estado de bienestar (como en Europa) la crisis de la protección social es nueva y el principal problema es la falta de universalidad de la atención a la salud institucionalizada. Pero en la mayor parte de los países de América Latina este problema es antiguo y siempre ha estado presente, a pesar de los progresos que hayan podido ser alcanzados en sus sistemas de salud.

²⁹ Ver a este respecto: Klijzing F, Taylor H. The decline of infant mortality in Costa Rica, 1950-73: modernization or technological diffusion? *Malaystan Journal of Tropical Geography* 1982;5:22-29; Haines M, Avery R. Differential infant and child mortality in Costa Rica. *Population Studies* 1982;36:31-43., y Rosero-Bixby L. Infant mortality in Costa Rica: explaining the recent decline. *Studies in Family Planning* 1986;17:57-65.

³⁰ Spiegel JM, Yassi A. Lessons from the margins of globalization: appreciating the Cuban health paradox. *J Public Health Policy*;25(1):85-110, 2004.

1

³¹ Svitone E, Garfield R, Vasconcelos M, Craveiro V. Primary health care lessons from the Northeast of Brazil. *Pan American Journal of Public Health* ;7(5):293-302, 2000

La Conferencia Sanitaria Panamericana de 2002 acordó definir la protección social en salud como “la garantía que la sociedad otorga, por conducto de los poderes públicos, para que una persona o grupo de personas, pueda satisfacer sus necesidades y demandas de salud, al obtener acceso adecuado a los servicios del sistema o de alguno de los subsistemas de salud existentes en el país, sin que la capacidad de pago constituya un factor restrictivo”³². Se puede afirmar que los sistemas de salud que mejor pueden garantizar ese acceso, son los sistemas de salud basados en la APS.

III.-Las trabas para la Implementación de Sistemas de Salud Basados en la APS

A pesar de los avances, en muchos países del mundo y también en nuestra Región, la realidad es que la mayoría de los recursos y la mayor disponibilidad de cuidado de salud está dirigida a los grupos sociales de mayor poder e ingreso (la llamada “ley del cuidado inverso”)³³. Ciertamente existe evidencia que la distribución de recursos financieros raramente se hace de acuerdo a las necesidades poblacionales³⁴, lo que ha llevado ocasionalmente a la conclusión de que los sistemas de salud *per se* contribuyen a mayores inequidades.

Hay mucho camino a recorrer: datos de fines de los años noventa aún mostraban que los gobiernos de América Latina y el Caribe gastaban entre el 10 y el 20% de sus presupuestos en APS³⁵.

Vemos en estos momentos que la APS gana nuevamente espacios. Pero los cambios fundamentales que exige la implementación de la estrategia de APS son cambios políticos, son cambios en la estructura de poder y en los procesos de decisión que afectan la suerte de las mayorías en los países. Y esos cambios implican la lucha en la esfera de las políticas públicas, entre quienes están dispuestos, en palabras del Dr Mahler...a afrontar las batallas políticas y técnicas necesarias para superar los obstáculos políticos, sociales y económicos, y quienes

³² XXVI Conferencia Sanitaria Panamericana, 54º Sesión del Comité Regional .Organización Panamericana de la salud, CSP26-12, 2002

³³ Gwatkin DR, Bhuiya A, Victora CG. Making health systems more equitable. The Lancet ;364(9441):1273-80. 2004

³⁴ Rocha GMN, Martinez AMS, Rios EV, Elizondo MEG. Resource allocation equity in northeastern Mexico. Health Policy 2004;70(3):271-279.

³⁵ Govindaraj R, Chellaraj G, Murray CJ. Health expenditures in Latin America and the Caribbean. Soc Sci Med;44(2):157-69. 1997

oponen resistencia, como por ejemplo la resistencia de algunos profesionales de salud a la introducción universal de la APS”.

Entre los principales retos políticos, de organización y financiamiento que enfrentan los sistemas de salud para lograr la implementación de la APS están los siguientes:

- La difícil gobernabilidad de nuestros sistemas de salud, problema que se agrava cuando existe, como en muchos países, debilidad institucional, falta de sostenibilidad de las políticas e intervenciones e inestabilidad de los equipos de gobierno y gestión.
- La interferencia, y en muchos casos el dominio de las políticas del área económica, que definen exiguos espacios fiscales y baja inversión en salud, además de la limitación de fondos para el desarrollo de los servicios y programas.
- La muchas veces difícil descentralización de los sistemas que puede agravar, en casos, la atomización de los mismos.
- La debilidad de las políticas e intervenciones en gestión de recursos humanos. Aparte de los problemas de la gestión del trabajo y mercado laboral ya identificados, se debe enfrentar el viejo problema de la inadecuación de los perfiles de formación (hacia la especialización) frente a las necesidades de un sistema basado en la APS.
- La persistencia de un modelo de atención centrado en la recuperación de la enfermedad, que separa la salud pública de la salud de las personas individuales, y donde siguen predominando los programas focalizados por enfermedades, riesgos o grupos de población específico. Esta es otra dimensión del desafío por lograr la integración de los sistemas. Y es uno de los desafíos más difíciles si consideramos que los Fondos Globales y la nueva estructura de la cooperación internacional para la salud sigue promoviendo esta desintegración.
- El problema de la escasez de los recursos, de todo tipo, en cantidad y calidad que en muchas oportunidades se agrava debido a una baja capacidad de gestión. Es de resaltar, en lo que hace al financiamiento en muchos países, lo exiguo del gasto público en salud y la alta proporción del gasto privado, con predominio del gasto de bolsillo³⁶.

Los cambios en la estructura de poder y en los procesos políticos que son necesarios para implementar una APS con las características definidas en el

³⁶ Brito, Pedro: op.cit.

Documento de Posición de la OPS/OMS implican también la posibilidad de apoyar procesos de democratización en salud que incluyan una redistribución del poder y del saber dentro de los sistemas de salud (de los cuales la gente forma parte). Esto incluye, pero no se agota, en el pasaje de un modelo curativo a otro basado en la prevención y la promoción de la salud, sino que implica la intervención de otros saberes y de la comunidad en la propia construcción del problema e implementación de la estrategia.

Si hay una dimensión de la APS que muestra, que explica más directamente, su potencial contribución a la equidad es la dimensión que integra la atención de la salud propiamente dicha, de naturaleza individual, con los aspectos y enfoques de salud pública, dirigidos a la población. Esta dimensión integradora (atención sanitaria con base en la comunidad se denomina en algunos ámbitos) implica la evaluación sistemática de las necesidades de la población, la identificación de los problemas de la comunidad, y sobre esa base de conocimiento, la puesta en práctica de intervenciones sistemáticas sobre los grupos poblacionales definidos. Implica también la evaluación del impacto de esas intervenciones, para asegurar que los servicios sean congruentes con las necesidades poblacionales.

Esa dimensión se hace efectiva en el desempeño cotidiano de los trabajadores de la salud, de los equipos de APS. Esos equipos deben ser, son ya en muchos países, equipos integrales, conformados por profesionales y no profesionales, incluyendo agentes comunitarios y miembros de la comunidad. Y esos equipos deben lidiar con problemas de una complejidad variada y variable, que va desde la atención clínica hasta la definición y puesta en práctica de intervenciones que afectarán a grandes grupos de población. Y ello implica que esos equipos tomarán decisiones que engloban diversos saberes y enfoques, que requieren de una visión transdisciplinar y una aproximación de intervención intersectorial.

La democratización en salud también implica el aumento de la capacidad de los servicios de salud oficiales para articular, en una relación horizontal, con las racionalidades de la población, que pueden complementar, reforzar o realizar cambios en los servicios de salud, implica compartir la gestión de los servicios, en especial en los lugares en donde los servicios aumentan su cobertura gracias a la participación de promotores voluntarios. En los servicios de salud oficiales, todavía predomina la visión de la participación popular como ejecutora de acciones en una relación de profunda asimetría con los servicios.

El dilema de realizar intervenciones eficaces basadas en algún criterio de evidencia no es campo exclusivo de la salud pública, sino que es preocupación también de las

comunidades, dentro de sus propios esquemas de saberes. Tal vez uno de los espacios en los que más trabajo se debe hacer dentro del marco de la implementación de la APS renovada es en el de valorar, reconocer y recuperar las “experiencias”, los saberes acumulados y las prácticas (muchas de ellas anteriores a Alma Ata) de salud comunitaria que se desarrollan en la región dentro del llamado a la construcción de las “alianzas para el cambio” que son tan necesarias para avanzar en la implementación de la APS.

IV.-Palabras finales

Para terminar, deseo llamar la atención sobre dos cosas:

La primera es que el año pasado el informe mundial de la salud que cada año produce la OMS estuvo dedicado a la APS. Su nombre es La Atención Primaria de la Salud, más necesaria que nunca³⁷. La OMS llama la atención sobre el hecho de que la globalización está afectando la cohesión social en muchos países y que en esos países, los sistemas de salud, como elementos fundamentales de la estructura de las sociedades, no están funcionando todo lo bien que podrían y deberían. Y deja establecido que la APS puede contribuir a cambiar esa situación³⁸.

En dicho documento la OMS propone orientaciones en torno a cuatro procesos de cambio que es necesario realizar en los sistemas de salud para avanzar en la equidad y el derecho a la salud:

- Cambios en pro de la **cobertura universal**, que garanticen que los sistemas de salud contribuyan a lograr la equidad en salud, la justicia social y el fin de la exclusión, dando prioridad al acceso universal y a la protección social en salud.
- Cambios en la **prestación de los servicios en base a la APS**, es decir en torno a las necesidades y expectativas de los ciudadanos, para que dichos servicios sean más pertinentes en lo social y más efectivos en lo técnico.
- Cambios en las **políticas públicas**, que mejoren la salud de las comunidades, mediante la integración de las intervenciones de salud pública y la atención primaria y el establecimiento de políticas públicas de salud en todos los sectores, o mejor dicho, salud en todas las políticas.

³⁷ Organización Mundial de la salud. Informe sobre la salud en el mundo 2008. La Atención Primaria de la Salud, más necesaria que nunca, Ginebra, 2008.

³⁸ OMS. Informe Mundial 2008. Op cit

- Cambios en el **liderazgo político**, en la rectoría, es decir en las decisiones que expresen y reflejen la responsabilidad del estado sobre la salud de la población, que implica también el fin del laissez faire como marco regulador, y la necesidad de un liderazgo integrador, participativo y dialogante³⁹.

De alguna manera estas cuatro categorías para el cambio son el marco político que orienta los procesos de reforma de los sistemas de salud en estos momentos. En nuestra región, por lo menos hay 12 países en los que se están procesando estas transformaciones.

A pesar de estos avances, existe preocupación ante la presente coyuntura de crisis financiera global con lo que pudiera ocurrir con la salud y con los sistemas de salud. Lo que no debe ocurrir en nuestros países es lo que ha ocurrido siempre que ha habido una crisis: que la salud de la gente es variable de ajuste y los sistemas de salud son afectados de muchas y negativas maneras. En una valoración de los planes de contingencia elaborados por los países de América Latina y el Caribe, muy pocos han definido mecanismos específicos de preservación de los sistemas y de protección de programas prioritarios de salud⁴⁰.

El segundo y último tema que deseo destacar es que la APS es a esta altura tanto un espacio de producción de ideas, conceptos y saberes sobre los sistemas de salud y las políticas públicas, como un espacio de articulación política que es dinámico, complejo, a veces turbulento. Actualmente existe un movimiento global por la APS, con sus líderes, militantes, sus organizaciones, sus plataformas y programas, sus actividades y sus acciones intencionalmente definidas en pro de la salud para todos, en pro de la equidad y el derecho a la salud, Y es una corriente global que comprende desde organizaciones de base comunitaria y otras instancias de la sociedad civil en los ámbitos locales y en los países, como ONGs, organismos institucionales, sociedades científicas y movimientos internacionales explícitamente orientados al desarrollo de la APS.

APS es, a estas alturas, una especie de movimiento internacional por la equidad y por el derecho a la salud al que, estoy seguro, pertenecemos todos lo que estamos reunidos aquí en esta bella noche de Medellín. ***Muchas gracias***

³⁹ Ibid.

⁴⁰ Naciones Unidas - CEPAL. La reacción de los gobiernos de las Américas frente a la crisis internacional: una presentación sintética de las medidas de política anunciadas hasta el 31 de marzo de 2009. Quinta Cumbre de las Américas. Puerto España, 17 a 19 de abril de 2009