

## Segunda parte

# Dispositivos de intervención en Educación para la Salud



## Componentes analíticos de los dispositivos

Las consideraciones que presentaremos a continuación han sido pensadas como guía para el trabajo de los equipos de salud desde la perspectiva de la EpS y, lejos de ser un manual para su aplicación lineal, se propone sistematizar la amplia variedad de dispositivos de EpS que ponen en práctica distintos equipos para que otros puedan tomarlos desde su generalidad y reinventarlos en la especificidad de su trabajo cotidiano.

Como se mencionó anteriormente, un dispositivo organiza y dispone ciertos componentes que le brindan características particulares. Los componentes que utilizaremos para la sistematización de los dispositivos de EpS son:

**Objetivos:** *Para qué.* Indica los fines que se persiguen en la puesta en práctica del dispositivo.

**Persona / Roles:** *Quiénes.* Indica la cantidad de personas intervinientes en el dispositivo y sus roles (participantes, observadores/as, coordinadores/as).

**Tiempo:** *Cuándo/Cuánto.* Alude al momento en que se llevará a cabo el dispositivo, el tiempo necesario para la realización de las actividades, y la cantidad y

frecuencia de los distintos encuentros.

**Lugar:** *Dónde.* Hace referencia al espacio físico y sus características, tales como ubicación y tamaño.

**Metodología:** *Cómo.* Hace referencia al particular despliegue o puesta en práctica, y a la combinación específica de técnicas, herramientas y recursos.

**Recursos:** *Con qué.* Se refiere a los recursos materiales, físicos, discursivos, simbólicos, entre otros, necesarios para llevar a cabo el dispositivo.

Es necesario aclarar que, si bien un dispositivo posee ciertas características y componentes que lo definen y le otorgan su especificidad, en la práctica las posibilidades son flexibles y variadas. Además, no todos los componentes poseen la misma importancia en todos los dispositivos y pueden variar dependiendo de las circunstancias. Por lo tanto, las características que se detallan a continuación están pensadas en términos generales y a modo de orientación.

Recorte

Ministerio de Salud de la Nación. Unidad 2 La Estrategia de atención primaria de la Salud (APS). En Curso de Salud Social y Comunitaria. Salud y Sociedad. Capacitación en servicio para trabajadores de la salud en el primer nivel de atención. Programa Médicos Comunitarios. Recuperado de [http://www.msal.gov.ar/equiposcomunitarios/images/stories/Equipos/curso-salud-social-comunitaria/mod\\_1\\_salud\\_sociedad\\_2016\\_web.pdf](http://www.msal.gov.ar/equiposcomunitarios/images/stories/Equipos/curso-salud-social-comunitaria/mod_1_salud_sociedad_2016_web.pdf) consultado julio 2017.

## Introducción

Tal como vimos en la Unidad 1, las personas conciben su propia salud de modos diversos, como producto de todo lo que el hombre hace y sabe, condicionados también por variables sociales que interfieren en la definición de cómo será la salud de una comunidad en un momento histórico determinado.

El rol del Estado es primordial para proteger el derecho a la salud. A través del diseño de políticas sanitarias y de lineamientos ejercidos por el Ministerio de Salud de la Nación.

La Atención Primaria de la Salud es una estrategia que concibe integralmente los procesos de salud - enfermedad - atención de las personas y del conjunto social, a través de la asistencia, la prevención de enfermedades, la promoción y la rehabilitación de la salud.

En esta unidad presentaremos algunos conceptos básicos de la Estrategia de Atención Primaria de la Salud (EAPS).

Según Ginés González García, la estrategia de Atención Primaria de la Salud *puede ser la respuesta social organizada más contundente para defender el más importante de los derechos humanos: el derecho a la vida, con equidad y justicia social*<sup>1</sup>.

El propósito de la atención primaria de la salud es mejorar el estado sanitario de la población, involucrándola a través de la participación social, brindando cobertura universal mediante actividades de promoción y prevención de la salud.

Por lo tanto, para la EAPS es decisivo asegurar el vínculo entre la comunidad y el equipo de salud, la articulación con las redes locales, alcanzando desde el sistema sanitario los hogares, permitiendo conocer la realidad social y las condiciones de salud de la población favoreciendo así otras formas de organización al interior del equipo de salud.

Las líneas de trabajo impulsadas con esta estrategia buscan superar las barreras de acceso a la atención e integrar las acciones de promoción y prevención en el día a día

de los equipos de salud, como así también fortalecer la participación comunitaria como un elemento clave en el acceso a la salud y en la toma de decisiones de sujetos libres y soberanos, que puedan ejercer una verdadera ciudadanía.

La propuesta de la estrategia de Atención Primaria de la Salud impulsó la revisión de muchos conceptos tradicionales sobre salud y enfermedad. Pero también puso en revisión las prácticas personales e institucionales de los equipos de salud y el modo en que las naciones enfocan y organizan el sistema de atención de la salud de la población.

La conformación actual del sistema de salud es el resultado de la historia sanitaria de nuestro país. Para aproximarnos al desarrollo del concepto de APS creemos conveniente situarnos en el contexto de nuestro sistema de salud.

1. GINÉS GONZÁLEZ GARCÍA, RUBÉN TORRES, "Políticas de Salud". Posgrado en Salud Social y Comunitaria-Programa Médicos Comunitarios. Módulo 5. Buenos Aires, 1ª Edición. 2005

# ¿Cómo está organizada la atención de la salud en nuestro país?

La clasificación por niveles de atención es una concepción de tipo técnica y administrativa, basada en la organización del contacto de las personas y comunidades con el sistema de salud, que define objetivos específicos para cada nivel de acuerdo a su ubicación, su nivel de complejidad y las particulares experticias que ha desarrollado (OPS / OMS, 1986)<sup>2</sup>.

Entonces, la atención en salud se organiza en tres niveles diferentes:

## Primer Nivel de Atención<sup>3</sup>

Abarca a los efectores que brindan atención ambulatoria y se dedican a la atención, prevención y promoción de la salud y son reconocidos por la población como referentes locales de salud.

Por lo tanto, en este nivel se realizan acciones de promoción y protección de la salud, diagnóstico temprano del daño, atención de todos aquellos problemas de salud percibidos por la población por los que realiza la consulta *-demanda espontánea de morbilidad percibida-*. Como así también, la búsqueda activa de las personas que nunca llegan a atenderse en el centro de salud *-demanda oculta-* que habitualmente se trata de la población en condiciones de mayor vulnerabilidad social.

Para cumplir con calidad con el objetivo de cobertura total de la población a cargo, el equipo de salud define sus tareas teniendo en cuenta las características de la población y sus problemas de salud más frecuentes, pero

también revisa las prácticas y los dispositivos de atención como pautas de mejora de la calidad.

Dentro de este nivel están comprendidos: los centros de salud, las postas y unidades sanitarias, las salas de primeros auxilios y los CICs. En nuestro país, también se ha incluido en algunos casos a los consultorios externos de hospitales de baja complejidad en zonas rurales, cuando tienen a su cargo un área programática.

Es importante tener en cuenta que el primer nivel de atención es el lugar donde se desarrolla *tu tarea hoy*. Que tiene una especificidad que requiere **trabajar en equipo y pensar críticamente sobre el hacer cotidiano**. Los problemas de salud que se observan en este lugar de trabajo, son socialmente complejos y contienen las características de las condiciones de vida del propio lugar. Este es el desafío del equipo: ampliar su mirada y su concepción sobre la salud.

La mayor parte de los problemas de salud que se consultan en el centro se pueden resolver allí, por lo general son aquellos que se presentan con mayor frecuencia en la población y son habitualmente el 90% de los llamados **problemas prevalentes de salud**.

2. La Organización Mundial de la Salud, OMS - La Organización Panamericana de la Salud, OPS

3. Lineamientos del Programa Médicos Comunitarios-Equipos de salud del Primer nivel de atención- Ministerio de Salud de la Nación- Julio de 2009.

## Segundo nivel de atención

Se trata de instituciones de salud, con internación en servicios básicos: Clínica Médica, Pediatría, Cirugía General, Guardia y Maternidad, además de la infraestructura necesaria para realizar exámenes complementarios y los diagnósticos básicos correspondientes a este nivel.

Incluye la atención ambulatoria de especialidades para problemas de salud más específicos como: neurología, traumatología, cardiología, etc.

Es el lugar que recibe a las personas que consultaron en el primer nivel de atención, y que por el problema de salud que presentan, requieren de una derivación, sea para interconsultas con otros especialistas o para internación por parto o cirugías simples. Cuando derivamos a una persona al segundo nivel hablamos de *referencia* y lo hacemos con el acompañamiento correspondiente, personal o a través de documentación que pueda ser de utilidad.

Dentro de este nivel de atención se encuentran los hospitales generales, algunos hospitales regionales y las maternidades.

## Tercer nivel de atención

Comprende las instituciones de salud equipadas con alta complejidad para la atención de problemas de salud que requieren mayor tecnología y mayor aparatología.

Estas instituciones cuentan con salas de internación, cirugía, clínica médica, especialidades quirúrgicas específicas; (traumatología, neurocirugía, cirugía cardiovascular, y otras) infraestructura para la realización de estudios complementarios más complejos; unidad de terapia intensiva y unidades coronarias.

Debe recibir las derivaciones del segundo nivel de atención.

*Los efectores de salud pueden ser de jurisdicción municipal, provincial o nacional, y de administración pública, de la seguridad social o privada.*

## Programas de Salud

Situándonos en el primer nivel de atención, en cada jurisdicción existen programas nacionales, provinciales y municipales que instrumentan las políticas de salud.

El Ministerio de Salud de la Nación lleva adelante diferentes programas nacionales. Algunos apuntan a fortalecer los objetivos del primer nivel de atención, sea a través de la formación de recursos humanos, o bien a través de la provisión de insumos o medicamentos.

*Es importante que identifiques qué dependencia tienen los programas que se implementan en el Centro: nacional, provincial o municipal. Esta información te será útil a la hora de gestionar o realizar reclamos y saber a quién dirigirte para encontrar la solución a un problema.*

## Prácticas de salud

Cuando hablamos de prácticas de salud nos referimos a un proceso que combina conocimientos y acciones en torno a la asistencia, la promoción y la prevención de la salud y no exclusivamente a las acciones que llevan adelante los profesionales de la salud.

Estas acciones no sólo incluyen conocimientos técnicos específicos sino que también incluyen pensamientos, hábitos, creencias, valoraciones, sentimientos y comportamientos.

En el primer nivel de atención el amor y el compromiso por la tarea como la escucha activa son condiciones básicas necesarias para poder contener a las personas,

conocer sus sufrimientos y necesidades. Muchas veces, el equipo desde lo académico/científico no puede dar respuesta a todos los padecimientos, y claro está, que hay habilidades que se desarrollan por la propia experiencia y por la participación y el enriquecimiento mutuo dentro del equipo.

En el primer nivel las **prácticas asistenciales** son particulares (cuando hablamos de prácticas asistenciales nos referimos a la atención de los problemas de salud en cualquiera de los niveles de atención), la **atención** dentro del centro de salud la realiza cualquier integrante del equipo: si es un médico atenderá una consulta por enfermedad o por un control de salud- por ejemplo; si es un administrativo también atiende cuando le consultan horarios para turnos, o le comentan problemas o dificultades personales o familiares. Si es un agente sanitario también está atendiendo al escuchar necesidades o pedidos de la población del barrio.

Todas las **actividades extramuros** son-por tanto-también prácticas de atención. Así como las **reuniones de equipo** en las que se trabajan problemas de salud individuales, familiares o comunitarios<sup>4</sup>.

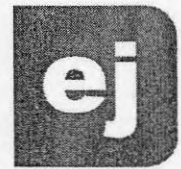
Si nos referimos a las **prácticas de promoción de la salud** hablamos de los procesos que estimulan las prácticas saludables, sea en forma individual y especialmente colectiva, favoreciendo la participación social y la construcción de ciudadanía y revalorizando los recursos que la comunidad tiene para la resolución de problemas de salud. A través de ellas, se impulsa la acción comunitaria y se proponen espacios de encuentro, donde la comunidad se involucra definiendo sus problemas y preocupaciones.

Todas las prácticas de promoción, como la recreación, las actividades deportivas, los juegos, el cuidado del ambiente, las huertas comunitarias, pueden considerarse también prácticas de prevención de enfermedades en la medida que fortalecen las "causas" de la salud.

---

*"en un barrio la población decide que es necesario tener un espacio de encuentro y recreación para la gente del lugar, con música, espacios para hablar y escuchar, actividades recreativas o deportivas. Se está trabajando en prevención del aislamiento, el sedentarismo, la hipertensión, la diabetes y promoviendo modos de vida más saludables"*

---



4. Lineamientos del Programa Médicos Comunitarios-Equipos de salud del Primer nivel de atención- Ministerio de Salud de la Nación- Julio de 2009

# La Atención Primaria de Salud concebida en Alma Ata

En los años 70, la Organización Mundial de la Salud promovió una serie de conferencias regionales e internacionales sobre atención primaria de salud bajo la dirección de Dr. Hafdan Mahler.

El día 12 de setiembre de 1978 en la ciudad de Alma Ata se firma el documento llamado Declaración de Alma Ata<sup>7</sup> en la cual se establecen principios básicos fundacionales de lo que se llama hoy Atención Primaria de Salud *integral, comprensiva, universal e incluyente*.

La Declaración define la atención primaria de la salud como la asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación.

Se establece entonces, que es obligación de los gobiernos cuidar la salud de sus pueblos y adoptar medidas sanitarias y sociales adecuadas con el objetivo de que todos los pueblos del mundo alcancen un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva.

Alma Ata propone algo superior: que todas las políticas globales, no sólo las de salud, se centren en la imagen horizonte de un mundo en que todos los pueblos gocen del mayor nivel de salud posible, bajo el lema salud para todos en el 2000.

En 1985 el Grupo de Investigación y Difusión de Atención Primaria de la Salud (G.I.D.A.P.S.) de la Escuela de Salud Pública de la Facultad de Medicina de la UBA desarrolló 8 componentes esenciales que conforman los ejes sobre los cuales se diseñan todos los programas y actividades de la APS.

El siguiente gráfico nos muestra como podemos presentar estos conceptos<sup>8</sup>:



7. La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma-Ata, fue en realizada en Kazajistán, del 6 al 12 de septiembre de 1978 en la antigua URSS (Unión de las Repúblicas Socialistas Soviéticas)

8. Tornado de SPT, GIDAPS, Conceptualización de APS, 1985. Modificado

## Cobertura total

La asistencia sanitaria debe ser puesta al alcance de todos los individuos y las respuestas que de ella emanan deben satisfacer las necesidades y aspiraciones de la población.

Esto implica mejorar la accesibilidad y utilización de los servicios de salud, aumentar la disponibilidad de los recursos y contar con un sistema capaz de responder eficaz y eficientemente.

## Tecnología apropiada

Por tecnología se entiende un conjunto de métodos, técnicas y equipo que, puesto en manos adecuadas, pueden representar una contribución importante para la resolución de un problema de salud.

Contar con aparatología sofisticada en los hospitales de segundo y tercer nivel no garantiza, por sí sola, tener respuestas adecuadas ante los problemas. Está claro, entonces, que no es posible hacer esto si en la definición de problema y en la búsqueda de soluciones no participan la comunidad y los demás sectores involucrados.

---

*En el primer nivel, es imprescindible contar con una balanza de pie y balanzas de resorte para hacer controles de peso en el centro y en la casa de los vecinos en caso de visitas domiciliarias.*

---

## Nuevas modalidades de organización

La APS plantea un desafío formidable a la imaginación y a la participación popular. En definitiva se trata de poner en discusión la organización sanitaria para no quedar *entrampados* en estructuras y funcionamientos preexistentes, caducos y/o inapropiados. Se trata, de no hacer "más de lo mismo" y pensar creativamente nuevos modos de organizarnos para el cuidado de la salud.

## Programación integrada por necesidades

La APS parte de las necesidades de la población para poder dar las respuestas adecuadas. Estas deben ser llevadas al nivel operativo a través de programas o proyectos, o sea como formulaciones de actividades a realizar en una determinada área y en un tiempo determinado. La APS exige que esta programación sea concertada con la comunidad y los demás sectores institucionales, pues dado que los problemas de salud tienen determinantes y condicionantes multifactoriales y sólo una programación local e integrada podrá proveer una respuesta eficaz.

## Participación social

Un punto clave de la estrategia es fomentar la plena participación de los individuos y las comunidades en todas aquellas decisiones y aplicaciones que afecten su salud.

Las personas dejan de ser objeto de atención y se transforman en actores que conocen, participan y deciden sobre su propia salud, asumiendo responsabilidades específicas frente a ella. Hablamos aquí del nivel más alto de participación: *la toma de decisiones*.



### **Reorientación del financiamiento sectorial**

Se sabe que los recursos financieros no son infinitos. La APS implica privilegiar la asignación de los recursos estratégicamente allí donde están las necesidades, donde están los problemas de salud, en definitiva donde está la gente y donde la gente decida. Este componente está claramente relacionado con las decisiones de los gobiernos y la política local.

### **Articulación Intersectorial**

Implica conocer las otras instituciones y organizaciones del barrio sumando esfuerzos y aprovechando los recursos. Es necesario proponer un trabajo conjunto para que se pueda tener una comprensión completa del problema, una solución suficiente y sustentable, una competencia interinstitucional, sumatoria de esfuerzos y aprovechamiento de recursos.

### **Recursos humanos apropiados**

La APS necesita de trabajadores del primer nivel (profesionales, técnicos, agentes sanitarios, etc) convencidos de sus principios. Que sean capaces de aceptar el desafío que implica incorporar nuevos saberes y cambiar estructuras. Dado que son las personas quienes llevarán a cabo la transformación propuesta por la EAPS, es importante orientar el financiamiento hacia la formación del recurso humano reforzando los conocimientos para el trabajo participativo, interdisciplinario e intersectorial.

## **Distintas perspectivas de la APS**

La Atención Primaria de la Salud es concebida de distintas formas: como estrategia, como programa, como nivel de atención. En cualquiera de los casos siempre tiene el valor de movilizar la reflexión y la acción con el fin de cuidar la salud de la población.

Analicemos cada perspectiva:

### **APS como Estrategia**

Se apoya en tres pilares fundamentales:

- ⊙ Mejorar el acceso y la utilización de los servicios de salud.
- ⊙ Sostener con los recursos adecuados la oferta de servicios.
- ⊙ Adaptarse a las necesidades y aspiraciones de la población.

Así, se escalona la atención según niveles ascendentes de complejidad, desde los primeros que son las **unidades y centros de salud** hasta los niveles más altos como

- ⊙ asistencia materno infantil, con inclusión de la planificación de la familia
- ⊙ inmunización contra las principales enfermedades infecciosas
- ⊙ prevención y lucha contra las enfermedades endémicas locales
- ⊙ tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes
- ⊙ suministro de medicamentos esenciales.

## APS como respuesta integral

Seguramente es común escuchar que la APS propone dar una **respuesta integral** a los problemas de salud. Esto significa poder desarrollar actividades de promoción y prevención a la vez de dar alivio al sufrimiento cotidiano de las personas.

La APS debe ser *integral* porque la realidad misma de la salud y de la enfermedad es *integral*.

La *integralidad* en el sistema nacional de salud requiere estar reflejada en recursos humanos competentes, existencia de estrategias eficientes, expresadas en acciones consecuentes que estén en correspondencia con la voluntad política.

Grodos y Berthune<sup>9</sup> nos dicen que la *integralidad* implica que se tome a cargo a la vez el alivio del sufrimiento cotidiano de las personas (su "demanda de atención") y los aspectos de prevención y promoción de la salud. Es decir, se propone un modelo de atención "que integra las actividades de medicina curativa, de prevención y promoción sanitaria".

9. Grodos, D. Y de Bethune, X. Las intervenciones sanitarias selectivas. Una trampa para las políticas del tercer mundo. Pag. 72 y 73 en Cuadernos Médico Sociales N°46. Rosario, Santa Fe. Argentina.

Al respecto, Ginés González García señala:

*"Esta estrategia (APS) tiene un componente muy fuerte de participación comunitaria en un doble sentido; por un lado, buscando más consenso y democratización del poder y por otro, más legitimación del sistema de salud que en muchos casos no es suficiente. De allí surge la necesidad de buscar algunos cambios instrumentales que mejoren la performance de los sistemas, la legitimación con los ciudadanos y niveles más activos de participación de estos últimos. Es indiscutible que se incrementa la responsabilidad individual en todo lo que podrá ser la estrategia de promoción y prevención de la salud, tales como los estilos de vida, cambios de hábitos y cuidado de la salud, que tradicionalmente la salud pública ha señalado como las más efectivas para mejorar la calidad de vida de la población. En este sentido, las estrategias de la atención primaria y la participación comunitaria mejoran la responsabilidad individual y activan muchas fuerzas comunitarias en esto de producir salud en términos colectivos y no sólo consumir atención médica."*<sup>10</sup>

## APS renovada<sup>11</sup>

En Julio del 2005, en la ciudad de Montevideo se desarrolló la Consulta Regional sobre la Renovación de la Atención Primaria de la Salud (APS) en las Américas -OPS/OMS.

En esta reunión internacional se definieron los valores, principios y elementos esenciales que deben estar presentes en un enfoque renovado de APS.

Los documentos describen que desde hace más de un cuarto de siglo la Atención Primaria de la Salud (APS) es reconocida como uno de los componentes clave de un sistema de salud efectivo.

Las experiencias de los países desarrollados y en desarrollo demuestran por igual que la APS pudo ser interpretada y adaptada hasta ajustarse a una amplia variedad de contextos políticos, sociales, culturales y económicos.

Entre las razones que justifican la renovación de la APS se incluye el reconocimiento creciente de que esta estrategia es una herramienta que fortalece la capacidad de la sociedad para reducir las inequidades en salud.

Un enfoque de la APS es una condición esencial para afrontar los determinantes sociales de la salud y alcanzar la mejor calidad de cuidado de la salud posible para cada persona.

Este enfoque renovado, parte de reconocer la salud como una capacidad humana básica, un prerrequisito que le permite a las personas realizar sus proyectos de vida, elemento indispensable en la construcción de sociedades democráticas y un derecho humano fundamental.

El propósito de la renovación de la APS es revitalizar la capacidad de todos los países de organizar una estrategia coordinada, efectiva y sostenible que permita resolver los problemas de salud existentes, afrontar los nuevos desafíos en salud y mejorar la equidad. El objetivo último de un esfuerzo de esta naturaleza es lograr mejoras sostenibles en salud para toda la población.

## A 30 años de la Declaración de Alma Ata

El Gobierno de la República Argentina convocó en el año 2007 en la ciudad de Buenos Aires a una Conferencia Internacional -Buenos Aires 30/15- para debatir distintos temas vinculados a la realidad de la salud de todos los pueblos.

La convocatoria se realizó con el auspicio de la Organización Mundial de la Salud, y su oficina regional para las Américas, la Organización Panamericana de la Salud junto con otras entidades internacionales.

En síntesis, a 30 años de Alma Ata, estamos distantes de la salud *para todos y por todos* como derecho, con sistemas equitativos, solidarios y con una atención universal efectiva, con acciones de prevención y promoción en un trabajo en equipo y con participación comunitaria.

Salvo algunas experiencias, falta mucho por hacer en cuanto a la formación del equipo de salud hacia el abordaje de las necesidades sanitarias en una realidad compleja.

Es necesario sortear estas dificultades y re pensar estrategias y acciones para conseguir un acercamiento a que el derecho a la salud realmente pueda ser ejercido por toda la población mundial.

La Conferencia Internacional -Buenos Aires 30-15- permitió reforzar consensos ya establecidos e intercambiar nuevos aportes tendientes al fortalecimiento de una estrategia de cuidado integral para todos y con todos, mejorando el funcionamiento del sistema de salud, la responsabilidad de los ciudadanos y las comunidades, construyendo la salud en todos los ámbitos del quehacer social cotidiano y replanteando el rol del Estado, la comunidad y las familias en garantizar el bienestar y la integralidad de las acciones de salud.

10. GINÉS GONZÁLEZ  
GARCÍA Apertura.  
En: Torres, Rubén  
(org) (2001) Atención  
Primaria de la Salud,  
Buenos Aires, Edic. I  
Salud Nffl 3, pág. 5

11. Renovación de la APS  
en las Américas.  
Documento de posición  
de la OPS/OMS Julio  
2005

## Barreras en la implementación de la APS

Son muchos los obstáculos o barreras que se interponen al **acceso real**, considerando el **uso efectivo de los servicios de salud por parte de la comunidad**: la disponibilidad y disposición del personal, la calidad y oportunidad de la respuesta, la satisfacción de la comunidad y las personas. Ello abarca un amplio campo de procesos de intercambio social y sanitario, tanto en la lógica de las prácticas asistenciales como en las experiencias vividas por las personas al utilizar los servicios de salud locales y en la percepción que la comunidad tiene de la resolución de sus necesidades vinculadas a la salud.

Entonces, entre los servicios de salud y la comunidad existen **distintos tipos de barreras** que constituyen un obstáculo importante para la salud de las personas y acaban potenciando los efectos de los determinantes sociales. De manera simple podemos identificar algunas de estas barreras:

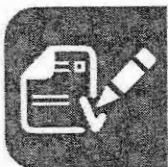
- **La dificultad geográfica de acceso al servicio de salud por parte de la comunidad.** Ello incluye los medios de transporte público y sus costos para las personas más pobres, o la distancia a pié que las personas deben recorrer para llegar al servicio de salud, muchas veces con terrenos llenos de obstáculos.
- **La organización de los servicios y sus modalidades administrativas,** que a veces impiden el acceso al servicio y la atención oportuna.
- **Las distancias culturales y de género entre el equipo y la gente,** incluyendo las dificultades para la comprensión de las necesidades, la comunicación, el diálogo y las diferentes concepciones en relación a los valores y a la salud.
- **Las dificultades en la capacidad resolutive del servicio de salud,** para dar atención y respuestas efectivas a las necesidades de salud y su reestablecimiento.

La ampliación de los servicios de salud, incluyendo centros de primer nivel de atención instalados en las comunidades, ha significado un importante aporte en la búsqueda de acercamiento a la comunidad y a la mejora de su salud. Sin embargo, estas barreras siguen influenciando a las prácticas y a los resultados sanitarios. No sólo es necesario estar más cerca y pertenecer a la comunidad. Se requiere, fundamentalmente, el desarrollo de un nuevo modelo de trabajo que supere la visión meramente curativa.

## ¿Qué barreras percibe la población?

A continuación transcribimos un relato de un vecino que hace referencia a las barreras percibidas que dificultan el acceso a los servicios de salud.

*"(...) Ahí en el hospital te tenés que levantar a las cinco de la mañana, hacer la cola hasta las siete...te abra la ventanilla y después tenés que esperar hasta las diez que te llame la ginecóloga, que te atienda o te de la pastilla, si te la da o no te la da...(...) Acá tenés que estar a las cinco para salir a las doce más o menos, todas las veces que he ido he tardado, tenía que estar toda la mañana ahí...con todo lo que uno necesita para los chicos (...)"<sup>12</sup>*



12. Testimonios de pobladores- Módulo 1 Salud y Sociedad. PMC - Programa Médicos Comunitarios

### ACTIVIDAD

1) ¿Qué reflexión te merece este relato? ¿Cuáles son las barreras con las que se encuentra esta persona?

.....

.....

2) Te sugerimos que realices algunas preguntas a los integrantes de tu comunidad consultando sobre las barreras de acceso percibidas por ellos.

*Es importante escuchar atentamente tratando de entender lo que el otro está diciendo ya que la percepción de la otra persona es diferente.*

## Barreras institucionales y profesionales

Existen algunas barreras que están vinculadas directamente con las personas que trabajan en los servicios de salud y con las propias instituciones. Tomaremos algunas de las ideas del texto de Kroeger y Luna donde se describen algunas de las barreras en el vínculo comunidad- equipo:

- La inestabilidad de los profesionales de la salud en las zonas rurales o suburbanas no ofrece suficiente tiempo para el conocimiento de la comunidad.
- El desconocimiento profesional de los determinantes sociales y culturales que influyen en la salud impide la comprensión del comportamiento de la comunidad frente a los servicios de salud (particularmente entre grupos de alta vulnerabilidad social).
- El modelo hegemónico de atención, que es el predominante, con una visión individual de los problemas, centrado en la práctica medicalizada, la enfermedad y los medicamentos.

Es decir, existen barreras profesionales e institucionales para la consolidación del vínculo necesario para trabajar en el marco APS que se deben a los propios modelos de atención construidos a lo largo de la historia, presentes en las prácticas de salud.

## Introducción

En esta unidad nos proponemos ampliar la mirada sobre las ideas y prácticas culturales de la comunidad en relación a los cuidados de su propia salud, que son parte de los procesos salud - enfermedad - atención - cuidado de las personas que la integran.

Para comenzar, presentamos algunos interrogantes que trataremos durante el recorrido de la unidad:

- ⊙ ¿Cómo inciden las diferentes ideas sobre la salud, el cuerpo y sus cuidados, la enfermedad y su atención, en el trabajo diario del equipo de salud?
- ⊙ ¿Cuál es el posicionamiento del equipo de salud que trabaja en el centro ante la medicina que practica la comunidad?
- ⊙ ¿Cómo inciden los procesos migratorios en la percepción de la enfermedad, su pronóstico y la forma de abordarla?

A lo largo de nuestra vida construimos creencias, saberes y teorías que guían nuestras prácticas de salud cotidiana. Estos saberes, son en general compartidos con la comunidad en que vivimos y trabajamos.

Aquello que aceptamos como *habitual* para cuidar la salud, no es necesariamente lo que para otras culturas y comunidades es *habitual* o *natural*. Por eso, es importante que como trabajador de la salud puedas escuchar atentamente aquello que las personas cuentan acerca de sus creencias y comportamientos respecto de los problemas de salud, como así también observar las prácticas que realizan para conservarla. Comprender la mirada que los otros tienen sobre su propia salud y enfermedad es el primer paso para establecer un vínculo sólido de respeto mutuo.

Al finalizar esta unidad podrás:

- ⊙ Promover una actitud atenta y abierta frente a los problemas de salud de la comunidad.
- ⊙ Fortalecer tu sensibilidad respecto a la diversidad cultural, para lograr la mejor calidad posible de atención.
- ⊙ Desarrollar prácticas de salud respetuosas de las particularidades de la comunidad, complementando las medicinas tradicionales.

## Cultura y representaciones sociales

Para comenzar a hablar de interculturalidad es importante revisar y tener en claro a que nos referimos cuando hablamos de cultura y lo que representa para las personas, comunidades y pueblos.

La cultura comprende valores, actitudes, normas, ideas, hábitos y percepciones que, son compartidas entre un grupo de personas.

Existen comunidades en las que confluyen una gran variedad de subgrupos, producto de migraciones (internas o de otros países) y de distintos grupos étnicos locales. Cada uno de estos grupos aporta un conjunto de conocimientos, saberes, mitos, prejuicios y creencias elaboradas en torno a la idea de salud y las causas de la enfermedad que se entranan y se comparten en un proceso de encuentro y articulación construido a lo largo de la historia de una comunidad o grupo étnico.

Para Jodelet las representaciones sociales son:

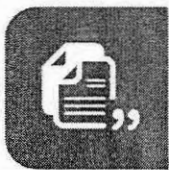
*"...una manera de interpretar y de pensar nuestra realidad cotidiana, una forma de conocimiento social"; configuran lo que conocemos como 'conocimiento cotidiano', o de 'sentido común' o 'conocimiento ingenuo' ..."*

Estas ideas, conocimientos y creencias, muchas veces fundados en la experiencia de los grupos, coordinan toda una gama de prácticas sociales que van desde las formas de nacer, crecer, aparearse o estar en pareja, producir en la economía familiar, envejecer y morir, presentándose a través de diversos comportamientos humanos. Por su capacidad para organizar la vida de las personas, estas creencias se transmiten de generación en generación.

Cuando planteamos trabajos con grupos y comunidades, necesitamos tener en cuenta cómo juega la cultura y las representaciones sociales de la salud y la enfermedad en esas comunidades y grupos, y también cómo juega el contexto social y económico, cómo juegan las instituciones de salud y los profesionales frente a esos mismos problemas.

Los saberes colectivos, las prácticas locales, los sanadores y los recursos de la comunidad, si bien son de gran valor en el contexto del mantenimiento general de la vida y la cultura de la gente, no siempre son suficientes a medida que se complejiza el perfil epidemiológico.

Aceptamos la noción de cultura como forma de ser, de pensar, de sentir y de actuar de cada pueblo, construida a lo largo de su historia, entonces habría culturas y no una sola cultura porque cada pueblo tiene historias diferentes.



## Hacia un enfoque intercultural de la salud

La interculturalidad es un tema esencial en el diseño de políticas públicas, particularmente sensible cuando se trata de políticas sanitarias. Los organismos rectores en salud (Ministerio de Salud de la Nación, Ministerios Provinciales, OPS, OMS y otros) se encuentran desde hace años frente al desafío, no sólo operativo, sino también conceptual e ideológico, a la hora de pensar, legislar y actuar frente a esta realidad.

La incorporación del enfoque intercultural es esencial para garantizar el trabajo en el contexto indígena. Cada pueblo indígena tiene sus creencias y prácticas únicas en lo referente a la salud, así como sus propios recursos comunitarios para la promoción de la salud, la prevención de enfermedades o la cura de los males comunes (Sandra Land, OPS).

Por eso, y para garantizar los propósitos de lograr equidad en salud y una mejor calidad de la atención hacia los destinatarios, la formación del personal de salud debe considerar entre las competencias técnicas y humanas a desarrollar la habilidad para tomar respetuoso contacto y armar vínculos de trabajo sólidos con las diversas comunidades, sean estas indígenas o no.

No sólo está en juego la buena relación social y convivencia entre los interlocutores de distinto origen cultural, las actitudes entre personas son un factor terapéutico fundamental cuando se trata de brindar atención a otro.

Las comunidades indígenas mantienen una percepción propia de los procesos de salud-enfermedad, prevención y restauración de la salud individual y colectiva. Para muchas de esas comunidades, la salud es entendida como el resultado de relaciones armoniosas del ser humano consigo mismo, la familia, la comunidad y la naturaleza siendo parte de un todo. La enfermedad, por su parte, es entendida como la pérdida de equilibrio de las relaciones ser humano-espíritu-naturaleza.

La medicina tradicional mantiene su vigencia en los pueblos indígenas, recurriendo al empleo de plantas medicinales -entre otros recursos terapéuticos- y a la práctica de los sanadores tradicionales como *parteros, hueseros, sobadores, etc.*

El jefe de la comunidad, médicos tradicionales, chamanes, curanderos, parteras, hueseros, consejos de ancianos, líderes y promotores, con sus saberes, experiencias y oportunidades de cercanía privilegiada a los niños/as indígenas de la comunidad, constituyen una red de autoridades legitimadas para el cuidado de sus destinos, incluyendo el cuidado de la vida, la salud y el desarrollo de los individuos y sus entornos.

En el caso de las poblaciones que se *mueven* o migran no siempre hay referentes de su comunidad de origen que puedan ser nexos o enlaces con la comunidad de destino. No se debe perder de vista a la hora de atender a sus necesidades que la migración suele ser una experiencia de sufrimiento y es fundamental reconocer las especificidades socioculturales, además del proceso y las circunstancias que llevaron a una comunidad a migrar.

El proceso migratorio en si mismo puede condicionar la actitud y percepción de la enfermedad, modificar su pronóstico y la forma de abordarla. Por otro lado, cada cultura trae consigo sus propias prácticas y formas de conservar la salud, por eso es muy importante escuchar para poder comprender el punto de vista del otro, sin -y antes de- cuestionar las diferencias.

## ¿Qué implica trabajar en salud desde una perspectiva intercultural?

La interculturalidad puede ser entendida como la habilidad para reconocer, armonizar y negociar las innumerables diferencias que existen al interior de cada sociedad entre diferentes culturas.

Si se comprende de esta forma, puede transformarse en un medio fundamental para validar derechos y fortalecer valores. La interculturalidad se refiere también a la interacción comunicativa que se produce entre dos o más grupos humanos de diferente cultura, que pueden ser llamados *etnias, sociedades, culturas o comunidades*.<sup>4</sup>

Entonces, trabajar en salud desde una perspectiva intercultural supone:

- ⊙ establecer una relación entre iguales, donde se reconozca a la persona,
- ⊙ desarrollar formas de interacción basadas en el vínculo y la expresión de afectos,
- ⊙ generar canales de comunicación que permitan tomar contacto con las concepciones del/de los otros,
- ⊙ promover confianza a través del respeto de las concepciones culturales propias del/de los otros.
- ⊙ proponer articulaciones entre culturas en aquellas circunstancias donde la complementariedad de ambas puedan resultar en soluciones para los problemas de salud de la población/comunidad en cuestión.

4. TOMÁS R. AUSTIN MILLÁN.  
Comunicación  
Intercultural: conceptos  
y consecuencias.  
Diálogos en la acción.  
Primera etapa, 2004.

## Atención Primaria de la Salud e Interculturalidad

La interculturalidad aspira al reconocimiento y valoración de saberes y prácticas, entre ellas las prácticas de salud locales. La incorporación de las mismas dentro de los sistemas de salud convencionales es una herramienta para la aceptabilidad y consolidación de un sistema más equitativo y participativo.

Como sostiene Rufino Chuquimamani:

*“Interculturalidad habrá cuando en realidad valoren nuestros símbolos y no sólo trafiquen con ellos. Cuando en realidad aprendan el quechua, hagan uso de él, y que en los conocimientos que se imparten en las diferentes instituciones educativas y los servicios de salud sobre diferentes temas estén presentes los enfoques de los pueblos indígenas al lado de los enfoques no andinos; pero que también respeten a sus usuarios quechuas y a los pueblos indígenas. Somos como todos los seres humanos, somos como los blancos, como los ingleses, como los chinos, lo único que nos diferencia son nuestras costumbres y nuestra manera de pensar...”<sup>5</sup>*

Teniendo en cuenta los enunciados de la estrategia de Atención Primaria de la Salud, una mejor comprensión de las barreras que impiden el acceso a una atención de salud de calidad permitiría conocer los problemas prioritarios, los contextos específicos de estos pueblos y, mejorar la calidad de la atención de la salud.

Las acciones deben tomar en cuenta el ámbito geográfico de los pueblos indígenas, urbano, rural, fronterizo, el *perfil epidemiológico*, las condiciones de vida y los determinantes sociales presentes para el desarrollo de estrategias curativas, y acciones de prevención de las enfermedades, de rehabilitación y promoción de la salud.

En esta perspectiva, la interculturalidad es entendida y practicada como un **proceso social interactivo de reconocimiento y respeto de las diferencias existentes en una o varias culturas**, indispensable para construir una sociedad justa en el ámbito político, social, cultural, lingüístico y de género.

Para mejorar la salud de la población indígena se hace imprescindible la incorporación de la dimensión intercultural en el cuidado de la misma, la detección de problemas y el diseño de las intervenciones con la participación de la comunidad.

La formación de recursos humanos en salud con orientación intercultural supone mejorar la competencia técnica y humana de los equipos de primer nivel de atención, incidir en el respeto, en los vínculos y en el trato entre personas, en el reconocimiento de las tradiciones culturales, en la atención de la salud con equidad a los distintos grupos étnicos, generando mayor inclusión.

Las comunidades se encuentran habitualmente alejadas de los centros asistenciales y hospitales. En general, cada comunidad tiene designado un médico para que los

5. MENÉNDEZ, E. L. (1990). Antropología Médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones. CIESAS, México.

visite periódicamente. La mayoría cuenta con un consultorio de atención donde recibe el médico una vez por semana. La relación con el profesional de la salud se deteriora cuando se deriva a los integrantes al hospital o cuando faltan de remedios o de medios para curar, ya que estas dificultades son interpretadas como una falta de interés para atenderlos.

De allí que los integrantes de las comunidades prefieran el curandero o sanador y perciban con desconfianza a los médicos que no son de la comunidad.

Una figura que importa considerar es la de **enlace intercultural**. Es decir, la preparación de personal comunitario hablante de lengua indígena que recibe capacitación intercultural en salud, para acompañar el proceso de salud - enfermedad - atención - cuidado de la persona y la comunidad.

Pocas provincias han desarrollado programas de atención de la salud capacitando enfermeros originarios para que realicen recorridos en las comunidades.

La interculturalidad puede ser entendida como un espacio de consenso, respeto y búsqueda de puntos de encuentro entre la medicina oficial y la medicina tradicional. El contacto entre dichos sistemas de salud permitirá el enriquecimiento de ambos y la construcción de nuevos canales de comunicación mediante la valoración y rescate de las prácticas tradicionales en el cuidado de la salud. Se trata de construir un espacio de interculturalidad basado en el reconocimiento y respeto por la diversidad cultural.

Una de las herramientas reconocidas y aceptadas son las *consultas previas, libres e informadas* que dan lugar a un amplio apoyo por parte de las comunidades indígenas.

*Por consultas previas, libres e informadas se entiende un proceso colectivo y adecuado, desde el punto de vista cultural, de toma de decisiones. Consultas de buena fe y participación informada respecto del diseño, preparación, implementación, ejecución, y evaluación de toda política de salud que los involucre sea directa o indirectamente.*

## En síntesis...

La interculturalidad en salud supone reconocer que en el proceso de salud-enfermedad-atención- cuidado se están produciendo y reproduciendo valores, creencias, formas de pensar y de abordar la realidad.

Por todo ello es importante trabajar para lograr mayor complementariedad en la organización de los servicios, los horarios de atención, la disposición física y, la disposición de los equipos de la salud al diálogo entre distintas culturas.

Diseñar y proponer acciones, desde una perspectiva intercultural, orientadas a identificar y sortear barreras que condicionan el acceso de la población indígena al sistema de salud, es un desafío para los equipos de salud del primer Nivel de Atención.

Este desafío nos invita desde nuestros espacios de trabajo, a facilitar el acceso universal de la población a los servicios de salud, a poner énfasis en la promoción y prevención de la salud y a promover la participación activa y organizada de la población en las decisiones referidas al cuidado de su salud.

Apéndices

*Categorías para comprender la intersubjetividad en el conocimiento y la acción*

Figura N° 19 **INTERCULTURALIDAD** (Como forma de Intersubjetividad)

AMBITO o DOMINIO	TIPO DE RELACION	BREVE CONCEPTUALIZACION
INTERCULTURALIDAD (relación entre todos los saberes, que comparten un espacio histórico de reproducción de cultura, pero que se gestan en grupos específicos)	<u>Pluriculturalismo</u> (Opuesto del monismo cultural)	El pluralismo cultural es el simple reconocimiento de la diversidad cultural como una característica importante de los humano, y el respeto a las diferencias culturales en un escenario social común, donde diferentes culturas deben coexistir bajo equidad de derechos, responsabilidades y oportunidades. Como una posibilidad histórica, puede devenir en multiculturalismo crítico y democrático.
	<u>Interculturalidad</u>	Relación estratégica o dialógica entre culturas, con objeto y propuesta global integrados, para construir / contraconstruir / deconstruir. La Interculturalidad presupone equidad de derechos; reconocimiento y respeto por la cultura de los/as otros/as; así como reconocimiento de características sociales y metas estratégicas socialmente compaginadas.
	<u>Multiculturalismo</u> (Crítico y democrático)	Forma de pluriculturalismo que involucra un programa, políticas y movimiento nacido del reconocimiento de la diversidad y derechos culturales. Es la integración de varias culturas, por medio del análisis intercultural, y en medio de una visión cultural
	<u>Epiculturalidad</u> (Hegemonía cultural)	solidaria, para la construcción de un proyecto común de democratización y equidad.  La cultura, visión y proyecto de un grupo poderoso alcanza preeminencia sobre los de los grupos subordinados, tendiendo a la inclusión o fusión de las otras culturas en el marco de la cultura hegemónica.
	<u>Transcultural</u>	Proceso o característica común a varias culturas.

Breilh, Jaime. Epidemiología crítica: ciencia emancipadora e interculturalidad. Argentina. Lugar editorial, 2003.

Figura N° 20 **INTERDISCIPLINARIDAD** (Como forma de Intersubjetividad)

AMBITO o DOMINIO	TIPO DE RELACION	BREVE CONCEPTUALIZACION
INTERDISCIPLINARIDAD (relación entre saberes académicos, que comparten un espacio)	<u>Pluridisciplinaridad</u>	Coparticipación en un escenario académico de quehaceres de diversas disciplinas. Puede convertirse en multidisciplinaridad o estancarse bajo mínima colaboración.
	<u>Interdisciplinaridad</u>	Relación simétrica, activa de colaboración sistemática entre disciplinas alrededor de una construcción / deconstrucción / contraconstrucción de objeto de estudio.
	<u>Multidisciplinaridad</u>	Integración de disciplinas a través del análisis interdisciplinario en un proceso científico solidario para la construcción de un proyecto común.
	<u>Epidisciplinaridad</u>	Coparticipación en un espacio donde una disciplina tiene mayor Estatuto explicativo o epistemológico
	<u>Metadisciplinario</u>	Un nuevo campo explicativo surgido de la colaboración multidisciplinaria de disciplinas.
	<u>Transdisciplinario</u>	Elemento común a varias disciplinas.

# ¿Es estratégica la estrategia de Atención Primaria?

Mario Rovere

Médico, ha sido Director de Hospital y de Zona Sanitaria en la Provincia de Salta; Director de Planificación de la Ciudad de Buenos Aires y Secretario de Políticas Sociales de la Nación. Se desempeñó como Consultor regional de Desarrollo de Recursos Humanos de la OPS y actualmente es Director de la Maestría de Salud Pública de la Universidad Nacional de Rosario y Coordinador de la sede Buenos Aires de El Agora.

## Introducción

Este trabajo no pretende disminuir en nada la gesta que -bajo el nombre genérico de atención primaria de la salud- ha surgido por el esfuerzo y la movilización de decenas de millones de trabajadores de salud en todo el mundo por casi tres décadas y ha llevado beneficios en salud y condiciones de participación social a rincones del planeta donde esto no había sucedido antes.

Antes bien intenta poner el foco en la responsabilidad de quienes hoy participamos de reuniones, en encuentros, en preparación de documentos consensuados que suelen servir de orientación para ajustar nuestras propuestas, a un estudio preciso de la realidad, en una mezcla extraña que el propio pensamiento estratégico sugiere: tener al mismo tiempo ideales firmes y los pies en la tierra.

Definimos como **estrategia** a "todo movimiento tendiente a poner el objetivo al alcance, usualmente mediante aproximaciones indirectas" -lo cual nos hace inferir que el objetivo no está al alcance y que por su sólo enunciado la estrategia configura y se configura en un campo de fuerzas que incluye necesariamente a quienes están más, menos o nada proclives a que nuestros objetivos se logren y operan en consecuencia. En el marco de esa breve definición usamos el adjetivo **estratégico** para caracterizar a toda interpretación -y/o a toda acción basada en una interpretación- que percibe la realidad como "producida" por la interacción entre fuerzas, agentes o actores sociales que concurren en un determinado campo.

En ese entendido inicial se enmarca nuestra pregunta del título más como una invitación a pensar que como un juicio de valor.

Desde hace casi 30 años la noción de APS ha cambiado el discurso sanitario en todo el mundo. Sin embargo una suerte de frustración o de sensación de fracaso se asocia a su nombre probablemente en función de las altísimas expectativas sobre las que se basó su lanzamiento y una franca disociación entre el discurso y la acción especialmente en la esfera política.

Las experiencias internacionales que sirvieron de respaldo a su formulación original, -el caso de China y otros países asiáticos y Africanos- no fueron leídas ni presentadas en la clave política que las posibilitaban, y el discurso sanitario y sus complementos técnicos generaron una gran expectativa sobre que era posible salvar en relativamente pocos años una brecha percibida como universalmente dolorosa mientras que al mismo tiempo su solución era universalmente valorada. Así se suponía que salud para todos era aceptado por todos o bien que no había quien pudiera oponerse.

Todos querían, todos queríamos salud para todos. Sin tomar en cuenta que muchos de los organismos internacionales que parecía imposible que discreparan y muchos de los países signatarios estaban aplicando en ese mismo momento o a pocos años de firmar este acuerdo políticas económicas en el ámbito internacional y doméstico que incrementaban la exclusión, promovían operaciones y acuerdos comerciales que tendían a esterilizar los avances de las organizaciones de los países productores de materias primas y para colmo en una de las mayores y más doloro-

Rovere, Mario. ¿Es estratégica la estrategia de atención primaria? En Barten F., Rovere M. y Espinoza E. En Salud para todos una meta posible. Pueblos Movilizados y Gobiernos Comprometidos en un nuevo contexto global. Construyendo prioridades para la Investigación en APS con la Sociedad Civil. Argentina. Buenos Aires, 2009

sas paradojas para América Latina: muchos gobiernos signatarios de Alma Ata eran regímenes dictatoriales y genocidas y pese a eso en forma cínica no solo firmaron sino también, en muchos casos, publicaron documentos celebratorios del acuerdo que invitaban a la misma participación social y comunitaria que ellos mismos reprimían.

La meta Salud para Todos en el año 2000 fue un hallazgo comunicacional notable que movilizó y catalizó ideas e iniciativas en todo el planeta pero al mismo tiempo representa la quintaesencia del idealismo y como tal fue expresada: con escasas precisiones, con ninguna consideración sobre las dificultades y oposiciones con las que una meta de estas características debía enfrentarse. Si todo el mundo estaba de acuerdo, entonces esto era innecesario. En consecuencia cabe preguntarse si todos estaban de acuerdo -obviamente sólo lo estaban en forma discursiva- con la meta porque no se cumplió y si en la práctica tal acuerdo no existía una perspectiva estratégica requiere preguntarse cuales fueron los actores y factores que en estos 30 años operaron activamente en contra de la equidad.

El surgimiento de los organismos internacionales en la segunda posguerra inmediata representa per se y sin que esto pretenda sonar peyorativo, el triunfo -transitorio por cierto- de las escuelas idealistas de las Relaciones Internacionales. Aprovechando la memoria fresca de las consecuencias de no haber hecho lo suficiente por promover la paz y por prevenir la guerra a través de la fallida Sociedad de las Naciones y con la memoria reciente de cientos de miles de muertos y gravísimas y masivas violaciones a los derechos humanos se construyen acuerdos que empiezan a debilitarse cuando la memoria falla y la "marca" en los sufrimientos de una generación entera se va diluyendo.

El carácter idealista que preside la creación de la mayor parte de los Organismos Internacionales explica que su producción esté frecuentemente sobre adjetivada, plena de buenas intenciones y poco afecta a explicitar los conflictos que los mismos redactores perciben pero que no son habituales en una prosa teñida por esta perspectiva.

El caso de Alma Ata extrema este rasgo, tal vez apoyado en ciertas coincidencias políticas: la política de Derechos Humanos del Gobierno demócrata en EE UU, la gran expectativa de poner fin o límite a la guerra fría, el éxito relativo del club de países exportadores de materias primas (especialmente de petróleo), el peso mediador de la social democracia europea, todo esto seguramente insuficiente de no haber existido los liderazgos carismáticos de de las máximas autoridades de la OMS y de UNICEF en la época.

La Atención Primaria fue lanzada como la "estrategia" privilegiada para lograr Salud Para Todos en el año 2000; (en ese sentido cumple un requisito necesario, pero no suficiente, para ser una estrategia que es el de constituir un medio para alcanzar un fin) pero remite a instrumentos clásicos del pensamiento normativo donde la idea de estrategia queda fuertemente asociada a un ¿cómo? de naturaleza instrumental.

El carácter técnico de los organismos especializados y el contexto político favorable alentó los supuestos que "las tecnologías apropiadas" podían exportarse

sin tomar del todo en cuenta las bases culturales, sociales, económicas y políticas que la alimentaban en su propio contexto de descubrimiento y desarrollo.

Casi simultáneamente en América Latina el movimiento de la medicina social se vería enriquecido por los aportes de un movimiento más modesto que venía a ofrecer una mirada crítica sobre el idealismo y sobre las perspectivas tecnocráticas prevalentes en la época. Nos referimos a los aportes de la planificación estratégica - una herramienta que nació del doloroso ejercicio de la autocrítica- desde cuyos marcos podían anticiparse ya fallas que estaban encerradas en la propia formulación de la atención primaria.<sup>1</sup>

Desde comienzos de la década de los '70 un movimiento conceptual, ideológico y académico intenta contestar el neto predominio positivista de la salud pública de la época constituyendo batallas conceptuales y teóricas épicas que aun están en la memoria de los expertos de la época y que devino luego en un juego mucho más plástico y dialogal a medida que las posiciones se iban apartando de las opciones excluyentes.

Esto fue completado justamente a comienzos de los '80 con el surgimiento de la planificación estratégica que facilitó en muchos casos una cierta traslación desde lo ideológico hacia lo político y desde lo analítico hacia lo programático.

Sin embargo el sustrato idealista de los organismos internacionales impidió que -al menos públicamente- se aceptaran los aportes de la planificación estratégica lo que no quiere decir que no se aplicara esa perspectiva o que utilizándola no podamos reconstruir el sentido de ciertas acciones sin poder dilucidar si fueron intencionadas o no.

La ausencia casi absoluta de actores en los diagnósticos, las formas asépticas de referirse a procesos intrínsecamente políticos como la participación social, la intersectorialidad o la reconversión de los recursos humanos, entre otros rasgos muestran omisiones de la propuesta pero al mismo tiempo invitan a explorar nuevas formulaciones que combinan análisis realistas con ideales y valores sólidos para encontrar o retomar un camino hacia la equidad.

A fines del 2007 en una reunión sobre este tema en Buenos Aires Halfdan Mahler manteniendo su nervio político y su fuerte compromiso militante con la APS centraba sus críticas sobre la posición de otro organismo internacional como UNICEF "acusándolo de abandonar precozmente la alianza que habían constituido". Este mismo dato amplificado por la prensa y asumiendo que fue real podría leerse en términos más macro-políticos.

Apenas 18 meses después de Alma Ata asume Ronald Reagan la presidencia de EE UU personificando junto con Margaret Thatcher el período recordado como revolución conservadora que operó entre otras cosas: (i) debilitando los organismos multilaterales, especialmente aquellos en los que la presencia del G 7 era muy fuerte

<sup>1</sup> Al respecto puede verse el importante esfuerzo realizado a comienzos de los '80 por JJ Barrenechea y E. Trujillo para compatibilizar APS y Planificación Estratégica publicado por la Facultad Nacional de Salud Pública de Medellín Colombia.

-el caso de la sanción y el retiro de financiamiento por parte de EE UU y UK a la UNESCO puede considerarse casi paradigmático- y (ii.) quebrando la resistencia y organización de la Organización de Países Exportadores de Petróleo (OPEP). Por lo tanto en menos de cinco años el panorama había cambiado tanto respecto a Alma Ata que el mismo Mahler entre sus últimas acciones al frente de la OMS propone lo que se puede interpretar como una medida para conservar "al menos" lo que se había logrado. Nos referimos a la política de "District Health" que en las Américas se conocerá como Sistemas Locales de Salud (SILOS).

La lectura estratégica nos sugiere que UNICEF al ser un fondo con sede en Nueva York tenía menos autonomía relativa respecto a EEUU que la OMS y que los "District Health" o SILOS pudo haber sido una medida desesperada por "salvaguardar" lo que se había logrado en cinco años cuando empieza a haber evidencias marcadas que la revolución conservadora comenzaba a arrasar con los tímidos avances redistributivos de fin de los '70 y comienzos de los '80.

En ese mismo código puede leerse el traslado progresivo de la expectativa de los países del G 7 movilizándolo sus favores hacia las instituciones de Bretton Woods (Banco Mundial y FMI) rompiendo un pacto histórico de convivencia dentro de "la familia" de organismos de las Naciones Unidas en desmedro, claro, de los organismos técnicos multilaterales.

En la práctica al unir las funciones de asistencia técnica con las financieras, el Banco Mundial, Los Bancos Regionales (en nuestro caso el BID) y el FMI constituyeron una fuerza de presión muy difícil de resistir para los países. Estas instituciones combinaron recetas técnicas con créditos altamente condicionados y evolucionaron de instituciones crediticias o "salvavidas", para compensar crisis en los '60 y '70, a "arquitectas de un nuevo orden" y líderes de reformas y modernizaciones en los '80 y los '90. Estas reformas -fueran en áreas más económicas o más sociales- siempre se orientadas al interés superior de expandir y globalizar los mecanismos de libre mercado.

Resulta ilustrativa y nos ahorra muchas descripciones sobre los '90 una anécdota que pudimos conocer recientemente. A fines de 1993 dos funcionarios del Banco Mundial se están trasladando dentro del hotel en ascensor hacia una reunión muy publicitada en Buenos Aires, en donde se iba a presentar el informe del Banco Mundial "Invertir en Salud", un importante funcionario de la OPS no es reconocido por ellos lo que le permite escuchar un comentario por demás revelador "con este documento enterramos a Alma Ata" un comentario que desde la perspectiva histórica que tenemos hoy adquiere una significación, una comprensión y una relevancia mucho mayor.

Afortunadamente hoy no se escuchan muchas voces defendiendo ese documento del Banco (ni siquiera dentro de esta institución), más bien ha quedado caracterizado como un símbolo de la destrucción o del deterioro de varios sistemas de salud en el continente (con el caso extremo de Colombia) y en cambio se renuevan las expectativas por actualizar el compromiso de aquella reunión histórica con el derecho a la salud y con la atención primaria lo que sin dudas debemos celebrar como un triunfo del sentido común.

Lo concreto es que Salud para Todos en el año 2000 no ocurrió y no sólo eso sino que, sin desconocer los avances en reducir algunos daños específicos del sector, el mundo y sobre todo América Latina es hoy más injusto, con más exclusión, con peor distribución del ingreso y la inaccesibilidad a los servicios de salud lejos de reducirse se ha acrecentado.

Los propios 8 componentes estratégicos de la estrategia de la Atención Primaria -tal como se los conoció en los documentos de OPS que insistieron en no facilitar la simple lógica de asociar APS con atención básica- requieren hoy un replanteo. En efecto propuestas como reorientar el recurso humano, participación social, programación por necesidades, tecnologías apropiadas, nuevas formas de organización, articulación intersectorial, reorientación del financiamiento y cobertura total pueden ser susceptibles de una renovada lectura técnica pero sobre todo requieren de la incorporación de una mirada política que revierta el escepticismo que generaría el simple enunciado de una nueva meta de salud para todos, sin explicar por qué antes no funcionó y ahora habría que creer que esto sucederá.

En la tabla siguiente planteamos en forma sumamente reducida la naturaleza y la complementariedad de estas miradas tratando de explicar cuales son las perspectivas de "otros actores" que no pueden soslayarse si se quiere reformular, resignificar, relanzar la estrategia con sentido estratégico.

COMPONENTES	MIRADA TÉCNICA	MIRADA POLÍTICA
Recursos Humanos	Más gente formada y trabajando en el 1er nivel	Posición de las Universidades
Participación social	Multiplicación de las instancias de representación, consulta y control	Posición de los partidos políticos
Programación por necesidades	La epidemiología ayudando a definir la agenda del sector	Posición de las corporaciones
Tecnologías apropiadas	Nuevos desarrollos orientados a lo prevalente, a las enfermedades olvidadas	Posición de los productores
Nuevos modelos de organización	Cambiar la centralidad de los hospitales complejos, desarrollo amplio de nuevos escenarios de atención	Posición de los funcionarios
Articulación Intersectorial	Pasar de salud a saludable involucrando a los otros sectores en esa construcción	Posición de los otros sectores
Reorientación del financiamiento	Mostrar las prioridades en el financiamiento sectorial e intersectorial	Posición de los financiadores
Cobertura Total	Contribuir al derecho a la salud garantizando la equidad en la atención	Posición de los "donantes"

Asumimos que la meta salud para todos, en realidad, crea las condiciones para plantear el derecho a la salud, asumimos que el derecho a la salud se basa en el principio de equidad es decir en "el perfeccionamiento de lo que es justo" y que una lectura compleja de la salud indica que al menos pueden desdoblarse y garantizarse tres equidades:

- Equidad en la protección: vinculada a los determinantes: sociales, económicos culturales y ambientales que promueva la salud, que evite la exposición y proteja de los riesgos evitables por igual a toda la población
- Equidad en la atención: de naturaleza sectorial que garantice el acceso a servicios de salud de igual calidad y capacidad resolutive a todos los habitantes (incluyendo los migrantes y visitantes) sin más distinción que la que su estado de necesidad requiera y
- Equidad en la democratización del saber y del poder en salud: haciendo accesible el conocimiento y la información pertinente saltando cualquier barrera cultural y en forma articulada fortaleciendo la capacidad decisoria de la población a diferentes niveles desde el auto-cuidado a la cogestión sanitaria.

Un desafío adicional tal como se está concentrando el poder y los recursos en el planeta es definir si cuando hablamos de equidad estamos hablando de un concepto local (equidad local), nacional (equidad nacional) o global (equidad global) ya que las consecuencias, los actores involucrados, las responsabilidades, las acciones prácticas resultan muy diferentes.

Obviamente no permanecemos neutrales frente a estos dilemas. En realidad creemos posible recuperar esa misma globalización que los agentes económicos explotan en su propio beneficio desde hace casi dos décadas para globalizar la solidaridad, para globalizar la equidad y la responsabilidad de todos las naciones del Planeta (sus gobiernos y sus pueblos) para el alcance de una meta universal de salud.

Finalmente nos parece importante definir quienes van a ser las instituciones y quienes van a ser los actores que van a liderar, que van a hacer inteligencia, que van a desarrollar estrategias en un campo de fuerzas complejo para que el derecho a la salud sea una realidad, y no un sueño, para toda la población del planeta.

Casualmente en un discurso pronunciado al recibir el premio Nóbel de la Paz el Secretario General de la ONU, Kofi Annan, recordaba que en el acta fundacional de la ONU no se habla sólo de gobiernos, sino que las Naciones Unidas es un espacio de unión de gobiernos y pueblos. Tal vez allí esté la respuesta, seguramente deberán ser nuestros gobiernos y nuestros pueblos -básicamente aquellos que entiendan que la preservación del planeta y el desarrollo social con sentido de equidad, son una misma meta- los que garanticen esta vez caminos sólidos hacia el derecho a la salud.

Con ideales fuertes, con actores comprometidos y con un razonable sentido de realidad haremos "estratégica la estrategia" de la Atención Primaria de la Salud.

# Determinantes sociales de la salud, derecho a la salud y APS: vínculo para enfrentar las causas de fondo de los problemas de salud.

Mauricio Torres Tovar

Médico, Sanitarista Ocupacional. Miembro del Movimiento Nacional por la Salud y la Seguridad Social de Colombia y de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES).

*"... nuestra filosofía, basada en la prioridad del desarrollo intelectual del ser humano frente a la moderna civilización occidental que apuesta por los bienes materiales y mide el éxito con mansiones, yates y restaurantes. Nuestra misión es reorientar al mundo hacia la justicia y el desarrollo intelectual y espiritual"*

Leonid Ivashov

## Introducción

Esta ponencia busca hacer una reflexión sobre la perspectiva de la determinación social de la salud y su vínculo con la Atención Primaria en Salud.

La reflexión busca precisar en que ámbito la APS puede afectar los determinantes sociales de la salud, sentando como tesis que el nivel de acción de la APS está en los determinantes intermedios, especialmente en la transformación del modo de atención, que posibilita una respuesta adecuada en promoción, prevención y atención a los problemas de salud de las poblaciones, asunto que se configura en un de los aspectos esenciales de la garantía del derecho a la salud.

En esta vía, hacer un balance de lo que ha significado la propuesta de la Estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) durante estas tres décadas de impulso, pasa necesariamente por hacer un conjunto de preguntas:

- ¿Ha podido colocarse en operación la APS como fue concebida en la Declaración de Alma Ata en 1978?
- Sabemos que no se alcanzó la meta de salud para todos en el año 2000, ¿en que tuvo que ver esto la estrategia de APS? ¿Fue por que no se pudo implementar la APS como se concibió inicialmente o es que la estrategia en sí misma no logra este propósito?
- ¿Hasta dónde en el marco de la actual globalización, que define unas relaciones sociales, económicas y políticas que producen acumulación exorbitante y dominación colonial por parte de un grupo reducido de actores, es posible avanzar en unas condiciones de vida digna y con salud para tod@s?
- ¿Hasta dónde la APS ha sido cooptada e instrumentalizada sin lograr avanzar en modificar las situaciones de inequidad e injusticias sociales y sanitarias?
- ¿Hasta dónde la APS desarrollada por las propias comunidades le ha quitado la responsabilidad al Estado de garantizar el derecho a la salud y hasta donde ha empoderado a las comunidades para exigir la garantía del derecho a la salud al Estado?
- ¿Nuestro propósito central debe seguir siendo salud para tod@s, entendido como acceso a la atención en salud para tod@s, o debemos hablar mejor de condiciones

de vida digna para tod@s, en una comprensión más integral de la salud en vínculo con un proyecto de vida civilizatorio para la humanidad?

- ¿Existen otras estrategias y perspectivas que podrían contribuir con este propósito central?
- ¿La perspectiva de determinantes de la salud puede ser un marco conceptual que fortalezca el desarrollo de la APS? ¿La perspectiva de los derechos económicos, sociales y colectivos puede ser otro marco conceptual que fortalezca el desarrollo de la APS?

Responder estas preguntas debe hacerse a partir de las evidencias y lecciones que han dejado estas tres décadas de estar insistiendo e impulsando la estrategia de APS y otro conjunto de perspectiva y estrategias y a la vez dar luces para el inmediato futuro de cómo avanzar en hacer realmente posible la garantía del derecho a la salud para todas y todos.

### Aspectos conceptuales

Antes de analizar las evidencias de lo que ha producido la APS durante estos años y de lanzar unas tesis sobre las posibilidades de esta estrategia, vale la pena revisar algunas de las perspectivas conceptuales en torno a la APS y a otras perspectivas que se consideran pueden contribuir a avanzar en ese propósito civilizatorio que se trazó en 1978 de alcanzar salud para todas y todos.

### APS: diversas formas de entenderla

Cuando se habla de la estrategia de APS no se habla de un sólo asunto. Desde 1978 cuando se expresó en Alma Ata una manera de entender la APS se ha pasado por la conceptualización y puesta en operación de diversas estrategias de atención primaria: APS Selectiva, APS Detallada, APS Renovada, APS Integral entre otras<sup>1</sup>.

De las diversas maneras de entender la APS se destaca la de entenderla como una estrategia de cuidado integral de la salud para todos y por todos<sup>2</sup> y de que es una estrategia para superar inequidades y exclusiones de los sistemas de salud<sup>3</sup>.

Desde los sectores que se han comprometido con la perspectiva de la APS surgida de la reunión de Alma Ata se ha planteado insistentemente que la APS no es sólo el primer nivel de atención, que no es una atención básica en salud, que no es salud pobre para pobres.

1. OPS. Renovación de la Atención Primaria en Salud en las Américas. Washington, 2005.

2. Secretaría Distrital de Salud. La Atención Primaria en Salud para garantizar el derecho a la salud en Bogotá. 2004.

3. Starfield B., *Primary Care: Balancing Health Needs, Services and Technology*. New York: Oxford University, 1998.

Desde las experiencias construidas por estos sectores se ha ubicado que la APS es una estrategia excelente al constituirse en puerta de entrada de las personas al sistema de salud, que tiene una alta capacidad resolutoria (entre el 80 a 90%) de los problemas de atención en salud, que su labor en territorios específicos con poblaciones específicas le posibilita reconocer las necesidades sanitarias y sociales que se encuentran allí, lo que a su vez demanda y posibilita la transectorialidad para enfrentarlas, rompe con barreras de acceso a la atención sanitaria y genera empoderamiento de las comunidades para que demanden una respuesta institucional integral a sus necesidades<sup>4</sup>.

En este sentido hay que decir que los desarrollos conceptuales hechos de la APS en todos estos años han sido diversos, escasos los definidos en la Declaración de Alma Ata y más bien abundantes los que han manejado una concepción restringida y funcional a sistemas de salud limitados.

Esto plantea que redimensionar la APS implica volver a beber de sus fuentes primarias y potenciarlas con otras concepciones que la pueden hacer más potente.

### Determinantes de la Salud: ver el fondo del problema

Otra perspectiva que se ha movido en el terreno de la salud es la de determinantes de la salud que tiene antecedentes desde mediados del siglo XIX, en cabeza del patólogo *Rudolph Virchow* quien planteó que los problemas de salud tenían causas sociales y económicas relacionadas con la pobreza y que se requería para enfrentar las enfermedades tanto medidas higiénicas como sociales<sup>5</sup>.

Igual que con la APS cuando se habla de determinantes de la salud no se habla de un sólo asunto. Desde los postulados de Virchow se ha pasado por diversas conceptualizaciones: determinantes con énfasis en los factores de riesgo biológicos; determinantes con énfasis en los comportamientos individuales; determinantes de la salud con énfasis en lo ambiental; determinantes con énfasis en las relaciones y jerarquías sociales, económicas, políticas y culturales<sup>6</sup>.

La Carta de Brasilia planteó que: "para avanzar en la superación de las inequidades en salud se requiere de manera fundamental configurar modelos de desarrollo social y económicos sustentables, garantes de los derechos humanos, civiles, políticos, económicos, sociales, culturales, ambientales, sexuales y reproductivos; un modelo de Estado que garantice dichos derechos; impulso a la soberanía y seguridad alimentaria, que erradique el hambre del continente, promoviendo reformas agrarias que aseguren el acceso, uso y propiedad de la tierra, posibiliten procesos agrícolas sustentables y que preserven la propiedad de las semillas ancestrales en el marco de

4. Secretaría Distrital de Salud. La Atención Primaria en Salud para garantizar el derecho a la salud en Bogotá. Op cit.

5. Torres M., El reto por desarrollar una salud pública en contraposición a una salud privada. Revista Cubana de Salud Pública, en prensa, 2007.

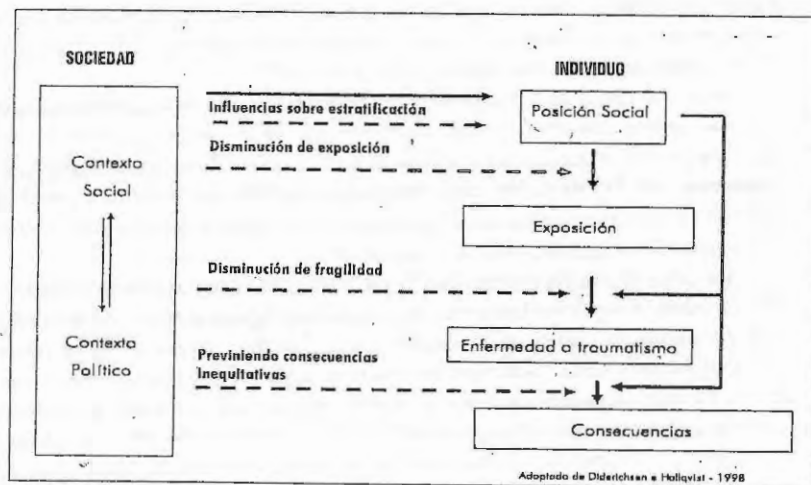
6. Irwin A, Solar O. A, conceptual framework for action on the social determinants of health. WHO, Geneva, 2007.

una propuesta de agricultura familiar y campesina adecuada a la diversidad climática de la región; reformas urbanas que promuevan una mejor distribución del suelo urbano y la construcción de ciudades socialmente justas y ambientalmente sustentables; democratización del capital cultural de la humanidad a través del acceso universal a la educación; concreción de la democracia participativa; y desarrollo de políticas públicas intersectoriales, universales, integrales, equitativas y participativas<sup>77</sup>.

Esta perspectiva amplia e integral de los determinantes de la salud definida por un conjunto de organizaciones sociales de América Latina apunta a ubicar como determinantes de fondo los relacionados con la distribución del poder económico, político y cultural, que definen un tipo de modelo de desarrollo, un tipo de modelo de Estado y una forma de distribución de la tierra rural y urbana, que genera una estratificación social causa fundamental de las desigualdades e inequidades sociales y sanitarias.

Esta perspectiva de determinantes coincide en los desarrollos hechos por Diderichsen que ubica el tema de la posición social (entiéndase clase social) como determinante central, la cual es producto de un contexto social y político. Esta posición social define unas exposiciones diferenciales en salud, el acceso a unas respuestas diferenciales en salud que a su vez define unas consecuencias diferenciales en salud<sup>8</sup> (ver gráfica No. 1).

Gráfica No. 1 - Matriz de Diderichsen



7. Carta de Brasilia. Reunión Regional de consulta con la Sociedad Civil sobre los determinantes sociales de la salud. Brasilia, 2007.  
 8. De Negri Filho, A., "Adoção de uma estratégia promocional da qualidade de vida e saúde: transitoriedade das políticas públicas". En: Girotti Sperandio, A.M., O Processo de construção da rede de municípios potencialmente saudáveis. Campinas-São Paulo: IPES, Unicamp, OPS/OMS, 2004.

Esto implica que afectar los determinantes de la salud pasa necesariamente por afectar la posición social, lo que a su vez demanda afectar de manera equitativa las formas de la distribución de la riqueza, de la distribución del poder y de la distribución del acumulado cultural de la humanidad.

Continuar trabajando con la meta ética de salud para todas y todos implica incorporar la perspectiva integral de los determinantes de salud para variar la posición social de las comunidades a partir de afectar las formas de acumulación y distribución de la riqueza y el poder y por ende cambiar las exposiciones, respuestas y consecuencias diferenciales en salud.

### Salud entendida como Derecho Humano<sup>9</sup>

Otra perspectiva clave es la de la comprensión de la salud como derecho humano.

La salud es un derecho humano fundamental en la medida que está fuertemente ligada con la dignidad humana, como se sustenta claramente en los instrumentos internacionales de derechos humanos, donde se expresa que todo individuo debe tener derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental, ya que sin este disfrute el individuo no está en capacidad de hacer frente a los avatares de su propia existencia y de luchar en igualdad de condiciones por procurarse una vida digna.

De esta manera se comprende que la fuente de todos los derecho humanos, es la dignidad humana, lo que deriva en que los derecho económicos, sociales y culturales, en donde el derecho a la salud es uno de ellos, deben guiar las leyes, políticas y actividades de los gobiernos y demás actores conminados por la obligación de protección y promoción de estos derechos.

Realizar el disfrute de la salud, que le permita a los seres humanos vivir dignamente, requiere por parte de los Estados además de suscribir y ratificar oficialmente los tratados internacionales en materia de derechos humanos, desarrollar políticas públicas que materialicen la realización de este derecho.

Dentro de este conjunto de políticas aparecen varios componentes que deben afectar los determinantes de la salud y que deben brindar atención a la salud teniendo como base la APS.

En este sentido se entiende la salud como un derecho humano y un deber de Estado, perspectiva que se articula con la de los determinantes de la salud porque éstos deben ser tenidos en cuenta para el diseño de las políticas para garantizar el derecho y con la estrategia de APS en tanto ésta rompe barreras de acceso para la garantía del derecho a la salud.

Es decir garantizar el derecho a la salud para todos y todas va desde el reconocimiento constitucional y legal de la salud como derecho hasta el diseño y el desarro-

9. Torres M., Salud: Derecho Humano. Secretaría Distrital de Salud. Bogotá, 2004.

llo de políticas sociales que afecten los determinantes de la salud y que garantizan las componentes de la atención sanitaria.

### Evidencias: limitado impulso a la APS

Se puede decir que casi 30 años es más que tiempo suficiente para analizar si una estrategia que se ha impulsado es útil o no. Es indudable que estas tres décadas dejan un conjunto de evidencias sobre el impulso de la APS que nos permiten fijar una postura frente a su desarrollo y posibilidades.

Es evidente que la Declaración de Alma Ata no ha sido impulsada con el compromiso que se requiere por la mayoría de naciones, como ha sucedido con muchos de los compromisos internacionales surgidos en el seno de las Naciones Unidas.

La APS desde la institucionalidad Estatal de manera general fue desvirtuada, quedando reducida a programas básicos de atención para población pobre. En el contexto actual de neoliberalismo en salud ha sido instrumentalizada, puesta al servicio de la focalización de la atención en salud.

En los Estados que realmente se han comprometido con la estrategia de APS, esta es la base de la organización de los sistemas públicos universales de salud; en los sistemas privados de salud es marginal y reducida<sup>10</sup>.

Por su lado, las comunidades han enriquecido la perspectiva de la APS desde la diversidad y ha sido una respuesta autónoma de las comunidades frente al abandono estatal en salud lo que ha posibilitado fortalecer el tejido social y organizativo e incluso jugar un papel importante en los procesos de luchas emancipatorias<sup>11</sup>.

El papel de la APS fundamentalmente ha estado en la respuestas a las necesidades de atención a la enfermedad de las poblaciones y en los componentes básicos de educación para la promoción de la salud y prevención de la enfermedad y en los de saneamiento básico y nutricionales, su alcance no ha logrado afectar los determinantes estructurales que son las causas de las injusticias, exclusiones e inequidades en salud.

Desde estas evidencias se hace claro de un lado que es necesario disputarle la estrategia de APS a las estructuras que la volvieron funcional a una perspectiva de respuesta marginal a las grandes necesidades sanitarias de la gente y de otro lado, reconocer el valioso aporte que ha hecho la APS en los contextos donde se ha implementado adecuadamente, teniendo el reto de articularse con perspectivas estructurales para que además de lograr la amplia cobertura de atención en salud aporte a reconocer y afectar los determinantes sociales, políticos y económicos de la salud.

10. Torres M., América Latina entre la oscuridad, resistencia y esperanza sanitaria. Revista Rede Américas. Año 1, v. 1. 2006. Recife, Brasil.

11. Albizu JL., Todosantos, G., Méndez, M.E., El efecto Guatemala. Un viaje con las promotoras y los promotores de salud a través de la vida. 2005. Oxfam Internacional, Cooperativa Recuerdo.

### Tesis: articular la estrategia de APS con otras perspectivas

A partir de las evidencias acumuladas en estos años es posible lanzar un conjunto de tesis para avivar el debate que se hace necesario dar con la celebración de los 30 años de la Declaración de Alma Ata.

Una primera tesis ubica que la APS por sí sola no logra impactar los determinantes estructurales de la salud. En las experiencias más importantes que han logrado desarrollar coherentemente la APS, se puede decir que la estrategia ha impactado principalmente en el ordenamiento de los sistemas de salud que es un determinante intermedio (no estructural) de la salud.

Otra tesis es que la APS al desarrollarse en territorios con poblaciones específicas tiene la capacidad de contribuir a la lectura de las necesidades sociales y sanitarias de las poblaciones y a reordenar las respuestas desde una perspectiva intersectorial y comunitaria, logrando transformar el modo de atención y gestión en salud<sup>12</sup>.

Una tesis adicional es que impulsar la APS pasa por demandar y luchar por el fortalecimiento o establecimiento de Sistemas Públicos Universales de Salud, en tanto la APS que se impulsa en los esquemas privados de mercado la coopta, reduce e instrumentaliza a favor de los negociantes de la salud<sup>13</sup>.

Una última tesis es que el articular la APS con la perspectiva de los derechos sociales (Derechos Económicos, Sociales y Culturales, DESC) y la de los determinantes de la salud, le brinda un marco más amplio de acción que va más allá de lo sanitario y la ubica en un plano de la promoción de la calidad de vida digna, colocándole el reto de pensar como aporta en la afectación de los determinantes estructurales de la salud y en la exigibilidad del derecho a la salud (Salud DDHH)<sup>14</sup>.

En este sentido, la APS debe colocar su énfasis en aportar a fortalecer el tejido social y desencadenar procesos organizativos (empoderamiento), ruta fundamental para enfrentar y transformar las relaciones sociales, económicas y políticas de dominación, determinantes estructurales de la equidad en salud (ver Gráfica No. 2).

### Algunos retos para no dejar pasar por alto

Es indudable que retomar, oxigenar, recuperar y potenciar la APS implica un conjunto de retos.

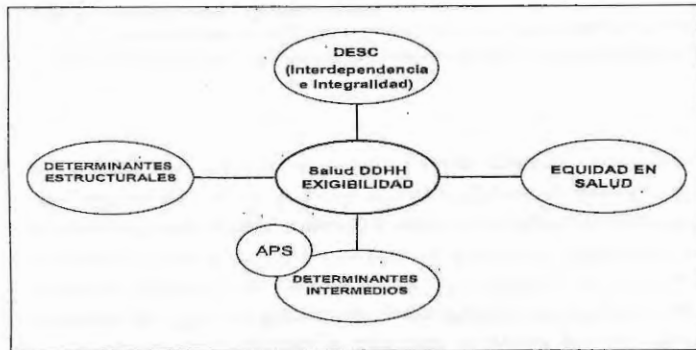
Entre estos retos de un lado se encuentra el de impulsar estudios frente a la capacidad del impacto de la APS sobre los determinantes sociales de la salud y la exigibilidad y garantía del derecho a la salud, que posibiliten definir sus alcances reales.

12. Secretaría Distrital de Salud. La Atención Primaria en Salud para garantizar el derecho a la salud en Bogotá. Op cit.

13 Representantes de la Sociedad Civil a la CDSS - OMS. Informe de la Sociedad Civil a la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, Organización Mundial de la Salud (CDSS-OMS). Journal de Medicina Social. v. 1, n 2, 2007.

14. Casallas A, Molina N., De Negri A., Alvarado G., Ramírez P., Colección La Ruta de la Estrategia Promocional de Calidad de Vida y Salud. Bogotá, 2007.

Gráfica No. 2 - Relación entre Salud, Determinantes y APS



Otro reto es de ampliar los desarrollos conceptuales y metodológicos que le posibiliten a la APS aportar a afectar los determinantes estructurales de la salud, recuperando su valor político al servicio de los procesos de transformación social y emancipatorios.

Y por último mencionar el reto en el que se ha insistido en este escrito, relacionar la estrategia de APS con las perspectivas del derecho a la salud y la de los determinantes de la salud. Asunto que demandan un conjunto de transformaciones entre las que destacan:

- Un cambio conceptual que implica cambiar de centro de atención: de la enfermedad a la calidad de vida, al bienestar y a la salud;
- Un cambio epistemológico que permita que se pase de enfrentar los problemas de manera disciplinar a una manera multidisciplinar;
- Un cambio institucional que lleve a enfrentar los problemas y necesidades no desde lo sectorial si no desde lo intersectorial;
- Un cambio en la prioridad institucional que lleve a salir de darle el centro a la estabilidad financiera institucional (ganancias) a que se tenga como centro la garantía del derecho a la salud;
- Un cambio en la planeación para que se pase de afectar las consecuencias a afectar las causas de los problemas de salud;
- Un cambio político administrativo que lleve a que el desarrollo y las decisiones pasen de los tecnócratas al conjunto de la sociedad;
- Un cambio técnico que permita pasar de respuestas institucionales homogéneas a respuestas que tengan en cuenta las múltiples diversidades de edad, género, culturales, étnicas;
- Y por último otro cambio político que implica pasar de una participación social instrumental a una participación social autónoma con real capacidad de incidencia, es decir con recursos de poder.

128