

**ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD (A.P.S.):
¿DE REGRESO AL PASADO?**

Álvaro Franco-Giraldo

Atención Primaria en Salud (APS): ¿De regreso al pasado?ⁱ

Álvaro Franco-Giraldoⁱⁱ

Introducción.

Si se siguieran los postulados de Alma-Ata¹, habría que concluir que la APS se propone llegar a todos, principalmente a los más pobres, enfocada en los hogares y en las familias; no sería cuestión sólo de servicios de salud. Como acción no puede entenderse como atención médica, y menos aún, atención médica primaria, o peor, atención por personal no calificado. Son ellas, algunas de las confusiones que se fueron presentando en este proceso desde Alma-Ata. Otras fueron: confundir “la puerta de entrada al sistema” con el mero “contacto inicial de asistencia médica” desintegrando el proceso de atención. Por si sólo no bastaría con entrar al primer escalón del sistema. Tampoco coincide con el enfoque efectivo de la APS, la reducción que se hace de ella en la idea de “servicios de salud para todos”; APS no es sólo servicios de salud.

De hecho, la Política de “Salud para Todos en el año 2000” _SPT 2000_ debió apoyarse en cinco tácticas operacionales. Estas aún válidas pero respondiendo a cambios conceptuales y filosóficos que la revitalizan: (1) Cobertura universal y prestación según necesidades (hoy se habla de equidad); (2) integración de servicios de promoción, prevención, curación y rehabilitación (hoy diríamos además de integración, integralidad y articular las funciones esenciales de la salud pública _FESP_); (3) servicios eficaces, culturalmente aceptables, asequibles y susceptibles de gestión (hoy pensamos más en la diversidad cultural, en la aceptación de la diferencia y en la efectividad de las acciones de salud pública y promoción de la salud); (4) las comunidades debieran participar en el desarrollo de servicios con auto responsabilidad (hoy participación ciudadana y empoderamiento); (5) acción sanitaria en relación con otros sectores del desarrollo (hoy, debe incluir la salud en la agenda multisectorial, enfocarse en los determinantes sociales de la salud y en el

derecho a la salud). *_Sus bases se pueden ampliar en: (1). La Conferencia Internacional de Atención Primaria y en la Declaración de Alma-Ata – 1978ⁱⁱⁱ. (2). En la evaluación que se hace de la APS a sus 25 años de formulación, por OPS^{iv} y en el Doc. CD 44/9 julio, 2003²._*

En consideración de sus postulados, esta ponencia se propone indagar por las razones y los métodos utilizados por la nueva propuesta de atención primaria en salud, para su renovación, propuesta que despierta expectativas por su regreso al pasado no solo en tanto estrategia sino también en cuanto a las esperanzas que nos depara, en un momento de crisis global con indudables efectos sobre los servicios de salud. ¿Existe realmente una renovación, al menos como idea?

Alma-Ata (URSS) definió APS como: “la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundados 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 país puedan soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de auto responsabilidad y autodeterminación. La APS forma parte integrante tanto del sistema Nacional de Salud del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad...” [Declaración de Alma-Ata (URSS, 1978).

ⁱ Ponencia en el 6º. Congreso Internacional de Salud Pública, Facultad Nacional de Salud Pública. Medellín: Centro de Convenciones Plaza Mayor. Junio 11 al 13 de 2009.

ⁱⁱ Médico, Doctor en Salud Pública. Ex Decano de la Facultad Nacional de Salud Pública. Profesor Titular, Facultad Nacional de Salud Pública – Universidad de Antioquia. e-mail: afranco@guajiros.udea.edu.co, alvarofrancogiraldo@hotmail.com

ⁱⁱⁱ Disponible en http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm

^{iv} Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/dd/pin/almaata25.htm>

La renovación de la APS.

A partir de la evaluación de la estrategia de APS y de la crisis general de los sistemas de salud especialmente en los países pobres, la OPS y la OMS se han planteado en diferentes instancias y momentos la renovación de esta estrategia:

La reorientación de los servicios de salud, dice la OPS³, sólo se logrará con sistemas de salud basados en la promoción de la salud y en la renovación de la atención primaria, los cuales deben:

- Garantizar servicios de atención primaria como “puerta de entrada” (acceso equitativo a servicios básicos), garantizando cercanía a las gentes, intersectorialidad y participación.
- Complementarse con diferentes niveles de atención especializada, ambulatoria, hospitalaria y otros servicios de protección social.
- Introducir mecanismos de coordinación e integración (sistemas de referencia y contrarreferencia, sistemas de información – planeación, seguimiento y evaluación) y mecanismos de financiación y coordinación de la atención.

Ya antes, en esa misma dirección, la Resolución CD 44.R6 del Consejo Directivo (OPS) en 2003⁴, aplicaba el mandato de los Estado miembros de OPS para renovar la Atención Primaria en Salud en las Américas, la cual llevó a la Declaración de Montevideo⁵: Su eje fundamental propende por adoptar (...) fortalecer y desarrollar sistemas de salud basados en la APS (...), construidos sobre valores de equidad, solidaridad y el derecho a gozar del grado máximo de salud posible”. Más recientemente la Organización Mundial de la Salud (OMS) reafirma los principios y valores de la Atención Primaria en Salud: la equidad, la solidaridad, la justicia social, el acceso universal a los servicios, la acción multisectorial y la participación comunitaria⁶.

En el mismo sentido, el “Informe sobre la salud en el mundo, 2008”⁷ propone cuatro áreas de política para reducir las inequidades sanitarias: subsanarlas por medio de cobertura universal, situar al individuo en el centro de la prestación de servicios, integra la salud en las políticas publicas de todos los sectores y liderazgo integrador en pro de la salud.

El sistema de salud (que tiene como estrategia la APS) se basa en sus principios y valores, hace énfasis en promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Constituyen sus elementos esenciales: sostenibilidad, responsabilidad y rendición de cuentas; orientación hacia la calidad, respuesta a necesidades de salud de la población; atención integral, integrada y continua; políticas y programas por la equidad.

La atención primaria en salud resurge así, en ese nuevo contexto, como la alternativa que devolvería a los sistemas de salud el rol que cumplieron hacia finales del siglo XX: “El rol (...) de manera preferencial, es colaborar con otros sectores en implementar las acciones estratégicos de la promoción de la salud mejorando la calidad de vida y la equidad”⁸. Esta renovación es un reconocimiento a los esfuerzos

en el final siglo XX para “establecer políticas y programas de atención primaria como eje central de los sistemas de salud”.⁹

El quid de la renovación.

La gestión de la atención primaria tiene que ver con la forma como se relacionan los usuarios y el sistema de salud, se refiere a la forma como se articulan los equipos de trabajo y como configuran estructuras para la atención primaria de salud. Las tendencias esbozadas con este propósito se resumen en el *cuadro No. 1*. Más allá de la clásica estrategia, siguiendo la nueva APS, hay que dirigir la mirada hacia la gestión y operación de los servicios de salud con enfoque de promoción de salud.

Adicionalmente, es posible repensar la atención primaria a la luz de las funciones esenciales de la salud pública (indudable expresión de renovación de la salud pública en la década de los 90). Precisamente, la principal de esas funciones tiene que ver con “el desarrollo de políticas y de la capacidad institucional en planificación y gestión de la salud”. Así mismo, su proyección en términos de logros poblacionales debe retomar la Declaración del Milenio (Naciones Unidas 2000) y trascender sus metas operacionales, circunstancia nada fácil a pesar de que dichas metas no tienen el alcance de las que se propusieron en la “Salud para Todos” 25 años atrás.

Este regreso a la APS, se justifica por la mayoría de sus intérpretes en la salud internacional como la Renovación, que deviene de¹⁰:

- La aparición de nuevos desafíos epidemiológicos que APS puede resolver.
- La necesidad de corregir las inconsistencias de otros enfoques.
- El surgimiento de nuevas y mejores prácticas basadas en la evidencia que darían oportunidad a una APS más efectiva.
- El reconocimiento de las capacidades de la APS para reducir desigualdades, enfrentar determinantes sociales, superar la inequidad en salud y reconocer la salud como un derecho de todos.

No obstante, sigue latente la pregunta: ¿Qué es lo que se renueva de la APS o en qué se renueva ésta?

Significaría más la renovación de los sistemas de salud que de la propia estrategia, al volver a insistir en su aplicación, aunque con algunos cambios o desafíos mayores que los que existían en 1978 (Alma Ata)¹¹: enfoques sistémicos, con APS basada en la evidencia; reajustar los servicios de salud, reorientándolos hacia la promoción y la prevención; integración de servicios individuales y colectivos; un marco institucional fuerte, orientado a la calidad y a la justicia social, responsabilidad y rendición de cuentas, sostenibilidad y respuesta de las necesidades de salud de la población; asignación de funciones y responsabilidades por niveles de atención, niveles territoriales y niveles gubernamentales.

La clave está en la reorientación de los servicios de salud.

Desde la Carta de Ottawa de promoción de la salud, en noviembre de 1986, deviene la reorientación de los servicios de salud como uno de los 5 componentes de la

promoción de la salud, además describe sus elementos principales^v. La 5ª Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, por su parte, le da mayor importancia al tema colocándolo en el centro de la política sectorial: se basa en la visión canadiense para la reorientación integrada de los servicios de salud¹². Esta 5ª Conferencia define principios, valores y lineamientos para la reorientación de los servicios de salud, y establece objetivos, estrategias y mecanismos apropiados. En la Conferencia se establece un nuevo marco operacional para la reorientación de sistemas de servicios de salud que se esboza en sus objetivos y estrategias¹³.

Las estrategias se separan en dos niveles: 1.) Para el desarrollo de sistemas de salud, 2.) En la prestación de servicios de salud. Es decir que apuntan tanto al diseño del sistema como a su implementación mediante cambios en el modelo de atención, en las modalidades de intervención y gestión, y en las acciones aplicadas a los individuos y a las comunidades. En esta orientación son destacables: el rol coordinador de los servicios de salud y el mantenimiento de la ejecución intersectorial (*Cuadro No. 1*).

Otros foros internacionales han venido retomando el tema de la reorientación de los servicios de salud, con una perspectiva un poco más amplia, como se expuso en el Foro de Medellín sobre la importancia de las funciones esenciales de la salud pública (FESP) para la reorientación de los servicios de salud¹⁴. Las funciones esenciales de la salud pública vienen a impulsar una nueva forma de reorientación de los servicios de salud pública en las Américas, al promover el empoderamiento de los núcleos familiares, comunitarios y regionales como estrategia fundamental para los sistemas de salud.

En esta reunión, Feo¹⁵ echa mano de las funciones esenciales de la salud pública para recomendar de nuevo la reorientación de los servicios de salud, basado en cuatro pilares de la promoción de la salud: (1) La promoción de la salud como responsabilidad compartida entre todos los actores claves del sector salud. (2) Garantizar políticas de salud y promoción, con carácter intersectorial. (3) Integración de los servicios de salud, ampliando su concepto como el continuo que va desde la promoción hasta la rehabilitación. (4) Producir conocimiento y evidencia.

De otro lado, las estrategias operacionales de la APS se deben orientar al fortalecimiento y a la reorganización de los servicios de salud, bajo la responsabilidad institucional, pero como lo señala Robert Labonté¹⁶: se trata esencialmente de estrategias que además de apoyar el cuidado personal, vayan más allá del rol de los servicios de salud tradicionales. Ellas deben llevar al fortalecimiento individual y personal abriéndoles nuevas oportunidades a las personas; pero complementando con el desarrollo de pequeños grupos constituidos para trabajar sobre los problemas de salud y la carencia de poder. Son estrategias fundamentadas en el empoderamiento de las comunidades^{17,18}.

^v Consecución de un sistema de protección de la salud, jugar un papel mayor en promoción de la salud, sensible a necesidades culturales de individuos (respeto), una vida más sana para las comunidades, comunicación del sector sanitario con los sectores políticos y económicos, girar en torno al individuo como un todo.

En épocas de globalización y crisis del Estado-Nación, se da “la mayor demanda por la construcción de ciudadanía, la participación social y el empoderamiento de la comunidad”¹⁹. Son de gran valía para la reorientación de los servicios, los mecanismos de participación y autodeterminación concebidos en el *empowerment*.

La participación es un proceso social encaminado a la búsqueda del poder para garantizar solución a sus necesidades; quienes no tienen poder buscan conseguirlo de manera creciente mediante la participación. Ésta es por lo tanto, poder que va de lo individual a lo colectivo (sumatoria integrada del mismo): el poder colectivo de un grupo social. Es contraria a la marginación y a la exclusión que llevan al despojo del poder. En relación con el uso del poder hablamos de *empowerment* o empoderamiento.

Los *procesos participativos*, per se, tienen un carácter político y son indispensables en el desarrollo de las políticas públicas, desde la construcción del problema hasta la evaluación de su impacto (en términos de logros salutogénicos). Lo que importa, en promoción de la salud, finalmente, es potenciar a las comunidades para que tomen el control de sus vidas, de su salud y de sus propias comunidades (incluyendo los programas y proyectos de promoción de la salud).

Finalmente, un enfoque de servicios de salud como el que se propone con la reorientación, centrado en los derechos humanos y en la necesidad de tener sistemas de salud fuertes, debe echar mano de algunas estrategias complementarias y aterrizar en las realidades concretas: “El pilar central del derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud descansa en un sistema de salud eficaz e integrado que abarque la atención de salud y los factores subyacentes determinantes de la salud, que responda a las prioridades nacionales y locales y que sea accesible para todos”.²⁰

Elementos para la discusión.

- 1. El último cuarto de siglo fue prolífico en grandes iniciativas en promoción de la salud y en salud pública y en avances de la salud mundial, aunque por otro lado se haya presentado un deterioro de los indicadores de salud en muchas latitudes; prevalecen grandes desigualdades sociales e inequidades en salud.*

Alma Ata marcó un hito y recogió lo que se venía construyendo en instancias locales y nacionales desde años atrás. Posterior a la “Meta de Salud para Todos en el año 2000” (formulada en 1977), en Alma Ata se define la estrategia de APS. Esta se ha relanzado como la estrategia para el siglo XXI.

La meta no fue alcanzada porque llegar a la salud para todos requería que el poder en el mundo estuviera puesto al servicio de la humanidad, una quimera imposible en la época neoliberal. Finalmente en el mismo año 2000 (punto de llegada de la anterior meta) se formulan los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) aunque se consideran lo máximo alcanzable en términos de desarrollo mundial, a su vez constituyen un umbral insoportable en pleno siglo XXI (ni siquiera un mínimo deseable).

Después de Alma Ata, hubo otras declaraciones de gran trascendencia como fue la carta de Ottawa sobre los principios o estrategias de la promoción de la salud. Formulación muy cercana también a los principios de la APS, que van constituyendo un solo cuerpo de doctrina en pro de la salud global. También se dieron estrategias operativas, basadas en los principios mencionados pero con capacidad

potencializadora para la acción, como fue el caso de los sistemas locales de salud (SILOS), que operacionalizaban en espacios concretos la APS y sus estrategias complementarias: educación en salud, la participación comunitaria, etc.

Todo ello fue dando lugar a un enfoque filosófico amplio en pro de la salud, que ha servido para enarbolar la bandera por la defensa del derecho a la salud: son los valores que nos dejaron la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948, la creación de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Declaración de Alma Ata de 1978²¹, la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud en 1986²², la Declaración de la Segunda Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud en 1988²³, la Declaración de Yakarta sobre Promoción de la Salud en 1997²⁴, la declaración de la OMS Salud Para Todos en el Siglo XXI de 1998²⁵.

Es decir que la nueva APS debe, inclusive trascender la estrategia para organizar los sistemas de salud y la promoción de la salud. Es ante todo una filosofía que concibe la salud como un derecho humano, que responde a los determinantes políticos y sociales para obtener mejoras en la equidad en salud para lo cual debe desarrollar políticas “inclusivas, dinámicas, transparentes y apoyadas por compromisos legislativos y financieros”²⁶.

2. *Las debilidades de Alma Ata: su gran problema fue entenderla como la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y técnicas puestas al servicio de poblaciones vulnerables y pobres, de lo cual se pegaron los países para trabajar en “medicina para los pobres”, la práctica más usual a partir de ese momento.*

Clásicamente, desde Alma – Ata (1978) la APS tenía como tema principal la desigualdad y como objetivo su eliminación. De ahí que muchos la hayan dirigido a los más pobres pero sin hacer cambios estructurales, siguiendo enfoques de unidades primarias de atención o de nivel primario. Pero la concepción estratégica obligaba a transformaciones estructurales en la sociedad y a una reorganización profunda de los servicios de salud, orientados a toda la población; cambios que aún no se han dado, generando una deuda histórica con las gentes y la sociedad. La APS no se puede hacerse sin recursos, de ahí que haya sido desdibujada como una APS para pobres; se espera que la renovación inyecte recursos para hacerla posible y poderla sacar adelante como renovación.

El principal enfoque de la APS (concebido posteriormente a Alma Ata por algunos analistas y líderes internacionales, como una estrategia de tipo político y operacional en relación con la organización de los servicios de salud), si bien no tuvo suficiente asidero en los gobiernos nacionales, hoy se plantea de nuevo, como vía para transformar los sistemas de salud.

El informe de OMS, 2008²⁷ tiende a la reorientación de los sistemas de salud, con enfoque multisectorial, poniendo la salud en la agenda multisectorial. Es un avance igual que el de las políticas públicas más allá de las políticas de salud: se prefiere hablar de políticas públicas para la salud o la salud en todas las políticas o salud en todos los sectores. Esta orientación ya de por sí rebasa las acciones que se lograron proponer e implementar con la Declaración de Alma Ata.

3. *No existe una renovación de la APS, lo que existe es una actitud desesperada de las gentes en los sistemas de salud y en las agencias internacionales que tienen que ver con este sector, por la crítica condición de la salud en los países y el avance en contravía de la globalización neoliberal.*

A pesar de lo descrito en el numeral 2, las diferenciaciones establecidas al comparar la APS de Alma Ata, con la de la nueva época y dar cuenta de desarrollos interesantes y algunas estrategias innovadoras, el cambio no es mayor y permanecemos en la misma vía. La APS no entró en desuso por razones técnicas, sino por razones políticas e ideológicas. De ser posible políticamente la renovación, la estrategia no cambiaría en lo fundamental; la cuestión no es la renovación de la estrategia, los que deben renovarse son los sistemas de salud, regresando a la APS, paradójicamente, volviendo al pasado.

Ese esfuerzo demanda recursos para la reducción de desigualdades en salud, fortalecimiento en el largo plazo de las capacidades de los recursos humanos para la APS, reorientación de los servicios de salud con criterios de promoción de la salud, fortalecimiento de los sistemas de vigilancia de la salud y participación activa de las comunidades locales.

La renovación pasa por enfrentar el contexto de la globalización neoliberal, proceso que se dio simultáneamente con el ejercicio de la APS en muchos países, regiones y ciudades del mundo en las décadas pasadas, entorpeciendo su implementación. La mayoría de las veces los gobiernos se opusieron porque tenían otros intereses y en ocasiones hasta censurando el mismo término, como ocurrió en Colombia en los primeros 10 años después de la reforma sectorial sanitaria de 1.993.

La renovación, adicionalmente, implica ponerse en sintonía con los enfoques de cooperación internacional, salud internacional, salud global y políticas internacionales de salud (“fortalecimiento de redes y asociaciones de cooperación internacional para apoyar APS” _Declaración de Montevideo_). Debe dar oportunidad a una agenda más amplia de la equidad y el desarrollo humano: APS articulada con los Objetivos de Desarrollo del Milenio, para fortalecer el sistema de salud²⁸.

La renovación, en fin, está en los desafíos que se le han impuesto a los sistemas de salud, atendiendo a sus desarrollos históricos. A la vez que las condiciones de salud han mejorado en el mundo globalmente, empeoran en algunas áreas y regiones, así como las condiciones de acceso a los servicios de salud. También los indicadores de salud dependen de otros factores y elementos del bienestar y de cómo enfrentar los determinantes sociales de la salud. El acceso a los servicios de salud es uno de los desafíos impostergable, pero se debe trabajar por superar las desigualdades sociales y la erradicación de la pobreza.

4. *La APS no puede ser una cosa de derechas. La derecha política nunca estará interesada en dinamizar la APS, creer lo contrario sería una equivocación, que nos llevará de nuevo al punto cero o al fracaso.*

La verdad es que esta estrategia sólo ha mostrado su efectividad en países con regímenes político -económicos no capitalistas, es decir, no sustentados en la desigualdad social.

La visión de los países ricos, por el contrario, los llevó en el pasado a una APS selectiva, y en países como España, Inglaterra y demás estados europeos la han reducido un primer nivel de atención. Peor aún, se idearon la APS selectiva para desarrollar la cooperación en el mundo subdesarrollado. En el primer mundo, las clases sociales, el poder, la lucha de clases son palabras que no les gusta mencionar; tampoco gustó la APS como estrategia política. Pero en el tercer mundo estas palabras y estos temas siguen vigentes.

Al respecto, Vicente Navarro señala que la APS había sido utilizada como una especie de fascismo intelectual por los gobiernos de los países ricos para poner brechas segregacionistas en los países pobres y para mover sus intereses en las poblaciones de estos países; hace una crítica muy fuerte a la APS selectiva²⁹.

Ha sido imposible que la APS funcione en los sistemas de salud de varios países de América Latina. Durante la época neoliberal sólo ha sido posible en países como Cuba y Brasil, que han venido haciendo esfuerzos basados en APS. Gobiernos menos pro-capitalistas, como Venezuela, Ecuador, Bolivia también trabajan desde una concepción política distinta que seguramente permitirá la defensa de los derechos sociales a las estrategias proclives a la APS. Podrían esperarse realizaciones efectivas en este sentido, dada la diferenciación que se tiene con los países de corte neoliberal. Pero los gobiernos de derecha de corte neoliberal que aún existen en nuestro continente no estarán dispuestos a hacerle concesiones. En ese sentido proponer la APS en el actual régimen político colombiano, es buscar una especie de mezcla del agua con el aceite.

5. La renovación tiene que empezar con una reforma de “la reforma” de los sistemas de salud.

Hoy, después de varias evaluaciones realizadas en diversos contextos por los analistas (referenciados en este ensayo), habría que concluir que no se logra la reorientación de los servicios de salud en función de la promoción de la salud, si no retomamos la atención primaria, estrategia fundamental que guía todos los procesos, el empoderamiento, la participación social, la intersectorialidad, la movilización social, etc. Al respecto, el Informe Mundial de la Salud 2008 es taxativo en algunas de sus conclusiones³⁰: “En lugar de reforzar su capacidad de respuesta y prever los nuevos desafíos, los sistemas sanitarios parecen hallarse a la deriva, fijándose una tras otra prioridades a corto plazo, de manera cada vez más fragmentada y sin una idea clara del rumbo a seguir”, y en contraste OMS impulsa el lema de “La atención primaria de salud, más necesaria que nunca”. Entiende así la OMS que de la eficacia de la atención primaria de salud como una forma de reorientar los sistemas nacionales de salud, depende la salida a esta encrucijada.

Para que estas ideas tengan su asidero, se debe pensar en el redimensionamiento de las reformas sanitarias en la mayoría de los países de América Latina, entre otros. Esto implica, superar la retórica en este campo y desentrañar los elementos teóricos y fácticos para hacer efectivas las estrategias y prácticas de la promoción de la salud en la globalidad, las cuales pasarán de nuevo por lo local y la atención primaria en salud, que vuelve a ser el centro de las propuestas de reestructuración del sector salud.

Existen razones suficientes para plantearse una reforma de los sistemas de salud, más aun con la irrupción de la crisis financiera y económica. Se tienen los elementos para hacer una reforma fundamentada en el acceso universal a la salud, aprovechando la filosofía de la APS centrada en los derechos humanos, el empoderamiento y participación de la gente. Tenemos que hacer una reforma del sistema de salud y ese debería ser el mensaje que quedara claro en el 6° Congreso Internacional de Salud Pública del 2009, mediante una organización integral, de carácter sistémica, una reforma estructural de los sistemas de salud basada en APS, encaminada a la renovación de la salud pública, en términos de lo político y disciplinar.

Hoy existen nuevas motivaciones para esa reforma:

- La crisis económica agrava el sistema de salud actual, el llamado modelo de competencia regulada, que no se logró adaptar a las condiciones colombianas: la crisis económica es una crisis de lo privado.
- El mundo va de regreso a buscar el papel central del Estado. Sistemas de salud, otrora de mercado hegemónico, buscan el eje transformador de lo público.
- Algunas agencias internacionales y países van en la vía de sistemas de salud basados en la A.P.S. (razón de ser de este documento).
- La intermediación colombiana que se absorbe más del 30% o 35%³¹ de los dineros de la salud, éticamente es inaceptable y no da pie a ninguna negociación.
- La idea de la sentencia T-760 de 2008 de la Corte Constitucional colombiana del 2008, que fortalece el derecho a la salud no se concreta en un modelo como el actual tan fragmentado y segmentado. La única vía para garantizar el acceso al servicio de salud ha sido la tutela, en los últimos 5 años, mecanismo este, externo a los servicios de salud.

En consecuencia se requiere una reestructuración completa de las actuales reformas de los años 90, que debe reorientarse en la vía de la justicia social, propiciando un nuevo horizonte en la salud en las poblaciones. Esta reforma debe garantizar los valores, la descentralización, la equidad y el acceso a los sistemas de salud. Es decir, la reforma no podrá ser meramente sectorial.

6. Es necesario articular APS, Promoción de la Salud y Salud Pública. En la globalidad, las tres áreas no pueden ir separadas, aunque no sean exactamente lo mismo, estarán siempre ligadas por su esencialidad, el componente vital humano, y por el uso del poder.

En el tema de la renovación surgen imbricaciones de conceptos fundamentales y confusiones en torno a la salud pública, la promoción de la salud y la atención primaria en salud. Como no es posible en este espacio, entrar en el debate de fondo, justo es reconocer que programáticamente estos tres conceptos se complementan uno a uno.

El dilema de estas tres áreas ha sido la búsqueda de la efectividad en sus ejecutorias: la salud pública ha sido incapaz de resolver los problemas de la salud poblacional; así mismo se maneja bien la retórica de la promoción de la salud pero sus aplicaciones son inefectivas; otro tanto pudiéramos decir de la APS durante su vigencia en los años 80 - 00. Las inefectividades de estas tres áreas dependen del accionar político. La tarea política no se cumple porque está relacionada con la transferencia de poder y

la APS y la salud pública dependen de la posibilidad de trabajar en política y de hacer uso del ejercicio del poder, al igual para hacer efectiva la tarea de la promoción de la salud.

La idea fuerza que debe materializar una propuesta de transformación debe basarse en la perspectiva de los grupos poblacionales y de los ciudadanos organizados, es decir, la implementación de acciones encaminadas a cambiar las condiciones de vida social y física en la que vive la gente en el mundo. Situación que solo se logra con el re-direccionamiento en el uso poder en el mundo y la implementación de una serie de estrategias locales en el marco de la globalidad (glocalización).

En síntesis, para el logro de la salud poblacional, el medio es la reorientación de los servicios, la APS es la estrategia y la promoción de la salud es el marco general de actuación que ilumina el camino hacia el mejoramiento de la calidad de vida y las condiciones de salud. La APS renovada debe recibir orientaciones desde la salud pública y de los sectores sociales que tengan este compromiso. Igual es el compromiso que se demanda de los gobiernos.

7. Los contextos han cambiado enormemente. Quizá la APS no se haya renovado, pero los contextos sí.

¿Será posible que en el contexto de la globalización, centrada en el poder y la ganancia, se ponga la riqueza en el mundo al servicio de toda la humanidad y de la Atención Primaria de la Salud en los países pobres?

Los cambios de la globalización no solo implican transformaciones en el mundo económico^{vi, 32}. El neoliberalismo se ha dado en el mismo momento de la APS, pero sus estrategias sumieron a muchos países en la miseria, a pesar de que simultáneamente se preconizara el desarrollo sostenible, la diversidad de género, las libertades y los derechos. Buenas intenciones de los países del mundo que posteriormente fueron recogidas en los ODM, mediante recomendaciones que han sido estériles, porque la práctica política en el entorno de la globalización va en contravía del bienestar de la población, de la igualdad, de la equidad y de la solución a las demandas y necesidades de los países pobres, acumuladas en los últimos 40 años.

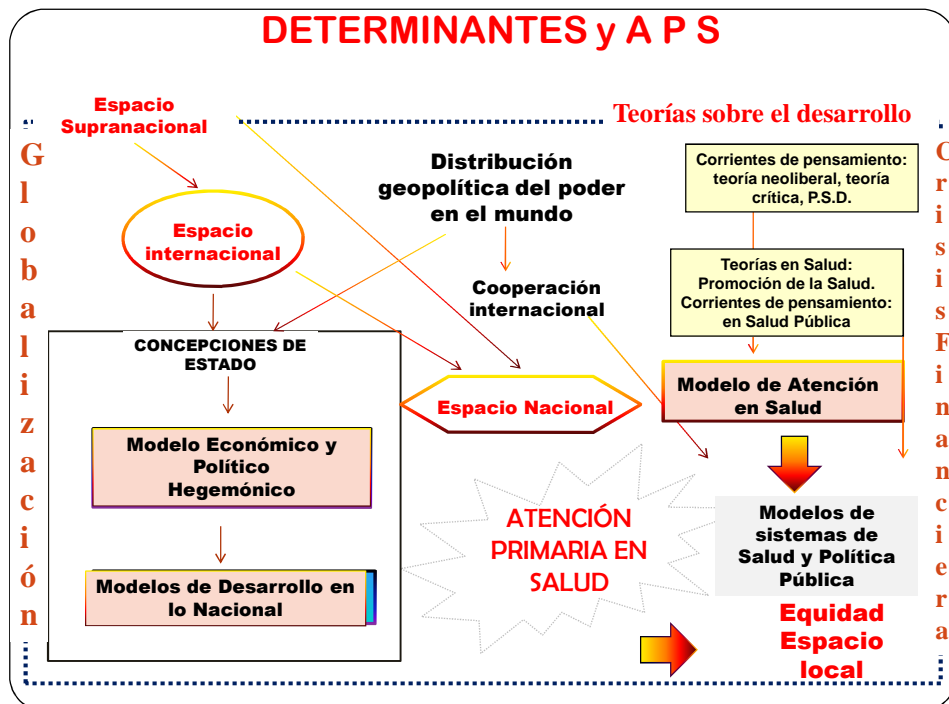
Los cambios y condicionamientos no son sólo económicos sino en lo político (*Esquema 1*), en la ciencia, la técnica y la tecnología. Esta tecnología sirviendo a los intereses del modelo capitalista monopolista; el conocimiento desde la perspectiva social ha quedado relegado bastante, el conocimiento social no ha tenido la posibilidad de desarrollarse en estos años por la hegemonía del otro conocimiento (el de la tecnología dura). Si seguimos por esta vía, no será posible la renovación.

De otro lado estas variables del contexto estarán actuando como determinantes y condicionantes no solo de la salud sino también de los sistemas de salud, del modelo de salud imperante y de las posibilidades de desarrollo de la atención primaria en salud. De su comportamiento positivo o negativo en los espacios internacional o nacional, dependerán las posibilidades de existencia y las condiciones de equidad en los ámbitos locales (*Esquema 1*).

^{vi} Este tema ha sido fuente de varias publicaciones sobre globalización y salud, del autor de esta ponencia.

Esquema 1

El contexto de los determinantes y la Atención Primaria en Salud



Fuente: Construcción propia.

8. *Se apareció el fantasma de la más reciente crisis económica y otra cosa habrá que decir: los cambios de “la renovación” se verán otra vez aplazados por nuevos desafíos globales, pero la política como ciencia y práctica ciudadana tiene que asumir el protagonismo y ayudar a la reconstrucción social.*

Cuando creíamos que ya era hora de dar la vuelta hacia un nuevo desarrollo, dirigido a atender los intereses sociales. Se pensaba que las restricciones económicas no podrían llegar a entorpecer más las políticas encaminadas a resolver los intereses sociales, sin embargo, nuevas exigencias y limitaciones se nos imponen desde el centro del capitalismo hegemónico, ahora montadas en el escenario de la crisis financiera mundial, desatada en el 2008.

Es necesario recuperar la vía de la política. Hasta el momento se relegó el accionar de lo político, desapareciéndolo del escenario mundial y de los ámbitos nacionales. No era extraño encontrar personajes como Sergio Fajardo y Antanas Mockus en Colombia, así como otros más, tratando de demostrar que no son políticos porque hay un desprestigio de la política; o gobiernos neoliberales ejerciendo el poder desde la tecnocracia, no obstante que la política es el ejercicio de la mejor manera de orientar las poblaciones al servicio de lo social y de los principios más humanos.

La renovación significa la reconstrucción de la política, del tinglado político para darle prioridad a los valores ciudadanos y al ejercicio de los derechos humanos. Los

ODM y la APS renovada, la salud pública, la promoción de la salud, como se expuso atrás, deben avanzar por este sendero. La negación de lo político no permitió el desarrollo de la APS, en su momento, pero hoy lo político debe resurgir como la única forma de enfrentar la crisis económica y la mayoría de los problemas sociales en el mundo y de permitir la reorientación de la APS en los sistemas de salud.

9. *¿No existen, a nivel nacional e internacional, otras propuestas en salud pública y por ello, se ha tenido que volver a la APS? Habría que retomar algunos pensamientos avanzados en la vía de la globalidad social para acrisolar el futuro de la salud pública en los sistemas de salud.*

Como se mencionó en el numeral 1, algo se construyó hacia el final del siglo XX, que mantenía la ilusión del desarrollo social. Como también lo han intentado en el nuevo orden mundial las posiciones anti hegemónicas, en la dirección de “otro mundo posible”. Basta sólo con mencionar algunos ejemplos:

- Alain Touraine, habla de propuestas culturales desde abajo y no de propuestas políticas, nos presenta un nuevo paradigma orientado por la mujer.
- A partir de la globalidad se puede construir un horizonte más humano para el universo y no a partir de la globalización económica. La globalidad se pretende desde los movimientos sociales como el Movimiento por la Salud de los Pueblos, los Movimientos Antiglobalización, el Foro Social Mundial, abriendo espacios para lo político y lo social.
- La APS debe alzar el vuelo de la participación social. Desde Alma Ata 78, se recomienda la participación social y ciudadana (en ese momento se habló de participación comunitaria) como base para el trabajo en APS para que esta no se quede en un nivel de servicios de salud.
- Debe trascenderse de la atención en salud a la defensa de los Derechos Económicos Sociales y Culturales, al ejercicio de las políticas públicas de orden social (bienestar social), a dinamizar el proceso de desarrollo humano. El tema principal en el horizonte de la salud pública y de la promoción de la salud es el de los derechos económicos sociales, económicos y culturales (DESC); así muchos prefieren la garantía de los derechos DESC aunque no se permitan otros derechos como votar en unas elecciones u otras oportunidades políticas³³.

Conclusión.

La motivación principal de esta ponencia estuvo centrada en la indagación por la renovación de la atención primaria en salud y en la reorientación de los sistemas de salud. Pareciera de acuerdo con el análisis de los hechos, que con el actual orden internacional no se pudiera garantizar la eficacia de las acciones sociales ni el funcionamiento de los sistemas de salud. El contexto actual apunta en una dirección contraria al afianzamiento de los principios éticos de la salud, peor aún, cuando se mantienen posiciones poco críticas frente al escenario mundial, los determinantes de la salud - enfermedad y la mercantilización de los sistemas de salud. Y, a fe, que la renovación de la APS, más que eso, debe ser un esfuerzo por reconquistar aquellos valores sobre los cuales se erigen los sistemas de salud; de ahí la importancia de volver a posicionar esta estrategia en el ámbito sanitario, ampliando su filosofía a la práctica en salud, en general.

La reorientación de los servicios parecería ser el puente estratégico para transformar los sistemas de salud, orientados a la promoción de la salud (vislumbrado desde Ottawa -Canadá); la política, su elemento sustancial; y la comunidad (empowerment), se constituye en el motor dinamizador de la acción. Adicionalmente, en épocas neoliberales el cambio de sentido de lo público (necesidad de construir “valor público”), es una obligación para llenar el vacío existente en las estrategias para renovar la Atención Primaria en Salud.

En suma, es necesario revitalizar los procesos de los sistemas de salud, echando mano de la perspectiva política con el fin de lograr la efectividad de los propósitos descritos atrás. Encontrar, además, un camino para la acción y la construcción de evidencias sociales (institucionalidad social, participación de la ciudadanía, reordenamiento de territorios para la vida, etc.). Coyunturalmente se requiere redimensionar las reformas sanitarias y los sistemas de salud, y ahí la atención primaria en salud resurge como eje para su transformación. Estratégicamente, hay que impulsar las organizaciones comunitarias, creando condiciones a partir de los grupos de interés, favoreciendo el desarrollo de movimientos sociales (Empowerment) y la acción intersectorial.

Agradecimientos:

A la profesora Yolanda López de la Facultad Nacional de Salud Pública, por recopilar gran parte de mis ideas acerca de este tema, las cuales se discuten en este trabajo, y por motivarme a su re-elaboración. Así mismo a la Gerencia del 6º. Congreso Internacional de Salud Pública de esta Facultad, por invitarme a escribir una ponencia para este debate académico.

Cuadro 1.

Marco para los Sistema de Salud basados en la Atención Primaria en Salud

Componente	Cambios	Contenidos
<ul style="list-style-type: none"> • Reorientación de los servicios 	Sistemas de salud basados en promoción de la salud y en atención primaria en salud (APS).	Garantizar servicios de atención primaria como “puerta de entrada”. Complementarse con atención especializada y protección social. Mecanismos de coordinación e integración.
<ul style="list-style-type: none"> • La estrategia de atención primaria. 	La renovación operativa de la estrategia de atención primaria.	Definición de una base poblacional, priorización de grupos poblacionales vulnerables, énfasis en atención ambulatoria, descentralización de servicios, sistemas de salud integrados, redistribución de los recursos humanos de acuerdo con las necesidades de la población, el aumento de la importancia de los equipos humanos de trabajo transdisciplinario.
<ul style="list-style-type: none"> ○ Prestación de servicios. 	Servicios de Salud son: “aquellos entregados por personal de salud en forma directa o por otras personas, bajo la supervisión de estas con los propósitos de (...) promover, mantener y/o recuperar la salud, y en segundo lugar, de minimizar las disparidades, tanto en el acceso a los servicios de salud como en el nivel de salud de la población” ¹ .	-Impulsar mejoras en la calidad de los servicios. Un modelo efectivo debe buscar un adecuado equilibrio entre servicios personales y colectivos, entre servicios curativos y promoción, orientándose a la promoción y al auto cuidado de la salud
<ul style="list-style-type: none"> ○ Gestión de políticas públicas hacia la cobertura universal. 	Reorientación de los servicios de salud hacia la demanda, o sea en función de las necesidades y exigencias de salud de la población.	Desarrollo de la intersectorialidad para promover universalidad. Construcción de estrategias promocionales de calidad de vida y salud (indicadores de vida saludable). Servicios integrados de atención e integrales de la población y continuidad de la atención.
<ul style="list-style-type: none"> ○ El Modelo de Atención. 	Para el modelo son importantes ¹ : el grado de pertinencia de la oferta a las necesidades de la demanda, el grado de accesibilidad y aceptabilidad de los servicios, el nivel de integración de los servicios.	Descentralización sistematizada de los recursos informáticos, poner la internet, la telemedicina y los campos virtuales al servicio de las gentes más alejadas. Sistemas de salud basados en la autonomía, descentralización e integración de redes.
<ul style="list-style-type: none"> ○ Gestión basada en el liderazgo. 	Cambio del modelo de Gestión. Basado en el grado de participación y vinculación de los diversos actores, entre otros aspectos.	Fomentar la participación social. Evaluación del desempeño de los resultados. Capacidad funcional de planificación y gestión de servicios. Capacidad institucional de regularizar y fiscalizar. Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública. Mecanismos de rendición de cuentas.

Fuentes: varias^{34,35,36,37}

Referencias bibliográficas.

- ¹ OMS-UNICEF “Atención Primaria de la salud. Alma Ata 1978”. Ginebra: OMS; 1978.
- ² OPS. Atención Primaria de Salud en las Américas. Las enseñanzas extraídas a lo largo de 25 años y los retos futuros. Washington DC:OPS; 2003. (Doc. CD 44/9 julio, 2003).
- ³ Organización Panamericana de la Salud/OMS. Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Borrador para discusión 12/jul/05. Washington DC: La Organización. 2005.
- ⁴ Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. Atención primaria de salud en las Américas: las enseñanzas extraídas a lo largo de 25 años y los retos futuros. 55.a sesión del Comité Regional 44.O Consejo Directivo. *Washington, D.C. 22 al 26 de septiembre de 2003: Resolución CD44.R6*. Disponible en: <http://www.amro.who.int/spanish/gov/cd/cd44-r6-s.pdf> [consultado abril de 2009]
- ⁵ Macinko J, Montenegro H, Nebot Adell C, Etienne C y Grupo de Trabajo de Atención Primaria de Salud de la Organización Panamericana de la Salud. La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. *Rev Panam Salud Pública*. 2007;21(2/3):72–84.
- ⁶ OPS/OMS. Atención primaria de salud, inclusión y fortalecimiento de los sistemas de salud. 124ª. Reunión del Consejo Ejecutivo EB124. R8, 26 de enero de 2009. Washington DC: La Organización; 2009.
- ⁷ OMS. Informe sobre la salud en el mundo 2008: La atención primaria de salud más necesaria que nunca. Ginebra: La Organización. 2008
- ⁸ Organización Panamericana de la Salud. Promoción de la Salud: logros y enseñanzas extraídas entre la Carta de Ottawa y la Carta del Bangkok y Perspectivas para el futuro. CE138/16. 138ª Sesión del Comité Ejecutivo. Washington: OPS; 2006, junio, p. 11
- ⁹ Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. Atención primaria de salud en las Américas: las enseñanzas extraídas a lo largo de 25 años y los retos futuros. 55.a sesión del Comité Regional 44.O Consejo Directivo. *Washington, D.C. 22 al 26 de septiembre de 2003: Resolución CD44.R6*. Disponible en: <http://www.amro.who.int/spanish/gov/cd/cd44-r6-s.pdf> [consultado abril de 2009]
- ¹⁰ Organización Panamericana de la Salud/OMS. Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Borrador para discusión 12/jul/05. Washington DC: La Organización. 2005.
- ¹¹ Organización Panamericana de la Salud/OMS. Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Borrador para discusión 12/jul/05. Washington DC: La Organización. 2005. Pp. 20.
- ¹² Asociación Canadiense de Salud Pública. “La salud bajo el reflector: la salud pública en la reestructuración de los servicios de salud”. Informe de la Asociación Canadiense de Salud Pública: 1996.
- ¹³ López D., et al. La reorientación de los sistemas de servicios de salud con criterios de promoción de la salud: Componente decisivo de las reformas del sector salud. En: 5ª Conferencia Mundial de Promoción de la Salud. Ciudad de México: OPS; 2000, 5-9 de junio. p. 7.
- ¹⁴ Facultad Nacional de Salud Pública (Universidad de Antioquia). Memorias del 3er. Congreso Internacional de Salud Pública: Las funciones esenciales de la salud pública en la gestión de los servicios de salud y en la formación del recurso humano; 2003 noviembre 10-12. Medellín; 2004 [Revista Facultad Nacional de Salud Pública 2004 marzo: 22 (No. Especial): 9-21].
- ¹⁵ Feo O. Las funciones esenciales y la reorientación de los servicios de salud hacia un enfoque de prevención. En: Facultad Nacional de Salud Pública (Universidad de Antioquia). Memorias del 3er. Congreso Internacional de Salud Pública. Las funciones esenciales de la salud pública en la gestión de los servicios de salud y en la formación del recurso humano; 2003 noviembre 10-12. Medellín; 2004 [Revista Facultad Nacional de Salud Pública 2004 marzo: 22 (No. Especial): 73-79].
- ¹⁶ Labonte R. La participación social en la promoción de la salud (panel). En: Conferencia Internacional de Promoción de la Salud. Bogotá: Ministerio de Salud/OPS/OMS; 1992.
- ¹⁷ Málaga H, Castro ML. Cómo empoderar a los excluidos en el nivel local. En: Restrepo H, Málaga H. Promoción de la Salud: Cómo construir vida saludable. Bogotá: Editorial Médica Panamericana; 2001. p. 121-137.
- ¹⁸ Carvalho SR. Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no prometo de Promoção à Saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20(4):1088-1095, jul-ago, 2004
- ¹⁹ Roses M. La población y sus necesidades de salud: Identificación de áreas prioritarias y sus políticas públicas correspondientes. En: Facultad Nacional de Salud Pública (Universidad de Antioquia). Memorias del 3er. Congreso Internacional de Salud Pública; 2003 noviembre 10-12. Medellín; 2004 [Revista Facultad Nacional de Salud Pública 2004 marzo: 22 (No. Especial): 9-21].
- ²⁰ Hunt p. Promoción y protección de todos los derechos humanos, civiles, políticos, económicos, sociales y culturales. Informe del relator especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Consejo de derechos humanos séptimo período de sesiones tema 3 de la agenda. A/hrc/7/11. Enero 31 de 2008
- ²¹ PAHO/WHO. Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. Hallado en: http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm. Acceso, el 12 de mayo de 2009.
- ²² Organización Mundial de la Salud. Carta de Ottawa para la promoción de la salud. Ontario, Canadá: OMS; 1986.
- ²³ Organización Mundial de la Salud. Declaración de la Segunda Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud. Recomendaciones de Adelaide. Políticas Públicas para la Salud. Adelaide, Australia del Sur: OMS; 1988. Hallado en <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd67/025495/adelaide.pdf>. Acceso el 4 de mayo de 2009.
- ²⁴ The Jakarta Declaration on Leading. Health promotion into the 21st century. *Health Promot Int*. 1997;12:261-4.
- ²⁵ World Health Organization. Health for All in the twenty-first century. Geneva: WHO; 1998. (Document WHA51/5.)
- ²⁶ Movement PsH (Editor). The medicalization of the health care and the changelle of health for all. Dhaka (Bangladesh): People’s Health Assembly. December 2000.
- ²⁷ OMS. Informe sobre la salud en el mundo 2008: La atención primaria de salud más necesaria que nunca. Ginebra: La Organización. 2008
- ²⁸ Organización Panamericana de la Salud/OMS. Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Borrador para discusión 12/jul/05. Washington DC: La Organización. 2005. Pp. 20.
- ²⁹ Navarro V. Health and equity in the world in the era of “globalization”. *Int. Journal of health services* 1999; 29(2): 215-226.
- ³⁰ OMS. Informe sobre la salud en el mundo 2008: La atención primaria de salud más necesaria que nunca. Ginebra: La Organización. 2008
- ³¹ Barón G. Cuentas de salud de Colombia 1993 – 2003. Bogotá: Ministerio de la Protección Social; 2007. Pp. 118.

³² Franco-Giraldo A. Salud Global. Globalización Política Pública y Salud. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia; 2009 [En Prensa].

³³ Franco-Giraldo A, Álvarez-Dardet C. Los derechos humanos, una oportunidad para las políticas públicas en salud. Gac Sanit. 2008; 22(3):280-86.

³⁴ Feo O. Las funciones esenciales y la reorientación de los servicios de salud hacia un enfoque de prevención. En: Facultad Nacional de Salud Pública (Universidad de Antioquia). Memorias del 3er. Congreso Internacional de Salud Pública. Las funciones esenciales de la salud pública en la gestión de los servicios de salud y en la formación del recurso humano; 2003 noviembre 10-12. Medellín; 2004 [Revista Facultad Nacional de Salud Pública 2004 marzo: 22 (No. Especial): 73-79].

³⁵ Ruales J. Tendencias en servicios de salud y modelos de atención de la salud. En: Facultad Nacional de Salud Pública (Universidad de Antioquia). 3er. Congreso Internacional de Salud Pública. Las funciones esenciales de la salud pública en la gestión de los servicios de salud y en la formación del recurso humano. Memorias del Congreso, Medellín: Universidad de Antioquia; 2004 (Revista Facultad Nacional de Salud Pública 2004, marzo: 22; No. Especial: 33-39).

³⁶ OMS. Informe sobre la salud en el mundo 2008: La atención primaria de salud más necesaria que nunca. Ginebra: La Organización. 2008

³⁷ Organización Panamericana de la Salud/OMS. Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Borrador para discusión 12/jul/05. Washington DC: La Organización. 2005.