

Atención primaria en salud, más pertinente que nunca

Carlos Enrique Yepes Delgado^a

RESUMEN

Se pretende hacer un análisis de la forma como se desarrolla el modelo colombiano de salud actual, algunos de sus referentes históricos, la irrupción de las políticas neoliberales, el balance y la necesidad de reformar el actual sistema de salud, el retroceso al que nos llevan las políticas de los organismos multilaterales como el Banco Mundial sobre la extensión de la Protección Social, sustentando así la pertinencia que tendría hoy un modelo de salud basado en la Atención Primaria en Salud como estrategia, para propiciar una situación de salud que dé cuenta de una perspectiva integral y equitativa de la salud, y en ese sentido la forma como potencia el reconocimiento de la atención en salud como un asunto social.

Palabras clave: *atención primaria, sistema de salud, protección social*

Cómo citar este artículo:

Yepes CE. Atención primaria en salud, más pertinente que nunca. Invest. educ. enferm. 2006; 24(2): 102-111.

INTRODUCCIÓN

Pensar es fácil. Actuar es difícil. Actuar siguiendo el pensamiento propio es lo más difícil del mundo.

Goethe

El presente trabajo se ubica en el escenario colombiano actual. Se puede hablar de un deterioro de las condiciones de vida en Colombia. Algunas características como habitar en zona rural, ser joven, ser mujer, pertenecer a una minoría étnica y tener bajos ingresos significan una franca desventaja ante la vida, por el mayor grado de vulnerabilidad ante la enfermedad y la muerte evitables, dando cuenta de una grave situación de iniquidad.

Si bien la ley 100 de 1993 no es reconocida como una ley de salud pública, ni se formuló como alternativa para solucionar los grandes problemas de salud pública del país, el sistema de prestación de servicios de salud influye sobre la situación de salud de una región, pues es reconocido como uno de sus determinantes, desde la puesta en marcha del modelo canadiense de Lalonde y Blum con la teoría del campo de salud¹.

El sistema colombiano de salud implica una categoría que supera lo contenido en la ley 100 de 1993, pues no sólo hay normatividad, sino recursos, desarrollos técnicos y políticas previas a la misma, que hoy siguen vigentes. El modelo de salud, por su parte, es mucho más que el sistema de seguridad social, e involucra, además de la estructura y el rol del Estado, la posición que ocupa el mercado en la organización social. Así pues, es importante tener en cuenta que aunque existen determinantes del desarrollo externos al modelo de salud, éste juega un papel importante en la crítica situación actual de salud pública del país².

Son muchos los indicadores que dan cuenta de la situación de salud actual. Por mencionar sólo algunos, se ha reportado un aumento en el número de casos de enfermedades transmitidas por vectores, un preocupante descenso en coberturas de vacunación, un aumento de la mortalidad materna, y el sistemático descenso en la programación y ejecución de acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad². A lo anterior

Recibido: 5 de mayo de 2005

Envío para correcciones: 3 de agosto

Aprobado: 6 de septiembre de 2006

^a Médico. Especialista en Administración. Magíster en Salud Pública. Profesor Facultad de Medicina y FNSP Universidad de Antioquia. Profesor Escuela de Ciencias Sociales UPB. caenyede@epm.net.co

Primary care more relevant than ever

Carlos Enrique Yepes Delgado

se suma el incumplimiento en las acciones de vigilancia epidemiológica y el gran deterioro del saneamiento básico, reflejado en coberturas insuficientes de acueducto y alcantarillado, además de la disposición inadecuada de los residuos sólidos.

El escenario del Sistema Integral de Seguridad Social para la prestación de servicios de salud es el de un mercado regulado en el cual participan tanto el sector público como el privado, y que pretendió, al menos en teoría, ofrecer a los usuarios la libre elección de sus prestadores y fomentar la competencia equilibrada entre aseguradores y prestadores. Una de las grandes conclusiones que se obtienen al evaluar los diez años de la reforma sectorial en Colombia, es el debilitamiento progresivo del papel del Estado como garante de la salud pública, hecho evidenciado en parte por la ausencia de una política de salud pública integral y equitativa².

Antes de 1993 el entonces llamado Sistema Nacional de Salud, que se apoyaba en teoría en los lineamientos de la Atención Primaria en Salud (APS)³, fue desarrollado en forma asistencialista y centralista, y no permitió una real implementación de la APS como la estrategia para alcanzar la tan anhelada meta de “Salud para Todos”. ¿No será que se requiere volver la mirada sobre la estrategia de la APS, y en una lógica descentralizadora aplicarla, para hacer del modelo de atención en salud un mecanismo promotor de equidad en Colombia?

Para poder avanzar, también hay que mirar atrás

La seguridad social que hoy conocemos, pero que poco hemos desarrollado en forma integral en Colombia, no surge por generación espontánea sino que es el resultado de un largo proceso de evolución en las tensiones y demandas sociales a través de los diferentes modos de producción en la historia del hombre. Esto es importante reconocerlo, pues mucho antes de hablar de “seguridad social”, existe la evidencia de diversos hechos que destacan medidas de la llamada “protección social” como la mutualidad, la

ABSTRACT

This article's aim is to highlight the importance of primary care as the basic strategy for health provision. This paper analyses the Colombian health model and how it evolved historically until the emergence of the present neoliberal policies which need to be reformed regarding the convenience to consider the implementation of a Primary Care Health Model.

Key words: *primary care, health's system, social protection.*

asistencia social desde la mirada de la Iglesia, el ahorro individual o colectivo, los mecanismos de apoyo desde la lógica de la solidaridad y el seguro privado, que como constante, han respondido a necesidades puntuales y que representan un claro precedente a lo que hoy llamamos seguridad social⁴.

Mientras en la edad moderna los monarcas asumieron paulatinamente la responsabilidad de la protección social, en la época liberal el ascenso de la burguesía y la exaltación de los principios individualistas, soportados en el triunfo del liberalismo económico, con las tesis de Adam Smith y la filosofía del “Estado mínimo”⁴, llevan a la sociedad del siglo XIX a una total indefensión frente a las múltiples necesidades sociales.

Debido a que desde la primera mitad del siglo XIX se comienza a poner de manifiesto la incapacidad del liberalismo económico para hacer frente a las necesidades de la nueva sociedad industrial, surge en Alemania, a finales del mismo siglo, una realidad política y económica: el socialismo de Estado, manifestado finalmente a través de los seguros sociales. Éste es el origen moderno de la seguridad social y se deja en el pasado el sistema tradicional de ayuda en la pobreza, propio de la benefi-

encia privada y pública. Ante la presión sindical y política, y el temor del canciller Bismarck a la inminente destrucción del Estado por parte del movimiento obrero socialista, se instituye desde 1881 un ambicioso plan de reformas sociales, que luego se concretan en leyes que establecen un régimen de seguridad social en 1883⁴.

En 1942, William Beveridge^{5, 6} presentó en Inglaterra el Plan Integral de Seguro Nacional, y posteriormente lo acompañó con una política de pleno empleo, llegando con ello a la máxima expresión en las políticas de seguridad social del mundo, con grandes repercusiones aún en los países no europeos. Algunas de las principales características del Informe Beveridge incluyen: Los recursos procedían del Estado; las cotizaciones eran uniformes para todos los asegurados y cubrían todos los riesgos; se otorgaban prestaciones económicas uniformes para todos, garantizando niveles de subsistencia uniformes; la cobertura era universal y la administración del sistema unificada y pública.

Con el correr del siglo xx se expanden las políticas de seguridad social por Europa y América, siendo América Latina un escenario que avanzó en forma desigual hacia dicho fin. Mientras Chile en 1925 instauraba su seguro de enfermedad, maternidad, invalidez y vejez, Colombia sólo en 1946, mediante la ley 90, establece el seguro social obligatorio y crea el Instituto Colombiano de Seguros Sociales, adscrito al Ministerio de Trabajo, Higiene y Previsión Social. Dicho seguro cubría riesgos frente a enfermedades no profesionales, maternidad, invalidez, vejez, accidentes de trabajo, enfermedades profesionales y muerte⁷.

Con el decreto 056 de 1975 se crea en Colombia el llamado Sistema Nacional de Salud, dentro de una lógica estatal pseudoproteccionista, pues es importante recordar que el modelo de desarrollo benefactor en algunos países como Colombia nunca fue desarrollado a plenitud. La centralización y la verticalidad fueron sus principales características, tratando de integrar tanto instituciones públicas y privadas, como adscritas y vinculadas. Se pusieron en práctica los diferentes niveles de prevención primaria, secundaria y terciaria, y se organizó la oferta de prestación de servicios a partir de la capacidad de resolución y el nivel de atención. Se pretendió integrar los diferentes servicios en una red única de referencia y contrarreferencia.

En ese entonces, la cobertura médica en términos de consultas de primera vez sobre el total de población, era de 16% para quienes asistían al Seguro Social, 5% accedía a servicios privados y el restante 35% asistía a la red hospitalaria pública según el nivel de atención requerido⁸. Así entonces, en Colombia se tenía una gran masa de población descubierta de la atención en servicios de salud. Se deben rescatar los avances en saneamiento básico y en coberturas de vacunación, que hoy bastante deteriorados están, pero también es importante reconocer que el centro de operaciones del sistema era el hospital, más desde lo asistencial que desde lo preventivo, pero con notables desarrollos en vigilancia epidemiológica, a pesar de la limitación de estar apoyado en sistemas manuales de información.

Con el correr del tiempo se fueron haciendo notorias las fallas del Sistema Nacional de Salud, como eran el gasto central excesivo y con predominio de la inversión en los terceros niveles (90% de los

recursos destinados a curación y sólo el 10% a prevención)⁸, que dejaban un poco desprotegidos a los hospitales locales; políticas centralistas en las cuales se excluía por completo la participación de los niveles municipal y hasta departamental; grandes problemas de articulación de la red pública, y todo lo anterior desarrollado en un marco de ambigüedad e indefinición jurídica de muchas de las instituciones.

Con el ánimo de tratar de corregir muchas de estas limitaciones, y tras la presión internacional de la megatendencia de la descentralización, se promulgó en 1990 la conocida Ley 10, que intentó revertir el proceso centralista tratando de generar un mayor empoderamiento de los niveles locales en la gestión de su propio desarrollo en salud y que no alcanzó a ser desarrollada, pues las grandes tensiones políticas, económicas y sociales pudieron más para presionar el montaje de un nuevo sistema de salud que trató de responder a los divergentes intereses de los involucrados. Asunto que se refleja en la mezcla de principios desde la lógica bismarckiana clásica por un lado, y la descentralización, además de la fuerza del neoliberalismo que de alguna manera se impuso, supeditando todos los demás principios de la Ley 100 de 1993 al de “la eficiencia como fin”, de la prestación de servicios de salud⁸.

Irrumpe el neoliberalismo

Es Chile el escenario donde Pinochet, desde su imposición militar, desmontó el servicio único de salud que se desarrollaba por orden constitucional desde 1925. Durante los primeros diez años la lógica desarrollada era que quien pudiera pagar por los servicios de salud lo hiciera, cambiando el concepto estatista socializante por la dinámica del mercado⁹. Paulatinamente se fue imponiendo un modelo de atención en salud que bien podemos llamar neoliberal, el cual se soporta en la teoría del derecho en filosofía moral y en la teoría neoclásica en economía.

Desde la perspectiva de John Locke⁹, en el pensamiento liberal del siglo xviii, se plantean los derechos naturales por el simple hecho de ser “humano”. Estos derechos que emergen de la mera existencia son la vida, la libertad y la propiedad, pero el aprovechamiento de los mismos lleva a conflictos entre las personas por aquello de los límites, a veces borrosos, entre derechos y deberes. De ahí que se requiere un contrato social, en el cual el Estado, en cabeza de quien gobierna, entra a dirimir los choques de intereses. En ese sentido, una intervención del Estado no se justifica que vaya más allá de acciones de justicia y seguridad, con el fin de castigar los excesos en el uso de la libertad¹⁰.

Robert Nozick¹¹, de la Universidad de Harvard, y gran exponente de la teoría de la filosofía moral, plantea como argumento central la correspondencia moral entre la garantía de los derechos humanos y la existencia de un Estado mínimo, apoyado en la teoría de las titularidades. En otras palabras, el derecho a la propiedad y el derecho a la libertad son indivisibles. Así, si un Estado va más allá del castigo de los delitos y de asegurar el cumplimiento de los acuerdos entre individuos libres, estará violando los derechos humanos y negará la condición para la cual fue creado. Utilizar la fuerza del Estado para obligar al uso de la propiedad privada en forma diferente a como su poseedor lo desee, o pretender forzar algún tipo de redistribución social por encima del interés particular, se considera, en esta lógica, injustificable moralmente.

El mismo autor sólo encuentra justificación a la solidaridad desde la compasión, más no desde la justicia. Si se observa cómo la compasión sustenta la caridad y la justicia los derechos, se entiende que, desde esta mirada, el Estado no tiene por qué garantizar los derechos pues estos (derechos sociales, económicos y culturales) no existen¹¹. En este orden de ideas cualquier acción para ofrecer atención en salud a quien no pueda pagarla no debe partir del rol del Estado, sino de las organizaciones privadas orientadas por la caridad.

Si se es conciente de que el desarrollo de la ideología liberal ha sido desigual en diferentes lugares del mundo y que la propuesta teórica de Nozick, en forma absolutista y drástica no se ha hecho realidad, hay que reconocer que esta forma de pensar ha influenciado la agenda que el Banco Mundial (BM) y el Fondo Monetario Internacional han impuesto como derrotero o sentencia a cumplir, a los países dependientes del pago de su deuda externa.

Tras un estudio del Banco Mundial en los años 80¹², surge la conocida “Agenda para la reforma” como estrategia para convertir progresivamente el gasto público en gasto privado, principalmente en lo referente al sector de servicios como salud, educación y servicios públicos. Las premisas diagnósticas del BM eran: que el gasto público es siempre insuficiente e ineficaz frente a las demandas sociales; que los servicios prestados por el sector estatal son ineficientes pues son más costosos que los ofrecidos por el sector privado; que hay desigualdad en la distribución de beneficios y subsidios entre personas pudientes de la población y que es imposible aumentar el gasto público en educación y salud dado el déficit fiscal de los países estudiados.

Las propuestas de intervención, por su parte, apuntaban a cobrar aranceles a los usuarios de los servicios estatales, según su capacidad de pago, promover el reaseguro como mecanismo de protección financiero, empleo eficiente de recursos no gubernamentales y la descentralización de los servicios estatales para disminuir la carga y aumentar la inversión local¹².

La base del BM para la agenda propuesta es justamente el aprovechamiento de la teoría neoclásica sobre los bienes, aplicada a educación y salud. Su premisa es que un bien privado es aquel que al ser consumido individualmente se agota allí y a la vez satisface una necesidad individual. Esta percepción por parte del usuario hace que él esté dispuesto a pagar por ese bien. Por otra parte los bienes públicos son aquellos que, al no agotarse en el consumo individual, generan una serie de externalidades positivas o negativas perceptibles. Es por eso que las personas no estarían dispuestas a pagar por ellos. Según la teoría neoclásica⁹ entonces, los bienes privados obedecen a las leyes del equilibrio del mercado teniendo así una distribución más eficiente que por la vía del Estado. A su vez, los bienes públicos deben ser atendidos por el Estado debido a sus múltiples externalidades.

La sinergia entre la teoría de filosofía moral y la teoría neoclásica es creciente, pues las personas cada vez aceptan más fácilmente pagar por los servicios solicitados y de esta forma se fortalece la creencia de que la atención en salud no es un derecho sino algo que se compra en el mercado, como bien lo anota Mario Hernández⁹. Colombia ha ido avanzando juiciosamente en el cumplimiento de la agenda dictada por el BM, y a pesar de que la salud figura en la Constitución política de 1991 como un servicio público a cargo del Estado, se compra y se vende al mejor oferente en ese desequilibrado e imperfecto mercado⁹.

Una vez hecho este recorrido, y teniendo en cuenta los referentes mencionados al inicio del texto sobre lo que para el autor debería involucrar un sistema de salud, es importante observar que el balance que se puede establecer hasta el momento no es el más afortunado.

El criterio actual de cobertura se fundamenta en el aseguramiento, lo que implica estar atentos a analizar las cifras reportadas, pues encontrar una cifra del 56% de aseguramiento⁹ sólo permite concluir que son potenciales usuarios pero no puedo hacer inferencia respecto de acceso. Son múltiples los factores de inaccesibilidad en Colombia para los servicios de salud, entre los que contamos el geográfico y el económico que ya eran comunes en el anterior Sistema Nacional de Salud, pero además de persistir actualmente, se agrega a estos la inaccesibilidad funcional, que ha llegado a ser la principal estrategia del control de costos del actual sistema. Después de todo esto, parece haber acuerdo entre defensores y detractores de la ley 100, de reformarla, pero no hay acuerdo hacia dónde reformar.

¡De acuerdo! Reforma a la ley 100 de 1993... ¿pero reformar qué?

No es gratuito que hayan surgido alrededor de quince propuestas de reforma¹³, cada una reflejando unos intereses completamente diferentes. Excepto uno, ninguno de los proyectos de reforma, antepone la Salud como un derecho de las personas, de acuerdo con la Constitución Nacional en la que se define a Colombia como un Estado Social de Derecho, hecho que es preocupante, pues da cuenta de una concepción mayoritaria en las propuestas de reforma, de la aplicación de la teoría de la filosofía moral y el desconocimiento de los derechos.

En general en todas las propuestas se mantienen los distintos regímenes y no se cambian las competencias asignadas en la ley 100, lo que pudiera favorecer la persistencia de la exclusión y la inequidad. La mayoría de ellas se centra fundamentalmente en cómo mejorar el negocio de la salud. Gran porcentaje de los articulados de los proyectos de ley proponen integración de redes, sistemas de información y otras obligaciones de parte del Estado que en realidad no se han realizado en la actualidad por falta de compromiso político y eficiencia técnica, y que no requieren elevarse a nivel de una ley marco para ser realidad. Muchos de los cambios propuestos son meramente cosméticos.

Sólo uno de los proyectos hace una conceptualización inicial que parece abordar integralmente la salud, y define criterios de equidad en la distribución de las coberturas, pero esta propuesta no es la que conserva el pensamiento hegemónico vigente. Propuestas de este tipo permitirían avanzar en la construcción de un modelo de atención en salud de APS. Para algunos sectores académicos del sector, definitivamente sí hay que reformar el sistema de salud, pero desde la estructura misma del concepto de salud, haciendo de éste un bien público y reconociéndolo como derecho de la población.

Por otro lado, parece que en Colombia, a la luz de las directrices del Banco Mundial y la OMS sobre extender la protección social, hemos dejado pasar la oportunidad de desarrollar una verdadera seguridad social. Las limitaciones del Sistema General de Seguridad Social Integral de Colombia no pueden entenderse como el fracaso del modelo clásico de seguridad social, pues este nunca se llevo a cabo en forma decidida e integral en este territorio, y tampoco es un argumento a la hora de proponer otros modelos por “desgaste” del anterior. ¿No será una gran

falacia pretender lograr con la protección social lo que no se pudo con la seguridad social sin voluntad política?

La protección social de ninguna manera involucra el concepto moderno de seguridad social, ya que responde a una dinámica y conceptos diferentes de Estado, y significa un retroceso en la búsqueda de la equidad, la concreción de los derechos humanos, la inclusión social y una vida digna para el ser humano.

Entonces... ¿qué hacer ahora?

La respuesta ante esta pregunta pudiera tratar de responderse en dos escenarios. Uno, ideal para muchos, en el cual se reconozca realmente la salud como un derecho, que bien pudiera implicar un modelo de desarrollo con características diferentes al actual, pero por lo distante que parecemos estar del mismo, no será tenido en cuenta en este artículo. El segundo es tratar de desarrollar la APS dentro de la lógica del actual sistema, a pesar de sus grandes limitaciones, trabajando desde abajo para conseguir su mayor viabilidad en forma progresiva. Es en este segundo escenario que se plantean los siguientes apartes.

Ante una situación tan compleja como la que se presenta hoy, la respuesta de los niveles locales en buena proporción, como lo reconoce la misma Organización Panamericana de la Salud³ en su informe “La salud en las Américas”, del 2002, ha consistido en tratar de recuperar la rectoría de la salud tanto en Municipios como en Departamentos, en cabeza tanto de Alcaldes como de funcionarios de ambos niveles de responsabilidad. Ésta pudiera ser la vía expedita para desarrollar acciones fundamentadas en Atención Primaria en Salud, y así avanzar hacia la equidad, la integralidad en la atención, la interacción comunidad—equipos de personal de salud, la promoción y la vigilancia epidemiológica participativas, el aprovechamiento óptimo de los recursos y el crecimiento de las redes sociales de apoyo en interacción con las redes de servicios.

Emprender una labor de esa magnitud para favorecer el escenario propicio hacia la APS implica, como todo proceso de planificación, una gran decisión política que permita la viabilidad y un gran proceso de concertación en el cual se reconozca “al otro” como tal, con sus intereses y sus limitaciones. En ese sentido, si se considera que el problema central parte de concebir la atención médica como un bien privado, se requiere necesariamente partir de un referente diametralmente opuesto. De ser así, la salud pudiera entenderse como “bien público que configura un derecho fundamental esencial”, inseparable del derecho a la vida. Por otro lado, si se acepta que es el Estado el garante del derecho a la atención en salud, sin tener que llegar hasta la negación del mercado, pero sí “desmercantilizando”, las relaciones entre los actores del sistema, y con un predominio de lo público sobre lo privado, se pudiera esperar un escenario diferente que generaría un gran impacto social positivo, como se evidencia en experiencias exitosas de otros países¹⁴.

Hacer predominar lo público exige repensar la gestión pública desde unos referentes diferentes, como son las condiciones de vida de las personas en relación con la especificidad de las regiones, y desde allí abordar las necesidades en salud más que la demanda misma; además, estar decidido a combatir las iniquidades buscando efectividad social, en lugar de mera eficiencia financiera y estar dispuestos a negociar con la población la toma de decisiones en lo que a su salud y desarrollo se refiere.

Por otro lado, desmercantilizar las relaciones de los involucrados en el sistema parte de realizar un control sobre el financiamiento, logrando el funcionamiento de un fondo único de salud de carácter estatal, que motive las relaciones entre agentes públicos y privados con la finalidad de alcanzar equidad, cobertura, calidad e impacto social a partir de la optimización de recursos como medio y no como fin, superando las metas de lucro impuestas hoy. Dicho fondo estatal debería funcionar

en forma descentralizada con fuertes instrumentos de control participativos para evitar el despilfarro y la corrupción. Lo anterior generaría un escenario en el cual la intermediación se quedaría sin piso, asunto este bastante crítico para quienes hoy tienen el control y obtienen el mayor beneficio del gasto público de salud. Una propuesta como ésta no se logra tras un acto administrativo, ni legislativo, de un tajo, sino que partiría de múltiples negociaciones entre los actores, sabiendo que se reconstruiría paulatinamente de abajo hacia arriba.

Atención Primaria en Salud más vigente que nunca.

En 1978, la Conferencia Internacional sobre APS, celebrada en Alma-Ata, no sólo definió sino que hizo reconocimiento internacional al concepto de Atención Primaria en Salud, lo llevo a la práctica como la principal estrategia para alcanzar la meta de salud para todos en el año 2000 (SPT-2000), y fue adoptada por los estados miembros de la OMS. La visión de la APS, expresada en sus principios y en el conjunto de 22 recomendaciones, definió el punto de partida estratégico de la agenda política de los países miembros, con el fin de impactar positivamente la situación de salud de dichas poblaciones¹⁵.

Vista así, la APS es un servicio de cuidado en salud fundamental que aplica metodología sencilla y que se soporta científicamente, es aceptada por la comunidad, beneficia a todos sin discriminación, y logra involucrar a las personas en su desarrollo pero a un costo razonable. Los cuatro principios básicos de la APS son: accesibilidad y cobertura universal en función de las necesidades en salud; compromiso, participación y auto sostenimiento individual y comunitario; acción intersectorial por la salud y costo-eficacia, tecnología apropiada en función de los recursos disponibles.

Es importante aclarar que, erróneamente, la APS ha sido asimilada por muchos como el primer nivel de atención en el Sistema Nacional de Salud, o como el primer nivel de complejidad en el actual sistema (SGSSS). Otros creen que se trata de atención prioritaria y de urgencia, o la confunden con prevención primaria. En muchos países fueron más allá y la implementaron como un programa o simplemente la asumieron como medicina pobre para pobres¹⁶. Todas estas formas de ver la APS tienen algún tipo de relación con ella, pero distan mucho de representar su integralidad.

Algunas de las premisas que dan pie a la APS surgen de reconocer que la desigualdad en el estado de salud de la población es política, social y económicamente inaceptable y gran motivo de preocupación de todos los países por el grado de responsabilidad que les compete. Además, es entender que la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad son indispensables para el desarrollo social y económico sostenible en cualquier región del mundo. Es la sinergia lograda entre el personal profesional, auxiliar, trabajadores de la comunidad y de las diferentes prácticas populares bajo adiestramiento técnico y que sean aceptadas socialmente¹⁶.

La APS aplica los resultados pertinentes de investigaciones relacionadas con poblaciones, servicios de salud, biomédicas, en salud

pública, para que a partir de dicho conocimiento se genere una praxis transformadora. Dicha transformación es una razón más para afirmar que se sale del hegemónico modelo hospitalario y privilegia la medicina ambulatoria, integrando al personal de salud y al comunitario para subsanar las limitaciones del primero.

Entre los efectos transformadores se puede mencionar la forma como el paradigma de situación de salud se comienza a apoyar en un referente local desde las necesidades sociales; se disminuyen las hospitalizaciones y la necesidad de camas hospitalarias, con lo que se reducen los altos costos de las mismas; se desarrolla la atención ambulatoria, fortaleciendo la domiciliaria cada vez más y haciendo que los usuarios la prefieran; se logra un alto grado de apersonamiento de la comunidad en los servicios de salud; se forman equipos multidisciplinarios con acción clara centrada en el paciente; se valoran las diferentes medicinas tradicionales; se aprovechan al máximo los recursos disponibles y otro tipo de recursos humanos; y se aprecian cada vez más el rol de la enfermera y el del médico general por su labor integradora.

Va siendo claro cómo la APS representaría una estrategia de los sistema de salud que da a conocer una política pública integral y equitativa para mejorar la calidad de vida de las personas, a partir de integrar la educación en salud, como mecanismo fundamental para la promoción de la vida, desde las múltiples posibilidades y potencialidades del vivir, pero también haciendo prevención de los riesgos que la pudieran afectar. El otro hecho fundamental es que implicaría fortalecer redes; de ahí que se trabaje no sólo el concepto de red, sino la forma como se generan niveles interdependientes para garantizar mayor integralidad en la atención.

Es importante recordar las principales razones por las cuales hoy se justifica retomar la estrategia de la APS haciéndola completamente pertinente en un entorno de verdadera seguridad social que permita potenciar y fortalecer condiciones de salud y de vida dignas para toda la población.

Por equidad: La experiencia de aplicación de APS en algunos países de la región señala que es posible generar mayor acceso equitativo si hay un fuerte compromiso político que, más que reflejar la política de un gobierno, se inscribe en una política de Estado. Equidad en términos de igualdad de oportunidades, a partir del reconocimiento de las diferencias en las condiciones de vida de la población¹⁵.

Por ética: La APS implica un enfoque basado en valores y en el reconocimiento de la persona en una dimensión íntegra. El mecanismo mediador es la acción comunicativa que permita la comprensión, interacción, la negociación entre las personas que ofrecen y reciben servicios, descartando de plano cualquier tipo de coerción y de exclusión¹⁶.

Por racionalidad y eficiencia: Su énfasis en promoción de la salud y prevención de la enfermedad a través de la educación en salud, genera en el mediano corto y mediano plazo una reducción marcada en la alta demanda por complicaciones generadas por la no detección oportuna de múltiples patologías.

Por calidad: El problema de la baja calidad sigue sin resolverse en el actual sistema de salud. La APS impacta la calidad de los servicios al trabajar sobre la aceptabilidad, la legitimidad, la participación activa de la comunidad, y la seguridad de los servicios de salud. Además, la adecuada coordinación de los diferentes niveles de atención desde una filosofía incluyente permitirá que el diálogo comunidad – instituciones resuelva los problemas demandados.

Por efectividad: Tras los 25 años de Alma Ata se verificó una reducción del 25% en el riesgo de morir, aumentando la esperanza de vida. Cerca del 50% de esas causas es atribuible a la reducción de los riesgos de morir por causas transmisibles y cardiovasculares en ese período¹⁵. Es cierto que el impacto ha sido mayor en los países con menores desigualdades en la distribución del ingreso, incluso independientemente del nivel absoluto de ingreso. Hay avances en los países que aplicaron la APS en coberturas de agua potable y saneamiento básico, parto atendido por personal capacitado y alfabeta¹⁵.

Por mayor desarrollo tecnológico: Es grande la experiencia acumulada durante todos estos años en lo que respecta a conocimiento para resolver problemas que van desde aplicaciones sencillas hasta tecnología de punta, aplicada con el fin impactar los niveles de salud.

Por integración social: La APS permite hacer de la salud un lenguaje común, entendible para instituciones y comunidad, que hace sinergia y aproxima las necesidades y expectativas a la oferta de servicios y su resolución conjunta.

Por compromiso histórico social, autonomía, libertad y emancipación: Toda la estrategia apunta a lograr con el tiempo un mayor empoderamiento por parte de la comunidad de su propio desarrollo, al reconocer la salud como insumo para una vida plena, y a trabajar mancomunadamente por la finalidad

del desarrollo social a partir de mayor autonomía.

Por mayores coberturas: Se trata de una propuesta incluyente que en varios de los países que la implementaron logro mayor proyección comunitaria, mayor movilización de recursos, y sobre todo sinergia con el sector educativo, constituyéndose en una estrategia integradora de esfuerzos para combatir las inaccesibilidades, fundamentalmente las de tipo funcional, educativo y cultural. Aún falta trabajar más en las de tipo económico y geográfico. Experiencias como la de Cuba¹⁷, logran impactar todas las formas de accesibilidad.

Por ser un mandato legítimo: La estrategia de APS fue una experiencia piloto de reconstrucción colectiva de políticas de salud; de ahí que siendo un acuerdo negociado y consensuado, no se trataba de meras recomendaciones, sino de un mandato legítimo para todos los países miembros.

Algunas experiencias para tener en cuenta

Son múltiples las formas cómo los diferentes países de Latinoamérica y del mundo han implementado la APS. Son numerosas las referencias publicadas sobre experiencias exitosas, aunque con seguridad son muchas más las que no se conocen, debido en parte a la baja tradición nuestra en la publicación de este tipo de experiencias. Afortunadamente existen entidades en todo el planeta que se dedican a recoger, sistematizar, apoyar y divulgar estas valiosas prácticas. Entre las experiencias exitosas de Latinoamérica se pueden mencionar:

- 1 El Sistema de Salud Cubano¹⁷: Con APS y Médicos de Familia, lograron en pocos años los indicadores de la Meta SPT 2000, tan anhelados por los demás países que tras muchos años de esfuerzos interrumpidos no las han podido alcanzar. Como se sabe, es una política con principios de carácter estatal socialista, con orientación

profiláctica. Parte de la integralidad y el desarrollo planificado, con unidad ciencia-docencia, participativa y equitativa. Algunos cambios en indicadores para Cuba entre 1959 y 1991 son:

1. Esperanza de vida: de 59 a 75 años.
2. Mortalidad infantil: de 81 a 10.2 por 1.000 nacidos vivos.
3. Mortalidad materna: de 125 a 31 (tasa por 100.000 nacidos vivos).
4. Natalidad: de 35 a 16.
5. Mortalidad por edad: de 60 a 3.6.
6. Erradicación de paludismo, difteria, poliomielitis, rabia humana, tétano Infantil.
7. Tétano: de 645 casos a 5
8. Fiebre tifoidea: de 1.057 casos a 89
9. TBC: de 4958 a 616 casos
10. Tos ferina: de 2.081 a 32
11. Hospitales: de 95 a 266
12. Médicos: de 6.250 a 46.000 y Médicos de familia de 0 a 18.540



Philip Otto Runge (Alemania). *Los niños Hülsenbeck*, 1805-1806.
Óleo sobre tela. Kunsthalle, Hamburgo.

- 1 El proyecto Piactla: programa de salud comunitario de la Sierra Madre Occidental de México¹⁸, el cual presta servicios hace más de 10 años a más de 100 comunidades.
- 2 El proyecto de Medicina Tradicional de Manabi, Quito¹⁹. Apoyado por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador.
- 3 El proyecto de Medicina Paralela en la Provincia del Chaco, Argentina²⁰.
- 4 El proyecto de Folklore Psiquiátrico, en Perú²¹.
- 5 El proyecto de Educación del Plan Nacional de Salud Rural. Ministerio de Salud Pública de Quito y el Instituto Nacional de Investigaciones Nutricionales y Médico-Sociales²⁰.
- 6 El proyecto de Promotores Rurales de Salud en Colombia, desde la década de los 70 hasta los 90, y la experiencia de desarrollo local participativo del Municipio de Versalles, en el Valle del Cauca²².

Entre las entidades se pueden mencionar la Fundación Hesperian, en Berkeley USA; TAPS, Asociación Brasileira de Tecnología Alternativa en Promoción de la Salud, Sao Paulo, Brasil; Grupo Sofonías, San José, Costa Rica; CATER, Centro Andino de Tecnología Rural, Ecuador; Internacional Development Research Centre, Canadá; CLAP, Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano, Uruguay, etc.

Con algunas excepciones como Cuba, Costa Rica, México, Perú, Brasil, Ecuador, Bolivia y recientemente Venezuela, muchas de estas experiencias aún hoy siguen siendo aisladas dentro de los contextos de las políticas de salud de los países, pues las presiones de la agenda de las entidades multilaterales continúan condicionando sus sistemas de salud a la lógica de modelos de mercado; pero cada vez más, se ejerce una presión de abajo hacia arriba que posibilitará que algún día en países como Colombia, se pueda soñar con reunir experiencias sueltas, como las del Distrito Capital de Bogotá, el Valle del Cauca, Cauca, Magdalena Medio, Norte de Santander, Santander y Antioquia, y de las demás regiones, en un diálogo constructivo y práctico, para que la APS sea el “caldo de cultivo” sobre el que crezca el nuevo modelo de atención en salud en Colombia, incluyente y equitativo.

Finalmente es muy importante concluir que la APS es el escenario ideal para la formación de los recursos humanos en salud. Con el cambio del paradigma hospitalario se requieren campos de práctica comunitarios que puedan recibir a los nuevos profesionales de la salud con claro referente social, que reconociendo el saber de

otros y el rol que juegan en el equipo de salud, validen el aporte a la salud de las medicinas complementarias, superando las limitaciones tradicionales de la medicina especializada, pero aprovechando racionalmente sus beneficios, para generar impacto en la salud, y no sólo en la enfermedad. Es así como la APS pudiera ser facilitadora de la formación de profesionales de la salud convertidos en verdaderos actores sociales transformadores hacia el desarrollo con equidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alan D. Epidemiología y administración de servicios de salud. Maryland: OPS; 1991. pp. 4-5
2. Colombia. Ministerio de Protección Social. Diez años del Sistema general de seguridad en salud: Balance y futuro. Medellín: Facultad Nacional de Salud Pública; 2004. pp. 5-6.
3. Organización Panamericana de la Salud. La salud en las Américas. Washington: PAOH; 2002. pp. 169–183.
4. González Molina MD. Nacimiento y evolución de la seguridad social. [Sitio en Internet] Fundación Interamericana para el desarrollo y formación de fondos de pensiones laborales. Disponible en http://www.finteramericana.org/historia/prevision_historia.htm. Acceso el 1 de diciembre 2004.
5. González Molina MD. Social insurance and allied services. [Sitio en Internet] Fundación Interamericana. Disponible en <http://www.finteramericana.org/historia/descript1.htm>. Acceso el 1 de diciembre de 2004.
6. González Molina MD. Full employment in a free society. [Sitio en Internet] Fundación Interamericana. Disponible en <http://www.finteramericana.org/historia/descript1.htm>. Acceso el 1 de diciembre de 2004.
7. Quevedo E, Miranda N, Hernández M. Historia social de la ciencia en Colombia. Bogotá: COLCIENCIAS; 1993. p. 240.
8. Jaramillo I. El futuro de la salud en Colombia: Ley 100 de 1993 5 años después. 4 ed. Bogotá: FESCOL; 1999. p. 35.
9. Locke J. Dos ensayos sobre el gobierno civil. Madrid: Aguilar; 1969. pp.94-103. Citado por: Gracia Guillén D. ¿Qué es un sistema justo de programas de salud?. En: Gracia Guillén D. Introducción a la Bioética. Bogotá: El búho; 1991. pp.61-86. Citado por: Hernández M. Neoliberalismo en salud: desarrollos, supuestos y alternativas. En: Memorias del 1^{er} Seminario La Falacia Neoliberal: Crítica y alternativas; 2002 Abr. 4-5; Santa fe de Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2002. pp. 347-361.
10. Gracia Guillén D. ¿Qué es un sistema justo de programas de salud? En: Introducción a la Bioética. Santa Fe de Bogotá: El Buho; 1991. Citado por: Hernández M.

- En: Neoliberalismo en salud: Desarrollos, supuestos y alternativas. En: Memorias del 1^{er} Seminario La Falacia Neoliberal: Crítica y alternativas; 2002 Abr. 4-5; Santa fe de Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2002. pp. 347-361.
11. Nozick R. Anarchy, state and utopy. New York: Basic Books; 1974. Citado por: Hernández M. En: Neoliberalismo en salud: Desarrollos, supuestos y alternativas. En: Memorias del 1^{er} Seminario La Falacia Neoliberal: Crítica y alternativas; 2002 Abr. 4-5; Santa fe de Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2002. pp. 347-361.
 12. Banco Mundial. El financiamiento de los servicios de salud en los países en desarrollo: Una agenda para la reforma. OSP/B 1987; 103(6): 595-742.
 13. COSESAM Corporación colombiana de secretarios municipales y distritales de salud. [Sitio en Internet] Así vamos en salud. disponible en <http://www.asivamosen-salud.org/sitios/Default.htm>. Acceso el 15 de diciembre 2004.
 14. Esping A. The three worlds of welfare capitalism. Princeton: Princeton University Press; 1990. Citado por: Hernández M. En: Neoliberalismo en salud: Desarrollos, supuestos y alternativas. En: Memorias del 1^{er} Seminario La Falacia Neoliberal: Crítica y alternativas; 2002 Abr. 4-5; Santa fe de Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2002. pp. 347-361.
 15. Organización Panamericana de la Salud. Atención primaria de salud en las Américas: Las enseñanzas extraídas a lo largo de 25 años y los retos futuros. Washington: OPS; 2003. pp. 1-16.
 16. Cano Gaviria E. La atención primaria como la única alternativa para alcanzar la medicina integral con equidad. Boletín cátedra abierta: Reforma de los servicios de salud en el mundo 2002;(26):6-16
 17. Ordóñez C. La salud pública en Cuba: Experiencias de un trabajador de la salud. La Habana: Rebeca Cerda; 1995. pp. 105-117.
 18. Werner D, Bower H. Aprendiendo a promover la salud: Un libro de métodos, materiales e ideas para instructores que trabajan en la comunidad. California: Fundación Hesperian; 1984. pp. 619-620.
 19. Ortega F. Medicina tradicional en Manabi. Quito: Ministerio de Salud Pública; 1984. Citado por: Kroeger A, Luna R. Atención primaria en salud: Principios y métodos. 2 ed. México: Pax; 1992. pp. 5-48.
 20. Kroeger A, Luna R. Atención primaria en salud: Principios y métodos. 2 ed. México: Pax; 1992. pp. 5-48.
 21. Sal y Rosas F. Observaciones en el folklore psiquiátrico del Perú. Folk Am 1971-1972; 21-22: 249-262.
 22. Abad H. Teoría y práctica de salud pública. Medellín: Universidad de Antioquia; 1987. pp. 120-399.

BIBLIOGRAFÍA

- Barrenechea JJ, Trujillo E, Chorny A. Salud para todos en el año 2000: Implicaciones para la planificación y administración de los sistemas de salud. 2 ed. Medellín: Universidad de Antioquia; 1990. 323 p.
- Cardona J. El concepto de salud, enfermedad y salud pública según los diferentes modos de producción. Rev Centroam Adm Publ 1987; (12): 103-136.
- Franco S. La salud pública hoy: Enfoques y dilemas contemporáneos en salud pública. Santa Fé de Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2003. 659 p.
- Franco S. La salud pública hoy. Santa fe de Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2002. 659 p.
- Hernández M. Reforma sanitaria, equidad y derecho a la salud en Colombia. Cad Saúde Pública 2002; 18(4): 991-1001.
- Holzmann R, Jorgensen S. Manejo social del riesgo: Un nuevo marco conceptual para la protección social y mas allá. Washington: Banco Mundial; 2000. 37 p.
- Institute of Medicine of The National Academies. The future of the publics health in the 21^o Century. Washington. National Academy of Sciences; 2003. 95 p.
- Organización Panamericana de la Salud. Ampliación de la protección social en materia de salud: iniciativa conjunta de la OPS y la OIT. En: Memorias de la 26 Conferencia sanitaria Panamericana; 2002; sep 23-27 de 2002 Washington: OPS/OMS; 2002. 19 p.
- Organización Panamericana de la Salud. El concepto de "campo de salud": Una perspectiva Canadiense. Bol Epidemiol OPS 1983; 4(3): 13-15.
- Vásquez L. Aproximación al objeto de la salud pública. Rev Fac Nac Salud Pública 1993; 12(2): 9-25.
- Werner D. Donde no hay doctor: Una guía para los campesinos que viven lejos de los centros médicos. California: Fundación Hesperian; 1973. 402 p.
- World Health Organization. The world health report 1998 - life in the 21st century: A vision for all. Geneve: World Health Organization; 1998. 241 p.
- Yepes C, Jaramillo C, Quintero A. Protección social: Una sombrilla. Revista Nuevos Tiempos 2004; 12(1): 107-114.