

Atención primaria de salud y políticas públicas*

Primary health care and public policy

Rubén D. Gómez A¹.

¹ Profesor Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia, secretario ejecutivo Red Colombiana de Investigación en políticas y sistemas de salud, Medellín, Colombia. Correo electrónico: rubengomez33@gmail.com

Recibido: 22 de septiembre de 2010. Aprobado: 15 de noviembre de 2010.

Gómez RD. Atención primaria de salud y políticas públicas. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2011; 28(3): 283-293

Introducción

Buenos días a todas y a todos y mi agradecimiento a los organizadores por esta invitación que me honra.

A solicitud del comité científico del congreso mi ponencia pretende someter a su consideración algunas reflexiones que faciliten la discusión sobre la dimensión política de la Atención Primaria en Salud (APS), entendiendo que los aspectos ideológicos, éticos, técnicos y operativos serán discutidos en diferentes momentos del evento.

El carácter político de la APS no es asunto nuevo. La APS fue, desde sus orígenes un componente importante de la política sanitaria internacional (1, 2). Lo que podría ser interesante en este momento es analizar su comportamiento como política pública, y tratar de establecer por qué tuvo o no un desempeño exitoso con la intención de aprender de este proceso.

He dividido la ponencia en cuatro partes: en primer lugar discutiremos brevemente cómo se analiza una política pública, para aplicar algunos de estos principios a la APS. Luego dedicaremos un mayor espacio a analizar

el contexto donde se formulan y aplican las políticas públicas de salud, porque es en este contexto donde se ha aplicado la APS. Dedicaré la tercera parte de la ponencia a explicar el desempeño de la APS en este contexto y finalmente, someteré a su consideración algunas reflexiones derivadas de este análisis.

Cómo analizar las políticas públicas

Obviando algunas discusiones de fondo, las políticas públicas son *directrices emanadas de un sistema político, que se imponen al colectivo como manera de proceder frente a un asunto específico, el cual se considera de interés público* (3). Desde esta perspectiva la APS fue desde su origen la expresión de una política pública mundial, adoptada por los gobiernos del Mundo que pretendía orientar la gestión de los gobiernos y las comunidades hacia la equidad en salud. En consecuencia, la APS puede analizarse y valorarse de manera similar a como se hace con otras políticas.

* Conferencia dictada en el 6º Congreso Internacional de Salud Pública "Atención primaria en salud", 11, 12 y 13 de junio de 2009.

Esta pretensión reviste cierta dificultad porque la noción de política pública ha cambiado notablemente en los últimos años, arrastrando a su paso la comprensión y aplicación de la APS. Al igual que las concepciones sobre el Estado, el derecho y lo público, las políticas públicas son construcciones sociales muy heterogéneas, resultantes de relaciones de poder y de procesos complejos que ocurren en contextos históricos particulares, y donde los intereses y los conflictos presentes desempeñan un papel determinante.

Para comprender una política pública es necesario dar cuenta como mínimo de cinco condiciones que determinan su naturaleza y dinámica: el contexto histórico, los actores involucrados, los aspectos formales, los resultados de la decisión y especialmente el proceso (*policymaking*) que llevó a su implantación (4). En esta ponencia abordaremos algunos de estos aspectos.

El contexto de las políticas públicas en general

El contexto económico

La APS surge en un mundo especialmente polarizado entre dos bloques económicos y políticos, cuya confrontación marcó la historia del siglo xx: el socialismo y el capitalismo. Estas tendencias sostienen posiciones contrarias en relación con los principios que deben regular la sociedad y particularmente frente los derechos de las personas y el papel del Estado.

Para los países socialistas, fortalecidos en Europa oriental y Asia desde mediados del siglo pasado, los grandes problemas que afectan a la sociedad se derivan de la explotación de los trabajadores y de la apropiación privada de los medios de producción; el papel de los Estados socialistas es garantizar la transición hacia una sociedad igualitaria mediante intervenciones que garanticen la primacía de los intereses colectivos, aunque ello implique limitar los derechos individuales incluyendo la propiedad privada. Más adelante veremos que los regímenes socialistas reconocen la competencia del estado para regular las actividades sociales y formular políticas fuertes.

En el resto del mundo, predominó en cambio el modelo capitalista, cuyos fundamentos sostienen que el crecimiento y el desarrollo de los pueblos dependen de la capacidad de los individuos para generar riqueza en el ámbito de los mercados. El éxito de los mercados depende a su vez de que los individuos puedan hacer sus transacciones con la mayor libertad, sin presiones externas indebidas por parte del Estado o de grupos hegemónicos. Es por su énfasis en el principio de la libertad de acción de los agentes del mercado, que este modelo se autodenomina liberalismo. En la defensa del derecho a la propiedad privada y la libertad de la iniciativa individual para interactuar en los mercados coinciden los economistas, políticos y gobernantes liberales. Donde no han llegado a un consenso es en el papel que debe jugar el Estado en la sociedad, y a este respecto las ideologías que soportan el sistema capitalista se dividen en dos grupos opuestos: los keynesianos y los neoliberales (figura 1).

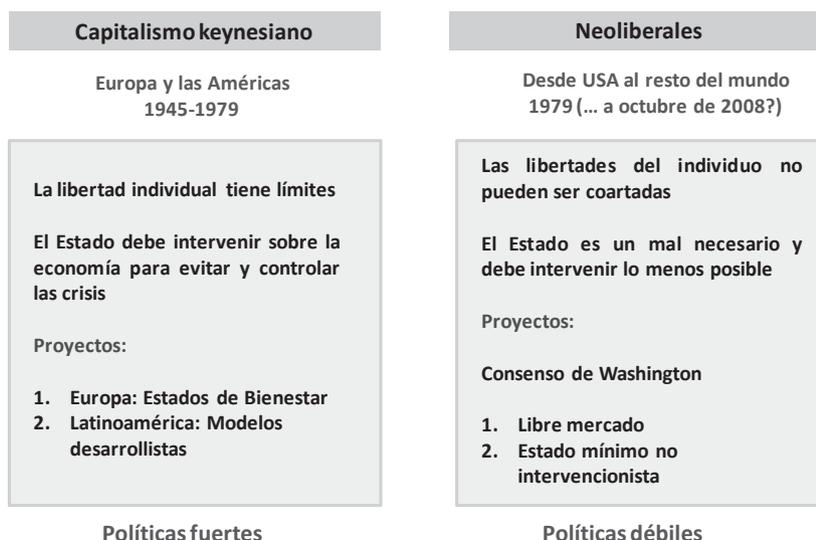


Figura 1. Estado y regulaciones en las sociedades capitalistas

De un lado se encuentran los keynesianos quienes reconocen los límites de la libertad individual y proponen una intervención firme del Estado sobre la

economía, no sólo para evitar posiciones hegemónicas en los mercados sino para prevenir y controlar las crisis. Los principios del keynesianismo surgieron como una

propuesta desesperada del capitalismo para superar sus crisis de comienzos de siglo, y fueron aplicados de una u otra manera en gran parte de los países occidentales hasta la década de 1970. En Europa, las reivindicaciones logradas por las clases populares desde fines del siglo XIX que reconocían la legitimidad de los derechos sociales y la adopción de los principios keynesianos de un Estado fuerte, activo e intervencionista, fortalecieron los proyectos del Estado de bienestar rector y proveedor directo de servicios. En Latinoamérica, los principios keynesianos fueron asumidos por los gobiernos en el marco de los enfoques desarrollistas que predominaban en la región, y su aplicación tuvo resultados muy distintos a los observados en Europa, pues la marcada concentración de la riqueza, la corrupción, la desfinanciación de los Estados Unidos y la pobre capacidad de respuesta de sus gobiernos frente a las necesidades colectivas limitaron sus alcances.

De otro lado del debate se encuentran los economistas y políticos neoliberales, quienes defienden hasta sus últimas consecuencias las libertades individuales y se oponen a la regulación estatal. Para estos pensadores el mercado es el mejor medio de resolver las necesidades colectivas y el papel del Estado debe limitarse a establecer regulaciones o lineamientos dirigidos a impedir que algunos agentes impongan sus reglas indebidamente. La tendencia neoliberal se fortaleció en el mundo occidental desde la década de 1980 impulsada por lo que se ha denominado *el Consenso de Washington*, nombre dado por Williamson (5) a un conjunto de lineamientos establecidos por los organismos financieros y el gobierno de los Estados Unidos, los cuales propenden por la libertad de iniciativa de los agentes privados en los mercados y la reducción de los controles estatales. El enfoque neoliberal se expandió con mucha fuerza desde fines de los años setenta, impulsado por los gobiernos de Thatcher y Reagan y por la banca internacional y ha fundamentado desde entonces las políticas sociales y económicas predominantes en el mundo.

Las políticas públicas en los regímenes intervencionistas

En el momento en que surge la APS predominaban en el mundo los principios intervencionistas, tanto en los países socialistas como en los países capitalistas. Durante este período predominó un enfoque conceptual de los asuntos públicos influenciado por corrientes modernas institucionalistas, que creen en el Estado, en el orden institucional y en la racionalidad de las decisiones. Estas corrientes definen las políticas públicas como *aquellas directrices emanadas del Estado, que se imponen al colectivo como manera de proceder frente a un asunto específico considerado de interés público*, las cuales se manifiestan de forma complementaria en el ámbito jurí-

dico como leyes, decretos y demás normativas oficiales, y en el ámbito programático como planes, programas y proyectos.

Las propuestas institucionalistas fijan su posición frente a tres características esenciales de las políticas públicas:

- La obligatoriedad de las políticas: en primer lugar se reconoce a las políticas públicas un carácter taxativo, que las diferencia claramente de las recomendaciones, los consejos o las buenas intenciones. Las políticas públicas se consideran, por definición, de obligatorio cumplimiento, y obligan tanto a ciudadanos como a gobernantes. Desde esta perspectiva, carece de sentido formular políticas públicas para que unos u otros las desconozcan a su arbitrio y conveniencia.
- El papel protagónico del Estado: este enfoque reconoce al Estado el papel protagónico en la formulación y gestión de las políticas públicas, e implícitamente niega la competencia directa de los particulares para imponer directrices taxativas al resto de la sociedad, a menos que lo hagan a través del Estado.
- La valoración de lo público: La concepción predominante en este período supone que los asuntos de interés público deben ser objeto de políticas públicas y no de transacciones privadas. Este tema es especialmente controversial, al interior del modelo, porque la noción de lo público ha tenido un desarrollo precario en occidente; sin embargo, el enfoque institucionalista asocia el significado de lo público con aquellos procesos de elección cuyo resultado tiene un efecto colectivo, para diferenciarlo de los asuntos privados, que se asocian con decisiones individuales y no afectan la decisión de los demás.

Estos principios no son acogidos siempre de la misma manera y en la práctica los gobiernos los aplican de forma diferente en el marco del enfoque ideológico predominante en cada país.

Para comprender los alcances de la APS en los distintos países, es conveniente que establezcamos algunas diferencias entre el capitalismo Europeo y el latinoamericano. Ambos son intervencionistas y comparten dos características: reconocen la competencia del Estado para administrar los bienes y servicios públicos y asumen la gestión de las políticas como un asunto técnico ligado a la planificación.

Sin embargo, en los Estados europeos del bienestar, la historia de reivindicaciones sociales del siglo XIX había consolidado una tradición relacionada con la noción de ciudadanía y las políticas públicas de la época reflejaron la presión social en defensa de los derechos ciudadanos (6). En los países Europeos de la postguerra, los gobiernos no se limitaron a definir las políticas públi-

cas sino que las aplicaron directamente y para ello desarrollaron una fuerte infraestructura de servicios públicos operados directamente por el Estado y financiados por la ciudadanía a partir de los impuestos. En esta época los Estados de bienestar crearon, financiaron y administraron directamente hospitales, escuelas, hidroeléctricas y demás servicios públicos considerando que de esta manera garantizaban los derechos ciudadanos de la población. Una versión diferente se dio en América latina donde los gobiernos asumieron un modelo desarrollista dirigido a promover la industrialización a la usanza de los países ricos, pero en contextos de corrupción, autoritarismo y desfinanciación. Aunque el desarrollismo compartía con los Estados de bienestar su tendencia a administrar directamente los servicios públicos, nunca estuvo inspirado por los principios de derecho ciudadano ni el respaldo financiero que se dio en Europa y sus resultados fueron muy diferentes (7). En los Estados socialistas y en los Estados bienestaristas europeos, las políticas públicas se centraron en las necesidades básicas reconocidas como derechos ciudadanos; en América Latina las políticas públicas también se dirigieron a las necesidades básicas, pero su aplicación tuvo un enfoque asistencialista y la corrupción y la escasa financiación limitaron sus alcances.

A pesar de sus diferencias, en ambos regímenes se asumía que las políticas públicas eran el producto de un proceso técnico, eminentemente racional y ligado a la planificación.

Las políticas públicas en los regímenes neoliberales

La década de 1980 fue un período muy particular de debate político y económico entre las potencias mundiales reconocido como la guerra fría, donde sus enfoques se confrontaron y antagonizaron. En este contexto polarizado entre el bloque socialista y el capitalista, los mecanismos de regulación estatal se convirtieron en un debate central. Para los países socialistas la competencia del Estado para fijar directrices se consideraba legítima, y de hecho aplicaban criterios de planificación centralizada que regulaban fuertemente los mercados. En los países capitalistas la regulación estatal era más difícil de aceptar y los grupos económicos se resistieron políticamente a las intervenciones estatales.

Por esta época, el fortalecimiento económico y político de la banca internacional expandió en el mundo el proyecto neoliberal y desplazó tanto al capitalismo keynesiano como al socialismo soviético. Hay varias explicaciones para este proceso. Algunos autores proponen que el neoliberalismo es la consecuencia natural de las repetidas crisis de la economía mundial y especialmente del fracaso de los principios keynesianos para generar empleo y controlar la inflación, de los conflictos en medio oriente y la crisis del petróleo. Otros, sin embargo,

consideran que responde más a un proceso político proactivo impulsado tanto por las transnacionales en su afán de sacudirse los controles estatales, como por los inversionistas interesados en apoderarse del mercado de los servicios públicos, que para entonces eran administrados por los Estados keynesianos.

El caso es que, los neoliberales se propusieron desmontar los Estados intervencionistas, liberalizar el comercio y privatizar los servicios públicos potencialmente rentables (atención médica, educación, transporte, comunicaciones, agua potable, energía, etc.) y para ello contaban con dinero y poder político. En cumplimiento del consenso de Washington los gobiernos latinoamericanos se descentralizaron, fraccionaron y debilitaron, y sus políticas se diluyeron, desde entonces, en recomendaciones y modulaciones cuyo contenido legitimaba las directrices emanadas de los organismos financieros. Este proceso no se limitó a Latinoamérica y se extendió también a otros países del tercer mundo.

En la medida en que los países periféricos adoptaban el modelo neoliberal, su concepción de las políticas públicas cambiaba profundamente (8). El Estado se retrae y se produce un fenómeno de desregulación (liberalización) que asume diferentes matices; por una parte, la normatividad vigente se debilita de manera progresiva y sólo conservan su fuerza aquellas políticas que garantizan el proyecto neoliberal. Por otro lado, como ocurre en Colombia, el exceso de regulaciones casuísticas genera un entorno especialmente confuso, donde la interpretación de las normas es fijada por los grupos con mayor poder político.

Los intereses económicos que dieron origen al neoliberalismo, se reflejan también en el contenido de sus políticas públicas que se centran de manera prioritaria en mejorar la ganancia de los procesos, consolidar los derechos individuales de propiedad, reducir los costos de transacción y optimizar la captura de rentas. El modelo neoliberal incluye también una política social que se concreta en la focalización del gasto público hacia los más pobres mediante proyectos selectivos costo eficientes que minimicen los gastos. En relación con la fuerza de las políticas públicas, el enfoque neoliberal considera que los agentes sociales son libres para elegir, participar y consumir y que son plenamente conscientes de sus actos; en consecuencia no se requieren directrices obligatorias que se impongan a las decisiones individuales. Desde esta perspectiva y con excepción de las normas que consolidan el modelo económico, los gobiernos neoliberales abandonan progresivamente su confianza en la racionalidad, la objetividad y la taxatividad de las políticas públicas, las cuales se convierten en recomendaciones generales, con frecuencia contradictorias; los decretos son sustituidos por contratos que el Estado establece con el sector privado y se produce un fenómeno

de privatización de las políticas públicas en la medida en que las necesidades públicas recaen en particulares que controlan recursos públicos. Los derechos civiles de primera generación, los derechos sociales de segunda generación y los derechos solidarios de tercera generación son desplazados y sustituidos progresivamente por derechos programáticos a los que pueden acceder quienes tienen capacidad de pago.

El contexto ideológico

Recopilando, el análisis de las políticas públicas es un asunto muy antiguo, pero en los últimos años se ha debatido entre dos corrientes: la modernidad y la postmodernidad.

La modernidad es el proyecto ideológico generado en el seno de las sociedades industriales que predominaron en el mundo entre los siglos XVIII y XX. La modernidad confía en la razón, en el ordenamiento y en las instituciones por eso, durante este período se desarrollan y fortalecen las nociones de lo público, del Estado y de políticas públicas.

Desde finales del siglo XX, el fortalecimiento del capital financiero introdujo en cambio enorme en la manera de entender la vida y la sociedad que algunos autores han denominado post-modernidad, que sustituye rápida y progresivamente las concepciones y valores del período anterior. La postmodernidad refleja el interés de los inversionistas por sacudirse los controles sociales de tipo ético y político, y coincide en muchos aspectos, aunque no totalmente con los principios neoliberales; los ideólogos de la post-modernidad expanden por el mundo una actitud de desencanto por las estructuras y valores previos y legitima el eclecticismo; nada vale y cualquier cosa vale; el Estado, sus aparatos, sus políticas y sus mecanismos de regulación son duramente cuestionados. Las políticas públicas se debilitan y se convierten en recomendaciones que se pueden asumir o no a conveniencia.

En el mundo, ¿quiénes definen las políticas de salud?

Con frecuencia se asume que los gobiernos locales son responsables de las políticas públicas. Este supuesto viene perdiendo validez en un mundo globalizado donde los organismos internacionales y los grupos económicos juegan un papel cada vez más preponderante. Para entender por qué surgió la APS y cuál ha sido su desempeño, es necesario considerar cómo se generan y aplican las políticas de salud.

En el ámbito internacional, varios actores han jugado un papel protagónico tanto en la definición de las políticas sanitarias en general como en la aplicación de la atención primaria en particular y sus intereses, acciones

y omisiones explican por qué esta estrategia ha mostrado éxitos en algunas regiones y fracasos en otras. Entre estos actores merecen atención especial los organismos que pertenecen al sistema de Naciones Unidas, las agencias financieras y las élites locales.

El papel de Naciones Unidas en las políticas sanitarias

En 1945, al terminar la Segunda Guerra Mundial, los aliados promovieron la creación del Sistema de Naciones Unidas para mantener su control sobre las políticas internacionales. La Organización de las Naciones Unidas (ONU) representó desde su nacimiento los intereses de las grandes potencias vencedoras que definieron y se aseguraron de controlar sus organismos de dirección: la Asamblea General, el consejo de seguridad, el secretariado, la Corte Internacional de Justicia, el Consejo de Fideicomiso y el Consejo Económico y Social; este último responsable de coordinar los esfuerzos de múltiples comités, comisiones y agencias especializadas. Simultáneamente, se crearon varias agencias especializadas de asesoría técnica; entre ellas la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) y la Organización Internacional del Trabajo (OIT); estas agencias fueron dotadas de estructuras administrativas y presupuestos propios que debían aportar los países miembros.

Entre 1945 y 1980, las Naciones Unidas fueron controladas por los Estados Unidos y las potencias capitalistas que aportaban la mayor parte de los fondos y fijaban sus políticas. La situación mencionada cambió en la década siguiente cuando muchas antiguas colonias se hicieron independientes y se unieron a la ONU. Este proceso puso en evidencia que los intereses de las potencias capitalistas chocaban con frecuencia con los intereses de los demás estados miembros, muchos de los cuales se aliaron al bloque soviético y se distribuyeron los diferentes organismos y sus presupuestos. En medio de la guerra fría, la OMS quedó bajo el control de las potencias capitalistas y la UNESCO bajo el bloque socialista.

A pesar de la polarización, en el seno de la OMS se hizo evidente la crítica situación sanitaria de los países más pobres, y algunas de sus posiciones, impulsadas por el bloque socialista y los países no alineados, la distanciaron de las potencias capitalistas. Dos de estas políticas la enfrentaron directamente con los Estados Unidos: la política de medicamentos esenciales y la promoción de la lactancia materna.

Uno podría pensar desprevenidamente que las políticas de salud van a ser apoyadas por todo el mundo y que nadie va a oponerse. En la práctica no ocurre así. La política de medicamentos esenciales, promovida por

la OMS bajo la Dirección de Halfdan Mahler, instaba a los gobiernos a racionalizar su uso y a garantizar para las poblaciones el acceso económico a los medicamentos básicos. Esta decisión afectaba directamente los intereses de la industria farmacéutica controlada por unas pocas pero grandes compañías multinacionales, donde 11 de las 18 más grandes eran americanas. Sus ingresos anuales eran gigantescos; a mediados de los 80, solamente los ingresos de Bayer oscilaban alrededor de US14 billones de dólares. Estas empresas se opusieron al programa férreamente y ejercieron una fuerte presión sobre la OMS y el Gobierno de los Estados Unidos (2, 4).

Un curso similar siguió la promoción de la lactancia materna, una política dirigida a evitar las muertes por desnutrición en los países del tercer mundo, que desestimulaba el uso de sustitutos de la leche materna en los primeros meses. Para la época el mercado mundial de lácteos era controlado por 12 compañías que en 1983 movilizaban US3.3 billones de dólares, una tercera parte de los cuales correspondían a ventas de la Nestlé. La confrontación fue dura en el ámbito internacional pero Mahler se mantuvo en su punto (2, 4).

A pesar de la oposición, el prestigio técnico de la OMS, ampliamente reconocido para esta época, junto al apoyo de los gobiernos socialistas y del tercer mundo, hicieron posible que ambas políticas se aplicaran en varios países, por lo menos por algún tiempo más. Sin embargo la ruptura era inevitable y en 1990 los Estados Unidos suspendieron sus pagos a la OMS (4). La organización experimentó un duro revés financiero, y el reemplazo de Mahler marcó un nuevo período para sus políticas.

El papel de los organismos financieros

Los organismos financieros vienen desempeñando un papel cada vez más importante en la definición y aplicación de las políticas sanitarias. En julio de 1944, por la misma época en que se creó la ONU, los Estados Unidos e Inglaterra promovieron la realización de la Conferencia monetaria y financiera de las Naciones Unidas donde se definieron las políticas del Nuevo Orden Económico Internacional, conocidas como los consensos de Bretton Woods (por el nombre del complejo hotelero estadounidense donde se realizó la reunión). El objetivo de la conferencia era estabilizar la balanza de pago de los países con fundamento en el dólar; para contribuir a la aplicación de las decisiones asumidas por los participantes, se firmó el acuerdo general sobre comercio y aranceles (GATT) y la creación de dos agencias financieras: el Banco Mundial (BM) y el Fondo Monetario Internacional (FMI). Estas dos agencias se incorporaron un año más tarde al sistema de Naciones Unidas, del cual forman parte, aunque con mandatos y esquemas de organización propios. El BM ha centrado sus metas en prestar dinero a

los países menos desarrollados, el FMI en proveer financiación y rectificar a corto plazo la balanza de pagos y el GATT en desalentar las restricciones al libre flujo del mercado y las inversiones.

El BM está constituido por varias instituciones estrechamente relacionadas, entre ellas el Banco Anglo-Americano que ejerce una influencia marcada en la institución, el Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento (BIRF) y la Asociación Internacional para el Desarrollo (AID); según sus estatutos, el derecho al voto depende del número de acciones de cada miembro; “aproximadamente el 45% de las acciones pertenecen a Japón, USA, Alemania, Inglaterra y Francia, pero rara vez se vota. La burocracia del grupo directivo del banco refleja el poder de los accionistas y suele tomar las decisiones” (4). El capital del banco está constituido por aportes de los socios y por empréstitos procedentes de los inversionistas financieros.

Algo similar ocurre con el FMI, creado con el fin de alentar a los países a adoptar medidas de política económica que eviten las crisis en los sistemas monetarios. El fondo presta también dinero a los países miembros que necesiten financiamiento temporal para superar los problemas de balanza de pagos.

Desde 1980, la recesión y el problema de la deuda externa aumentaron el poder económico de las transnacionales y la banca internacional. Sus intereses convergen en el Banco Mundial y en el FMI, que adquieren un poder político enorme y exigen como parte de los contratos de préstamo un estricto paquete de “condiciones”, entre las cuales figuran políticas y programas económicos que los receptores deben comprometerse a cumplir para poder acceder a los fondos. Aunque estas condiciones varían en cada caso, la mayoría de los préstamos imponen algún régimen de austeridad fiscal a través de la reducción del gasto público, la privatización de los bienes y servicios públicos, el desmonte de las barreras al comercio internacional y los subsidios gubernamentales (9).

El poder político de la banca internacional representado en ambas instituciones es actualmente enorme y ningún país ha podido resistírseles a pesar de que sus políticas han sido objeto de fuertes críticas (4). El año pasado (2008) el Secretario General de la ONU atribuyó la crisis de alimentos a las políticas de ajuste promovidas por ambas agencias. A fines del mismo año, al presentarse la crisis económica de Estados Unidos y Europa, muchas voces se levantaron destacando el fracaso de las políticas económicas defendidas por el banco y el FMI.

La cuestión de si los programas del FMI han impactado o no la salud y la infraestructura sanitaria ha sido también una fuente continua de controversia en los últimos años. A mediados de la década de 1980, el informe de UNICEF *Ajuste con rostro humano* (10) sugirió que los

programas de reforma estructural del FMI habían despojado de sus derechos a las poblaciones pobres. Una década después, algunos académicos y ONG sugirieron que los objetivos inflacionarios conservadores de los programas del FMI (fijados a menudo por debajo del 5%) estaban minando los esfuerzos en el control de las enfermedades infecciosas, particularmente en el contexto de las epidemias de VIH/Sida y tuberculosis (11). Las metas fijadas por el FMI constriñeron la salud pública y el gasto social, por ejemplo, reduciendo el gasto público social y reestructurando la financiación y la oferta de la atención médica a menudo por la vía de la privatización de los servicios de salud. Aunque el BM y el FMI no aconsejan explícitamente a los gobiernos que reduzcan los gastos sociales, los funcionarios de los gobiernos son totalmente conscientes de que, en la práctica, las políticas de ajuste se traducen a menudo en una reducción de la inversión en salud, educación y servicios sociales, como medios para lograr las metas económicas (4, 12). Para explicar los efectos desfavorables del FMI en la salud, se han propuesto varias hipótesis, incluyendo una gran variedad de problemas, como la emigración de personal de salud, la reducción de la vigilancia y el tamizaje de enfermedades, el debilitamiento de redes de seguridad social, el decaimiento de economías de subsistencia, los patrones de urbanización y migración, el empobrecimiento y el aumento de las desigualdades.

En 2007, el Centro para el Desarrollo Global conformó un grupo activo con los principales economistas del FMI y el BM, así como con expertos de salud pública, para evaluar los efectos del FMI en el sector salud. El informe final concluyó que “las acciones de FMI han reprimido excesivamente las opciones políticas de los países, de varias maneras” y que es necesario hacer más para ayudar a explorar un rango más amplio de “opciones políticas” (12). En 2008, un estudio realizado por profesores de las universidades Cambridge y Yale en los países comunistas después de la desintegración del bloque soviético (11) encontró que la participación en programas de préstamo del FMI, se asociaba con aumentos del 13.9% en la incidencia de tuberculosis, 13.2% en su prevalencia y 16.6% en su tasa de la mortalidad. Según los autores, estas cifras corresponden a los cientos de miles de nuevos casos y muertes por tuberculosis observados en esta región desde que hicieron los contratos de préstamo.

La responsabilidad de los gobiernos locales

Las políticas de los organismos financieros no hubieran podido expandirse en el mundo sin la activa colaboración y participación de los grupos que tenían el poder político en cada país. En ocasiones, las reformas se realizaron de forma violenta, como ocurrió en Chile y Argentina bajo las dictaduras de Pinochet y Videla. En otros países, el ajuste comenzaba con reformas constitucionales

que ajustaban el Estado a los principios del consenso de Washington y eran promovidas directamente por inversionistas locales con el apoyo del banco y el FMI. De lo anterior se deduce que los gobiernos nacionales y locales han tenido y tienen una gran responsabilidad en la implantación de las políticas públicas fijadas por los bancos.

El caso particular de la atención primaria de salud

En este contexto se formuló en 1978, la APS. Por esta época la situación económica del mundo era especialmente difícil. El 70% de la población mundial recibía el 30% de la riqueza y la diferencia entre los países ricos y los países pobres era cada vez mayor. En América latina, los indicadores de morbi-mortalidad eran críticos y cerca del 45% de la población no tenía acceso alguno a servicios de salud. Con el propósito de responder a la crisis social y sanitaria, la III reunión de Ministros de Salud de las Américas, realizada en Santiago de Chile en 1972 e inspirada en enfoques desarrollistas de corte keynesiano, consideró que el problema central de la región era el acceso a la atención médica y se propuso como meta para el decenio extender coberturas con servicios estatales a las poblaciones más desprotegidas. Más que atacar las causas sociales y económicas de la problemática sanitaria, este análisis proponía soluciones río abajo reorganizando los servicios de atención médica. Fieles a los principios de los estados intervencionistas y a pesar de su déficit creciente, los gobiernos de América latina asumieron, desde el sector público, la responsabilidad de aumentar las coberturas. En los años siguientes prácticamente todos los planes de salud de la época hicieron énfasis en ampliación de coberturas, con servicios financiados por el Estado. No se necesitaba un análisis muy profundo para prever que una política dirigida a aumentar coberturas sin contar con recursos suficientes y que al mismo tiempo dejaba ilesos los patrones de concentración de la riqueza, estaba condenada al fracaso.

En el ámbito mundial, a pesar de la guerra fría y sus diferencias internas, la ONU debió reconocer la miseria e inequidad que avanzaba en los países no industrializados. En 1974, impulsada por el bloque socialista, la Asamblea general de la ONU adoptó la declaración sobre el Nuevo Orden Económico Internacional (NOEI) (13) que defendía la justicia económica y la cooperación entre los países pobres y los ricos. Esta directriz, acordada por la Asamblea General, demandaba de los países miembros esfuerzos para impulsar la equidad, la igualdad, la soberanía e interdependencia de los Estados, la definición de problemas comunes y la cooperación internacional para resolverlos; en un contexto de polarización política, estos consensos representaron un avance diplomático notable. Sin embargo, las propuestas de solución se diluían

en recomendaciones generales de tipo técnico y desconocían las causas estructurales de la inequidad. Según la ONU el compromiso de los gobiernos debía expresarse de manera concreta en la planificación y en los acuerdos internacionales (14).

Las políticas del NOEI fracasaron al poco tiempo. En el contexto de la guerra fría entre los bloques capitalista y socialista, los países industrializados dieron más importancia a la carrera armamentista y la defensa militar que a la inversión social y el NOEI se diluyó en una práctica de sálvese quien pueda que iniciaron los países ricos y fue seguida por los países de la periferia.

Inspirada en los planteamientos del nuevo orden económico internacional, la Asamblea Mundial de la Salud de la OMS acordó en 1977 proponer a los gobiernos del mundo la meta salud para todos en el año 2000 (SPT/2000). Estrictamente hablando, la meta era también una política reformista que no atacaba las condiciones estructurales causantes de la crisis social y sanitaria en los países del tercer mundo y en tal sentido las grandes potencias no tuvieron reparos en suscribir la versión final. La meta incluía algunas innovaciones especialmente importantes para la posteridad; entre ellos tratar la salud como uno de los componentes del bienestar, que expresa y resulta de las condiciones históricas de los grupos humanos. Desde este punto de vista los niveles de salud se consideraban profundamente relacionados con las condiciones de vida de las poblaciones y debían abordarse conjuntamente con los demás programas que apuntaban al bienestar social. En su formulación, la OMS consideró también que la inequidad era el principal obstáculo para alcanzar la meta SPT/2000; por esta razón encañecía a los países miembros luchar por la disminución de la inequidad para mejorar la salud, y define objetivos concretos en este campo: aumentar la esperanza de vida, reducir los niveles de mortalidad y mejorar el acceso, el uso y la organización de los servicios. A pesar de su amplia fundamentación teórica las propuestas de SPT2000 no atacaban la estructura de la inequidad y se centraban en el aumento de coberturas con servicios básicos de atención médica, dando prioridad a los grupos postergados.

La reunión de Alma Ata

En 1978, y por iniciativa de la UNICEF y el Ministerio de Salud de la Unión Soviética, la OMS convocó la Conferencia de Alma Ata, con el objetivo de analizar y proponer estrategias que permitieran lograr la Meta SPT2000. La reunión contó con la participación de 134 gobiernos, expertos de diferentes naciones, 67 organismos internacionales y varias organizaciones no gubernamentales. Era la primera vez que se reunían representantes de todos los países del mundo para acordar una política sanitaria. Era también la primera vez que los problemas

sanitarios de los países más pobres se analizaban como un problema de interés público internacional (2).

Después de múltiples debates, los participantes lograron ponerse de acuerdo en una declaración final y la conferencia terminó con un gran entusiasmo por parte de los países del tercer mundo y el respaldo aparente de las potencias.

A diferencia de lo que muchas personas piensan, la declaración de Alma Ata más que un manual de recomendaciones técnicas para organizar los servicios de salud, era un mensaje cargado de connotaciones políticas que propendían por la transformación de una sociedad afectada por la pobreza y la desigualdad. La declaración recogía los intereses de expertos y delegados de países y regiones que veían en los acuerdos logrados durante la reunión, las claves para reducir las desigualdades en salud mediante una acción concertada e intersectorial que incluía a las comunidades en la toma de decisiones. El núcleo de Alma Ata radicaba en su reconocimiento de que la salud dependía de las condiciones de vida de la gente y muy especialmente de las condiciones socio-económicas; por esta razón defendía que la única manera de mejorar la salud era actuando ordenadamente desde diferentes frentes y optimizando los recursos disponibles.

Si se examina con cuidado el texto de la declaración, Alma Ata comienza rechazando la desigualdad entre los países pobres y ricos y afirmando que el desarrollo económico basado en un NOEI es esencial para conseguir la salud para todos. Esta visión integral de la salud nos permite entender por qué los diferentes componentes de la atención primaria aluden a la integralidad, a la articulación, a la potenciación de todos los recursos disponibles, a la intersectorialidad y al esfuerzo mancomunado para superar las desigualdades sociales y proteger a los más pobres. Explicar la pobreza y el subdesarrollo es un asunto difícil donde entran en juego varios intereses económicos y políticos que se imponen a los análisis. El contenido de la declaración de Alma Ata fue el producto de una negociación entre dos bloques opuestos y por eso no es extraño que al regresar a sus países, los líderes y gobernantes la aplicaran a su manera y desde sus propias ideologías (15).

En los meses siguientes, el compromiso político con los acuerdos de Alma Ata se puso en blanco y negro. Los países socialistas la acogieron como elemento prioritario de sus políticas sociales y desarrollan sus programas en el marco de sus sistemas nacionales de salud. En 1979, a menos de un año de la conferencia, el BM consideró que los costos de la APS “incluyente” eran demasiado altos (entre 5.4 y 9.3 mil millones de dólares para el año 2000) (2), por tal razón proponía aplazar la aplicación de APS integral, en su lugar, asumir formas de APS focalizadas en el control de algunas enfermedades específicas “más rentables”: vacunaciones, promoción de un período de

amamantamiento más prolongado, acciones para el control de la malaria y rehidratación oral (16). Esta era una concepción focalizada de la APS que iba en contravía con la concepción integral de Alma Ata pero se ajustaba mejor a los modelos de mercado y no se oponía a la concentración y centralización de la riqueza. La misma UNICEF, cuyo anterior director había apoyado la conferencia de Alma Ata, no tuvo inconveniente en adherirse a la APS selectiva y lanzó en 1982 el programa Una revolución Infantil (17). Al igual que UNICEF, los gobiernos de Estados Unidos, Inglaterra y otras agencias abandonaron el enfoque político de Alma Ata, y asumieron la APS selectiva, los programas verticales y las acciones focalizadas como su estrategia básica. Algunos de los países del tercer mundo insistieron en aplicar la APS integral a pesar de sus escasos recursos. Sin embargo y de manera progresiva, los gobiernos del mundo capitalista fueron dejando de lado las pretensiones universalistas de la APS y su estrecha relación con el desarrollo social para organizar sus sistemas de servicios con criterios de mercado y organizar la APS como un conjunto de paquetes de servicios para los más pobres (1).

Efectividad de la APS

Los resultados de la APS han sido objeto de debate, sin embargo, la controversia puede ser difícil de resolver por cuanto la estrategia se ha aplicado de múltiples formas, en diferentes contextos y con objetivos distintos (18-21).

Desde 1980 el BM y el FMI promovieron la inversión en acciones focalizadas de APS y en programas selectivos financiados con empréstitos condicionados. El resultado fue decepcionante. En África subsahariana (22) el gasto en salud se redujo notablemente y en los países post comunistas aumentaron la incidencia, prevalencia y mortalidad por tuberculosis. En 2001 Lancet (23) destacó los efectos desfavorables del BM en relación con enfermedades no tratadas, acceso reducido a la atención, uso irracional de medicamentos y empobrecimiento a largo plazo. El fraccionamiento de oferentes y la multiplicidad de actores ocasionaron serios problemas de administración y gobernabilidad (2). Los programas verticales asumidos por iniciativa de múltiples patrocinadores, a menudo con sus propios sistemas de gestión, debilitaron la infraestructura de la red de servicios y sustrajeron recursos humanos necesarios para la prevención y el tratamiento de las enfermedades más comunes, fragmentaron los sistemas y generaron el caos, tal como lo reconoce el mismo FMI (24).

En los países del tercer mundo, la aplicación de la APS integral superó la capacidad financiera del sector y derivó en programas selectivos para los más pobres de los pobres. Sin embargo no todo fue un fracaso. La APS integral mostró ser relativamente exitosa en países don-

de contó con respaldo político, a pesar de sus escasos recursos y contribuyó a racionalizar el gasto (18, 25).

América latina: los gobiernos neutralizan el carácter político de la APS

En gran parte de América latina, los gobiernos de la época, que representaban los intereses políticos de las élites económicas, convirtieron la APS en un conjunto de recomendaciones técnicas para fortalecer los servicios médicos de primer nivel y la despojaron de su incómoda connotación política. La aplicación de la APS se asignó a los ministerios de salud que solo conservaron de la estrategia aquellos elementos técnicos relacionados con transformaciones intrasectoriales políticamente correctas. La estrategia, inicialmente orientada a cerrar las brechas y lograr la salud para todos, se sometió a un proceso de desideologización que la despojó de su connotación política original y limitó su capacidad para generar las transformaciones sociales requeridas.

La APS en Colombia

En Colombia, durante la vigencia del Sistema Nacional de Salud (SNS) (1978-1990), los gobiernos limitaron la aplicación de la APS al fortalecimiento de algunos servicios médicos en los puestos, centros y hospitales de baja complejidad, a la vinculación de promotores rurales, al desarrollo de programas focalizados de salud (inmunizaciones, tuberculosis, malaria) y a la organización de conferencias informativas para la gente. Con excepción de algunos casos aislados, no hubo en el país un abordaje intersectorial ni articulado para el control de los determinantes de la salud, ni se permitió que las organizaciones populares participaran en decisiones cruciales como la definición de los presupuestos, la evaluación de los servicios o los nombramientos de los funcionarios. Durante la vigencia del SNS, los grupos en el poder representados por los gobiernos de turno, neutralizaron el enorme potencial de los argumentos propuestos por la APS. A pesar de que teóricamente se insistía en la APS como una estrategia prioritaria, la práctica la fue reduciendo a un conjunto de actividades sectoriales del primer nivel.

A fines de los setenta, los grandes inversionistas mundiales descubrieron el enorme potencial del negocio de los servicios públicos y decidieron expandirse a este sector. Utilizando diferentes estrategias que iban desde la argumentación técnica al golpe militar, los comerciantes se apoderaron progresivamente de los servicios públicos que antes eran manejados por los Estados. En los países de América latina este proceso comenzó con la aplicación de reformas estructurales del Estado impulsadas a la luz del consenso de Washington.

En Colombia, las reformas de primera y segunda generación que se dieron a mediados de los ochenta, in-

trodujeron en la gestión sanitaria elementos ideológicos cada vez más distantes de los planteamientos de Alma Ata y que dan lugar a la Ley 100 de 1993.

Desde su origen, el sistema colombiano de seguridad social asumió los servicios individuales de salud como mercancías de rentabilidad variable y bajo la dirección del Gobierno nacional el sistema de salud se organizó como un mercado de servicios. Aquellos servicios que no podían facturarse fácilmente y que no ofrecían un margen de utilidad aceptable, como las acciones colectivas, las actividades intersectoriales y comunitarias y los servicios desarrollados por promotores, parteras y personal auxiliar se dejaron progresivamente de lado hasta que desaparecieron casi por completo. La administración sanitaria pasó a manos de economistas liberales que no veían claramente la importancia de promover acciones tan poco rentables como la participación comunitaria, la contratación de una promotora rural, los programas especiales de salud pública o la programación de actividades colectivas que nadie estaba dispuesto a pagar. A partir de entonces, la APS y la promoción de la salud se convirtieron en Colombia en políticas de segunda categoría cada vez más débiles.

Este proceso no ha sido inocuo. El debilitamiento de la APS y la promoción de la salud podrían explicar el deterioro de los indicadores de salud pública del país, como el aumento en la mortalidad evitable, materna y perinatal, las defunciones por cáncer de cérvix y por desnutrición, y el recrudecimiento de la tuberculosis, la malaria y las demás enfermedades de transmisión vectorial (26-28).

La historia nos da lecciones. Veinticinco años después de Alma Ata, el ensanchamiento de las brechas en salud dio lugar a un resurgimiento del interés en la APS. La OMS-OPS creó un grupo para revigorar la estrategia y en 2005 se realizó en Bogotá el Encuentro Nacional Renovación la APS (29). Tras 10 años de silencio en este campo, el evento puso en evidencia que la APS representa todavía una fuente de inspiración y esperanza para mejorar la salud de los pueblos.

Reflexiones finales

La APS formulada en Alma Ata se propuso como una estrategia para reorganizar los servicios hacia la salud para todos, pero fue también, y ante todo, un planteamiento político que en varios países se abandonó al poco tiempo de nacer por su incompatibilidad con el sistema político mundial. Aunque varios de los fracasos de la APS pueden obedecer al diseño defectuoso o a la mala gestión de sus administradores, la mayoría de los fallos que se atribuyen a la APS reflejan más bien la imposibilidad de aplicarla por activa interferencia de los organismos de financiación, de los gobiernos y de los contextos polí-

ticos donde se pretendió aplicarla. Esta es una diferencia esencial que deberían aclarar los evaluadores al momento de emitir sus juicios.

Desde su formulación en Alma Ata, la APS recogió también contenidos ideológicos claramente comprometidos con la justicia y la equidad, el derecho a la salud, la participación social y la defensa de los intereses públicos, principios que coinciden en alto grado con otros planteamientos desarrollados en el seno de la salud pública, como la promoción de la salud y el enfoque de determinantes sociales. Estos principios son nucleares a la teoría y la práctica de la salud pública y contradicen las propuestas neoliberales de organizar la salud con criterios de mercado. Compatibilizar los principios de la APS con el modelo económico y político vigente no es algo sencillo. La racionalidad económica que inspira los sistemas sanitarios promovidos por el consenso de Washington no es capaz de comprender a las personas y los pueblos como sujetos de derecho sino como consumidores de servicios y ésta definitivamente no es la racionalidad de Alma Ata. Por esta razón es tan difícil aplicar los principios de APS en los países donde predomina el modelo neoliberal. En estos casos, las experiencias suelen limitarse a formas selectivas de APS que pudieran generar efectos positivos, aunque limitados, en la medida en que no pueden afectar las condiciones sociales y económicas que determinan la salud (30).

En el caso colombiano, la contradicción entre la racionalidad mercantil que fundamenta la gestión de las políticas sociales y los servicios públicos hace muy difícil que la APS pueda incorporarse con seriedad a la gestión sanitaria. Los gobiernos de los últimos años tienen una gran responsabilidad en el fracaso de la APS. La esperanza en la renovación de la APS, como la denominan algunos, radica en el compromiso social de los gobernantes y funcionarios vinculados a organismos de dirección del sistema, pero en las condiciones actuales pocos de ellos se muestran interesados o dispuestos a enfrentarse a los grupos económicos que dirigen las políticas públicas tras bambalinas.

Llama la atención que, aún en este contexto desfavorable, varias experiencias realizadas en Bogotá y otras regiones del país hayan mostrado las bondades de la APS para mejorar la salud de la gente (31). Estos logros se deben al trabajo generoso y valiente de muchos hombres y mujeres que, en condiciones particularmente adversas, se han comprometido con el derecho a la salud, y encuentran en los principios de Alma Ata la mejor orientación para adelantar sus acciones.

Permítanme terminar esta ponencia rindiendo un sentido homenaje a Halfdan Mahler, promotor de directrices tan trascendentales para la salud mundial como las políticas de medicamentos esenciales, lactancia materna y control del sida. Igualmente a quienes han dedicado

sus esfuerzos a promover la salud de la gente aplicando los principios ideológicos de Alma Ata. Nunca sabremos realmente cuántas vidas se han salvado gracias a la generosidad y valentía de estos hombres y mujeres que con frecuencia actúan en silencio y en condiciones adversas, y cuyas experiencias nos muestran que la utopía de lograr un mundo mejor siempre está más cerca de quienes luchan por alcanzarla.

Muchas gracias.

Agradecimientos

Mi profunda gratitud a los profesores Astrid Elena Vallejo y Emmanuel Nieto, por sus valiosos y oportunos aportes al manuscrito original.

Referencias

- Werner D, Sanders D. The demise of primary health care and the rise of the child survival revolution. In: Questioning the solution: the politics of primary health care and child survival. Palo Alto: Health Wrights 1997. p. 23-25.
- Observatorio global de salud italiano. De Alma Ata al fondo global: la historia de las políticas internacionales de salud. *Medicina Social* 2008;3(1):37-52.
- Red Colombiana de Investigación en Políticas y Sistemas de salud. Lineamientos de Política nacional para la Gestión del conocimiento en salud pública: Informe técnico elaborado para Colciencias. Bogotá; 2005.
- Walt G. Health Policy: an introduction to process and power. Johannesburg: Witwatersrand University Press; 1994.
- Williamson J. What Washington Means by Policy Reform. En: Williamson J, editor. Latin American Adjustment: How Much Has Happened?. Peterson Institute for International Economics; 1990.
- Pico J. Teorías sobre el estado del bienestar (Sociología y política). España: Siglo Veintiuno Editores; 1987.
- Draibe S, Riesco M. Estado de bienestar, desarrollo económico y ciudadanía: algunas lecciones de la literatura contemporánea México: CEPAL; 2006.
- Estrada-Álvarez J. Notas sobre el neoinstitucionalismo. Espacio crítico [Internet] [Acceso 22 de abril de 2009]. Disponible en: <http://www.espaciocritico.com/articulo.asp?llamada=2&sbmnu=4&numid=23>
- Murray M, King G. The Effects of International Monetary Fund Loans on Health Outcomes. *PLoS Med*. 2008;5(7):162.
- UNICEF, Cornia GA, Jolly R, Stewart F. Adjustment with a human face. Volume I: protecting the vulnerable and promoting growth. Oxford: Clarendon Press; 1987.
- Stuckler D, King LP, Basu S. International Monetary Fund programs and tuberculosis outcomes in post-communist countries. *PLoS Med* 2008;5(7).
- Goldsborough D. Does the IMF constrain health spending in poor countries? Evidence and an agenda for action. Report of the Working Group on IMF Programs and Health Spending. Washington: Center for Global Development; 2007.
- Organización de Naciones Unidas. Declaración sobre el establecimiento de un nuevo orden económico internacional S-VI. Resolución de la 6ta. sesión especial de la Asamblea General de la ONU. 1974.
- Wionczek M. Nuevo Orden Económico Internacional. Ottawa:CIID; 1979.
- Gómez-Arias RD. Lo político y las políticas: introducción a la salud pública. Cali: FUNDAPS; 1998.
- Walsh JA, Warren KS. Selective primary health care: an interim strategy for disease control in developing countries. *New Engl J Med* 1979; 301(18):967-973.
- Mahler H. Conferencia Internacional sobre salud para el desarrollo "Derechos, Hechos y Realidades" [Internet] [Acceso 14 de Agosto de 2007]. Buenos Aires: OPS; 2007. Disponible en: <http://www.lanacion.com.ar>.
- Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. Resolución CD44.R6: atención Primaria de Salud de las Américas: las enseñanzas extraídas a lo largo de 25 años y los retos futuros. Washington: OMS, OPS; 2003.
- Organización Mundial de la Salud. De Alma Ata al Año 2000: reflexiones a medio camino. España: OMS; 2000.
- Organización Mundial de la Salud. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud Alma Ata. 1978; Switzerland. OMS; 1978.
- Organización Mundial de Salud, Organización Panamericana de la Salud. Documento Borrador: Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Washington: OPS; 2005.
- Jowett M. Bucking the trend? Health care expenditure in low income countries 1990-1995. *Int J Plann Mgmt* 1999;14:269-285.
- Whithead M, Dahlgren G, Evans T. Equity and health sector reforms: can low-income countries escape the medical poverty trap? *Lancet* 2001;358:833-836.
- Hsiao W, Heller PS. What should macroeconomists know about health care policy?: International Monetary Fund; 2007.
- Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2008: La atención primaria de salud, más necesaria que nunca. Ginebra: OMS; 2008.
- Gómez-Arias RD. La mortalidad evitable como indicador de impacto de la reforma sanitaria. Colombia 1985-2001. Medellín: Universidad de Antioquia; 2008.
- Arbeláez M, Gaviria M, Franco A, Restrepo R, Hincapié D, Blas E. Tuberculosis control and managed competition in Colombia. *Int J Health Plann Mgmt* 2004; 19:S25-S43.
- Kroeger A, Ordoñez-Gonzalez J, Aviña A. Malaria control reinvented: health sector reform and strategy development in Colombia. *Tropical Medicine and International Health* 2002; 7(5):450-458.
- Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud, Secretaría Distrital de Salud Bogotá. Reforma de la Ley 100 y Garantía del Derecho a la Salud. Encuentro Nacional Renovación la Atención Primaria en Salud "Modelos de Atención basados en APS en el marco del scsss descentralizado: estrategia de garantía del derecho a la salud" Secretaría Distrital de Salud. Bogotá; 2005.
- Solar O, Irwin A. Commission of social determinants of health: towards a conceptual framework for analysis and action on the social determinants of health. [Internet] [Acceso 21 de mayo de 2009] OMS; 2005. Disponible en: <ftp.who.int/eip/commission/Cairo/Meeting/CSDH%20Doc%202%20-%20Conceptual%20framework.pdf>
- Sánchez H, Vesga A, Hurtado H, Cabezas F, Méndez L. Atención primaria en salud: el enfoque prioritario como modelo apropiado para el desarrollo del sistema de seguridad social en salud. Cali: Universidad del Valle; 1997.