

MODELOS DE SALUD Y ATENCIÓN PRIMARIA (A.P.S.)^{i, ii}

Álvaro Franco-Giraldoⁱⁱⁱ

ⁱ Ponencia en el XXIV congreso Nacional de Medicina “Integración de saberes”. Auditorio Marie Possepin; Envigado (Antioquia). 30 de octubre de 2010.

ⁱⁱ Gran parte de las ideas aquí esbozadas se desarrollan más ampliamente en el libro: *Franco A. Salud Global. Política Pública, derechos sociales y globalidad. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia; agosto de 2010.*

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

MODELOS DE SALUD Y ATENCIÓN PRIMARIA (A.P.S.)^{iv, v}:

Álvaro Franco-Giraldo^{vi}

Introducción

Ha sido nuestro interés a través de los últimos años, explorar permanente en el campo de la salud pública y de las disciplinas conexas acerca de métodos, teorías, modelos y enfoques que nos permitan llegar a una visión auténtica de la producción intelectual en salud pública¹ y de la práctica sanitaria, en particular.

Conviene partir de algunas teorías y modelos que, históricamente, hayan surgido como expresiones y construcciones propias de la salud pública, que hayan contribuido a perfilar un núcleo académico disciplinar. El recorrido por disímiles enfoques de la sociedad y la salud, en los dos últimos siglos, que desde la perspectiva metodológica e ideológica han afectado la práctica sanitaria, nos ayudan a entender y proponer alternativas para los sistemas de salud actuales y futuros.

Pero nuevas concepciones en torno a la salud, surgidas tras la irrupción del Neoliberalismo, en el seno de las Agencias Supranacionales (Banco Mundial, Fondo Monetario Internacional, Organización Mundial de la Salud, OPS/OMS), han impulsado reformas sustanciales en los sistemas de salud y en la práctica de la salud pública, que aquí se interpretan como limitaciones impuestas desde afuera al desarrollo de la salud pública, este ha sido el caso de la negación de la acción de la atención primaria durante la última década del siglo XX.

Las teorías buscan soluciones a problemas propios de una disciplina y de su objeto de conocimiento; como tal, en salud pública deben enfocar los problemas relacionados con la vida, la salud y la manera de enfermar y morir de las poblaciones. Una teoría en salud

^{iv} Ponencia en el XXIV congreso Nacional de Medicina “Integración de saberes”. Auditorio Marie Possepín; Envigado (Antioquia). 30 de octubre de 2010.

^v Gran parte de las ideas aquí esbozadas se desarrollan más ampliamente en el libro: *Franco A. Salud Global. Política Pública, derechos sociales y globalidad. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia; agosto de 2010.*

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

pública debe dar cuenta de la salud de la población pero no solamente la de los individuos en particular, o de las meras relaciones interpersonales, o de grupos aislados, o de las relaciones del proceso de atención médico – paciente (como pudieron ser las teorías de Ilich² en los años 60); debe, ante todo, referirse al resultado colectivo de las intervenciones sanitarias. Más concretamente la salud pública debe enfocar lo “público de la salud”, que no significa ni un conjunto de servicios en particular, ni una forma de propiedad, ni la consideración de los problemas más frecuentes en salud, ni un componente gubernamental,^{vii} sino “un nivel de análisis, a saber el nivel poblacional”³

Con este propósito se retoma la atención primaria en salud como un enfoque renovador en los modelos de salud, con el fin de reorientar los servicios de salud. Esta ponencia se propone indagar por los métodos y las conexiones utilizadas por la nueva propuesta de atención primaria en salud, así como su potencial para renovar el modelo de salud, en particular en los sistemas de salud Latinoamericanos, la cual servirá para introducir algunos elementos necesarios para la transformación del sistema de salud en este subcontinente, pero en particular en Colombia donde se debate intensamente la posibilidad de salir de un modelo de mercado. La idea de esta síntesis es, precisamente, servir a cualquiera de los proponentes en el argot académico y propiciar el debate en la arena política^{viii}.

Sobre Los Modelos De Salud:

Podemos remontarnos en la búsqueda de teorías y modelos en salud pública hasta encontrarnos con el **modelo médico clásico**, que encarna como ninguno el **modelo biologista**, sin desconocer la existencia de otros más antiguos. Este enfatiza en las dimensiones biológicas frente a las socioculturales, excluyendo a estas últimas de su papel en la generación de la enfermedad y por ende de las respuestas que pueda dar la sociedad en este campo.

Este modelo entra en crisis al final del siglo XIX pero se fortalece con el **modelo hospitalario** que mantiene su hegemonía durante el siglo XX. Se basa en la atención de la

^{vii} Estas han sido connotaciones que, cotidianamente, se le han dado a la salud pública, generando confusiones, en esa búsqueda permanente de su identidad como disciplina social.

^{viii} Gran parte de las ideas aquí esbozadas se desarrollan más ampliamente en el libro: *Franco A. Salud Global. Política Pública, derechos sociales y globalidad. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia; agosto de 2010.*

enfermedad particular de los individuos y pasa de lado por el proyecto colectivo del **Higienismo** del siglo XIX, que pudo interpretarse como el modelo alterno^{ix}.

A ese modo de articularse el hospital, la atención privada (primaria) a los enfermos, y el papel de los médicos como expertos en política de salud se le ha denominado **modelo médico clásico**⁴. Su hegemonía y orígenes datan del siglo XVIII, atado en un momento al principio de beneficencia y luego al de bienestar, siendo homologado por esta vía por el Estado. Asimismo, la intervención asistencial del Estado pretendía la legitimación de la clase política.

Por su parte, la idea **sanitarista, miasmática y ambientalista** se mantuvo durante la segunda mitad del siglo XIX, influyendo en las políticas públicas. Nuevas teorías **ecologistas y ambientalistas** reaparecen al final del siglo XX^{x,5}, dando un salto cualitativo con respecto al higienismo del siglo XIX. Han sido importantes al final del siglo las reuniones de Oslo (1968), Río de Janeiro (1992), Sundsvall (Suecia, 1991) o los programas de Río de Janeiro y el Protocolo de Kioto⁶, que han hecho énfasis en el tema ambiental.

Posteriormente al siglo XIX, **la teoría del germen** se impone en las prácticas curativas, pero esencialmente en las preventivas (inmunizaciones específicas, por ejemplo), sirviendo también al **modelo preventivista epidemiológico**. Esta teoría atraviesa gran parte del siglo XX y hace crisis después de su segunda mitad. Sin embargo, la introducción de la terapéutica a mediados del siglo XX conduce a reforzar el **modelo médico biologista**, igual que lo hizo el hospital en siglos pasados

Este ciclo oscilatorio de teorías y modelos se ve de nuevo fortalecido por nuevas estrategias y prácticas sociales como las preconizadas por Alma Ata (URSS, 1978), con la **Atención primaria en salud**, y Ottawa (Canadá, 1984) fundamentada en las políticas públicas, en los estilos de vida y la participación ciudadana.

Al final del siglo XX, una nueva fase de este ciclo se ve llegar con **la genómica** y el desarrollo de la **teoría biomolecular**, que refuerzan el modelo biologista; pero

^{ix} De hecho los modelos alternos han subsistido frente a los modelos hegemónicos, bien como contradicción frente a estos o como práctica que se resguarda en alguna comunidad.

^x Para algunos Dubos es el principal exponente.

simultáneamente surge el llamado de atención sobre las nuevas dimensiones sociales, éticas y políticas que afloran en el terreno de la salud derivadas de este renacer de la genética y la micro-medicina, responsables ellas de cambios teóricos, cambios en la causalidad de la enfermedad y en las soluciones prácticas.

Con la aparición de la Atención Primaria en Salud (APS) y el desarrollo comunitario, concomitantemente con las teorías de Mckeown (1976),^{xi} se da según Ashton⁷ un hito importante para el surgimiento de la **Nueva Salud Pública**, la cual define como: “un enfoque que busca una síntesis entre la actuación ambiental y las acciones tanto preventivas como curativas de tipo personal; su interés está puesto en las políticas públicas, en las conductas individuales y en los estilos de vida, dentro de un contexto ecológico y con planteamientos holísticos de la salud.

Además de lo descrito atrás por el enfoque de Asthon y el enfoque de Lalonde, adalides de esta nueva perspectiva en países desarrollados, recientemente otros autores también defienden la Nueva Salud Pública⁸, asociándola con las estrategias planteadas en la carta de Ottawa⁹ y la relacionan con el concepto de “ciudades sanas” de la OMS, 1986 (Proyecto europeo para el desarrollo de la promoción de la salud). No obstante, se plantea que “por supuesto la nueva salud pública no es “nueva” ya que todas o cada una de sus facetas han hecho parte de otras prácticas”¹⁰ como los movimientos de servicios de salud personales, actividades de voluntariado, mejoras ambientales y políticas de apoyo en las ciudades. Pero, de todas formas es importante destacar estas prácticas como expresiones de otro modelo o teoría en salud pública, o de una perspectiva alterna al modelo médico biólogo o al modelo preventivista epidemiológico; **modelo alterno basado en la APS** el cual pondera los componentes de la salud pública, al buscar mejorar la salud rompiendo barreras y prácticas convencionales.

El nuevo enfoque europeo y canadiense de promoción de la salud, basado en ciudades y espacios sanos, ha enfatizado en las políticas públicas y trasciende las actividades comunitarias y de proyectos intersectoriales aislados¹¹⁽¹⁶³⁾, y va más allá del enfoque estatal o gubernamental. Quienes han defendido la estrategia de “ciudades sanas”¹² suministran la visión política necesaria y el imaginario para “la nueva salud pública”, con herramientas como la defensa de la salud, la capacitación y la mediación.

^{xi} Estas mostraban que la disminución de la mortalidad se debió en Inglaterra y Gales (1840-1970) a factores socio-ambientales y comunitarios, antes de que aparecieran las medidas terapéuticas (como el caso de los tuberculostáticos).

En síntesis, la llamada “Nueva Salud Pública”, es un enfoque dentro de esta disciplina que apunta a desarrollar los postulados de la promoción de la salud con estrategias novedosas, producto de las diferentes conferencias internacionales en esta área, que tienen como eje los determinantes sociales y las intervenciones estatales y de la sociedad civil; el desarrollo y la participación comunitaria; que van más allá del enfoque médico biológico y preventivista de la enfermedad, defendiendo la salud y promoviendo la vida. Integra cambios ambientales, medidas preventivas personales e intervenciones terapéuticas adecuadas, además de significar el renacer de las actividades de promoción de la salud; se interesa por la pobreza y los más vulnerables, la reorientación de los servicios pasando de la asistencia hospitalaria a la atención primaria en salud; y se fortalece con la acción política.

Se podría complementar que lo que muchos se han disputado como “la Nueva Salud Pública”, no ha sido más que la interpretación e implementación de estrategias de atención primaria en salud (APS), desde su concepción integral (o atención primaria integral).

Hasta aquí lo que hemos llamado modelos de salud se refiere más propiamente a **los modelos de atención en salud**. Pero en el mismo campo es necesario trascender a **los modelos de sistemas de salud**, una perspectiva más integradora, sistémica y organizativa de la atención integral. Es en este contexto en el cual se debate hoy la atención primaria en salud y la posibilidad de diseñar **Sistemas de Salud basados en Atención Primaria en Salud**.

Algunas clasificaciones de sistemas de salud se han venido difundiendo en varios foros, de ellas se presentan aquí algunas:

Usualmente los sistemas de salud se han clasificado como^{13,14}: sistemas segmentados, sistemas nacionales, sistemas privados, sistemas públicos, entre otros, hasta llegar al más reciente concepto de “*pluralismo estructurado*”, redefinido por los apologistas neoliberales con el afán de hacer sistémico lo imposible, para tratar de explicar o negar la fragmentación que ha dejado el mercado en las reformas de servicios de salud durante los últimos 15 años. Más recientemente, el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), en 1996, ha establecido una clasificación que va en la dinámica de las reformas, así: *sistemas segmentados, sistemas intensivos en el uso de contratos, sistemas públicos integrados y sistemas públicos administrados de contratos*.

Aquí cabría acotar que sólo los modelos sociales y nacionales de carácter público logran hacer efectiva la atención primaria y transformaciones sustantivas en la salud de la población.

Sobre Atención Primaria En Salud (APS):

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

Si se siguieran los postulados de Alma- Ata¹⁵, habría que concluir que la APS se propone llegar a todos, principalmente a los más pobres, enfocada en los hogares y en las familias; no sería cuestión sólo de servicios de salud. Como acción no puede entenderse como atención médica, y menos aún, atención médica primaria, o peor, atención por personal no calificado. Son ellas, algunas de las confusiones que se fueron presentando en este proceso desde Alma Ata. Otras fueron: confundir la tan promocionada “puerta de entrada al sistema” con el mero “contacto inicial de asistencia médica” desintegrando el proceso de atención, por si sólo no bastaría con entrar al primer escalón del sistema. Tampoco coincide con el enfoque integral de la APS, la reducción que se hace de ella en la idea de “servicios de salud para todos”; APS no es sólo servicios de salud.

De hecho, la Política de “Salud para Todos en el año 2000” _SPT 2000_, el más grande acuerdo internacional en salud pública del siglo XX, debió apoyarse en cinco tácticas operacionales, propias de la APS. Estas aún válidas pero respondiendo a cambios conceptuales y filosóficos que la revitalizan: (1) Cobertura universal y prestación según necesidades (hoy se habla de equidad); (2) integración de servicios de promoción, prevención, curación y rehabilitación (hoy diríamos además de integración, integralidad y articulación de las funciones esenciales de la salud pública _FESP_); (3) servicios eficaces, culturalmente aceptables, asequibles y susceptibles de gestión (hoy pensamos más en la diversidad cultural, en la aceptación de la diferencia y en la efectividad de las acciones de salud pública y promoción de la salud); (4) las comunidades debieran participar en el desarrollo de servicios con auto responsabilidad (hoy participación ciudadana y

empoderamiento); (5) acción sanitaria en relación con otros sectores del desarrollo (hoy, debe incluir la salud en la agenda multisectorial, enfocarse en los determinantes sociales de la salud y en el derecho a la salud)^{xii}.

La Renovación De La APS:

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

En el 2005, la OPS¹⁶ señala que la reorientación de los servicios de salud sólo se logrará con sistemas de salud basados en la promoción de la salud y en la renovación de la atención primaria, los cuales deben:

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

Ya antes, en esa misma dirección, la Resolución CD 44.R6 del Consejo Directivo (OPS) en 2003¹⁷, aplicaba el mandato de los Estado miembros de OPS para renovar la Atención Primaria en Salud en las Américas, la cual llevó a la Declaración de Montevideo¹⁸: Su eje fundamental propende por adoptar (...) fortalecer y desarrollar sistemas de salud basados en la APS (...), contruidos sobre valores de equidad, solidaridad y el derecho a gozar del grado máximo de salud posible”. Más recientemente, en el 2009, la Organización Mundial de la Salud (OMS) reafirma los principios y valores de la Atención Primaria en Salud: la equidad, la solidaridad, la justicia social, el acceso universal a los servicios, la acción multisectorial y la participación comunitaria¹⁹.

^{xii} Sus bases se pueden ampliar en: (1). La Conferencia Internacional de Atención Primaria y en la Declaración de Alma Ata – 1978^{xii}. (2). En la evaluación que se hace de la APS a sus 25 años de formulación, por OPS^{xii} y en el Doc. CD 44/9 julio, 2003^{xii}.

En el mismo sentido, el “Informe sobre la salud en el mundo, 2008”²⁰ propone cuatro áreas de política para reducir las inequidades sanitarias: subsanarlas por medio de cobertura universal, situar al individuo en el centro de la prestación de servicios, integrar la salud en las políticas públicas de todos los sectores y fomentar el liderazgo integrador en pro de la salud.

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

La atención primaria en salud resurge así, en ese nuevo contexto, como la alternativa que devolvería a los sistemas de salud el rol que cumplieron hacia finales del siglo XX: “El rol (...) de manera preferencial, es colaborar con otros sectores en implementar las acciones estratégicas de la promoción de la salud mejorando la calidad de vida y la equidad”²¹. Esta renovación es un reconocimiento a los esfuerzos en el final siglo XX para “establecer políticas y programas de atención primaria como eje central de los sistemas de salud”.²²

La Gestión De La APS:

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

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

Este regreso a la APS, se justifica por la mayoría de sus intérpretes en la salud internacional como la Renovación, que deviene de²³:

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

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

Significaría más la renovación de la gestión de los sistemas de salud que de la propia estrategia, al volver a insistir en su aplicación, aunque con algunos cambios o desafíos mayores que los que existían en 1978 (Alma Ata)²⁴: enfoques sistémicos, con APS basada en la evidencia; reajustar los servicios de salud, reorientándolos hacia la promoción y la prevención; integración de servicios individuales y colectivos; un marco institucional fuerte, orientado a la calidad y a la justicia social, responsabilidad y rendición de cuentas, sostenibilidad y respuesta de las necesidades de salud de la población; asignación de funciones y responsabilidades por niveles de atención, niveles territoriales y niveles gubernamentales.

La Reorientación De Los Servicios De Salud:

Desde la Carta de Ottawa de promoción de la salud, en noviembre de 1986, se recomienda la reorientación de los servicios de salud como uno de los 5 pilares de la promoción de la salud, además describe sus elementos principales^{xiii}. La 5ª Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, por su parte, le da mayor importancia al tema colocándolo en el centro de la política sectorial: se basa en la visión canadiense para la reorientación integrada de los servicios de salud²⁵.

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

Esta 5ª Conferencia define principios, valores y lineamientos para la reorientación de los servicios de salud, y establece objetivos, estrategias y mecanismos apropiados. En la Conferencia se establece un nuevo marco operacional para la reorientación de sistemas de servicios de salud que se esboza en sus objetivos y estrategias²⁶.

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

Otros foros internacionales han venido retomando el tema de la reorientación de los servicios de salud, con una perspectiva un poco más amplia. Así se expuso en el Foro de Medellín sobre la importancia de las funciones esenciales de la salud pública (FESP) para la reorientación de los servicios de salud²⁷. Las funciones esenciales de la salud pública vienen a impulsar una nueva forma de reorientación de los servicios de salud pública en las Américas, al promover el empoderamiento de los núcleos familiares, comunitarios y regionales como estrategia fundamental para los sistemas de salud.

En esta reunión, Feo²⁸ echa mano de las funciones esenciales de la salud pública para recomendar de nuevo la reorientación de los servicios de salud, basado en cuatro pilares de la promoción de la salud: (1) La promoción de la salud como responsabilidad compartida entre todos los actores claves del sector salud. (2) Garantizar políticas de salud y promoción, con carácter intersectorial. (3) Integración de los servicios de salud, ampliando su concepto como el continuo que va desde la promoción hasta la rehabilitación. (4) Producir conocimiento y evidencia.

En síntesis, las estrategias operacionales de la APS se deben orientar al fortalecimiento y a la reorganización de los servicios de salud, bajo la responsabilidad institucional. Como lo señalara Robert Labonté²⁹: se trata esencialmente de estrategias que además de apoyar el cuidado personal, vayan más allá del rol de los servicios de salud tradicionales. Ellas deben llevar al fortalecimiento individual y personal abriéndoles nuevas oportunidades a las personas; pero complementando con el desarrollo de pequeños grupos constituidos para trabajar sobre los problemas de salud y la carencia de poder. Son estrategias fundamentadas en el empoderamiento de las comunidades^{30,31}.

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

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

En épocas de globalización y crisis del Estado-Nación, se da “la mayor demanda por la construcción de ciudadanía, la participación social y el empoderamiento de la comunidad”³². Son de gran valía para la reorientación de los servicios, los mecanismos de participación y autodeterminación concebidos en el *empowerment*.

Finalmente, un enfoque de servicios de salud como el que se propone con la reorientación, centrado en los derechos humanos y en la necesidad de tener sistemas de salud fuertes, debe echar mano de algunas estrategias complementarias y aterrizar en las realidades concretas: “El pilar central del derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud descansa en un sistema de salud eficaz e integrado que abarque la atención de salud y los factores subyacentes determinantes de la salud, que responda a las prioridades nacionales y locales y que sea accesible para todos”.³³

A Manera De Cierre:

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

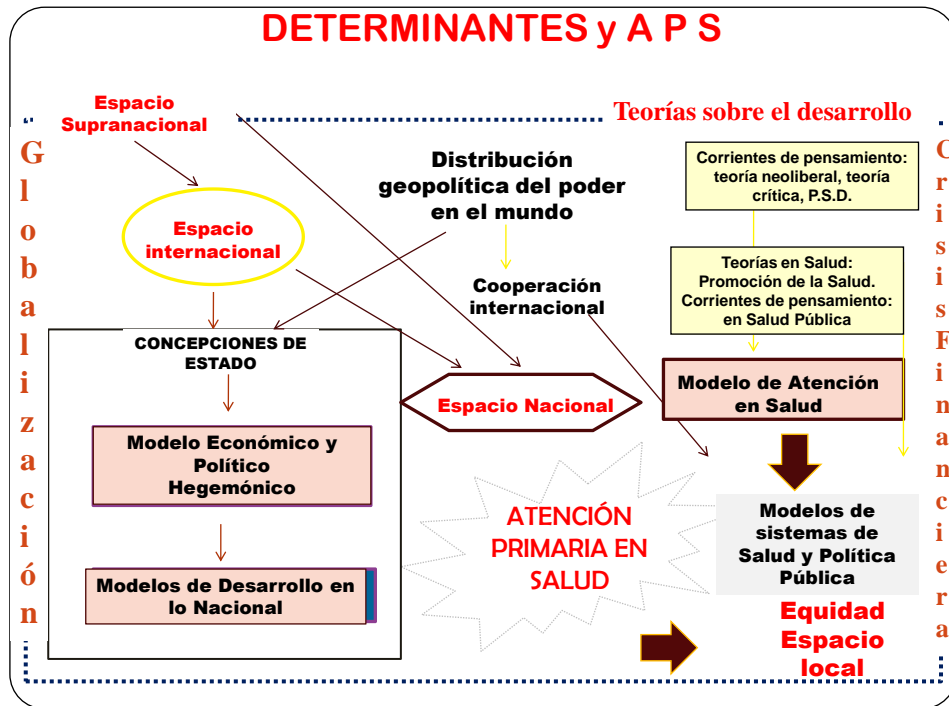
Los cambios y condicionamientos no son sólo económicos sino en lo político (*Esquema 1*), en la ciencia, la técnica y la tecnología. Hasta ahora esta tecnología ha estado al servicio de los intereses del modelo capitalista monopolista; el conocimiento desde la perspectiva social ha quedado relegado bastante, el conocimiento social no ha tenido la posibilidad de

desarrollarse en estos años por la hegemonía del otro conocimiento (el de la tecnología dura). Si seguimos por esta vía, no será posible la renovación.

De otro lado estas variables del contexto estarán actuando como determinantes y condicionantes no solo de la salud sino también de los sistemas de salud, del modelo de salud imperante y de las posibilidades de desarrollo de la atención primaria en salud. De su comportamiento positivo o negativo en los espacios internacional o nacional, dependerán las posibilidades de existencia y las condiciones de equidad en los ámbitos locales (*Esquema 1*). No faltarán proponentes en la literatura de salud y políticas públicas que considerarán el tema de los determinantes sociales como un nuevo modelo de salud, y en tal sentido con este esquema se deja aquí abierto el debate.

Esquema 1

El contexto de los determinantes y la Atención Primaria en Salud



Fuente: Construcción propia.

- La APS debe alzar el vuelo de la participación social. Desde Alma Ata 78, se recomienda la participación social y ciudadana (en ese momento se habló de participación comunitaria) como base para el trabajo en APS para que esta no se quede en un nivel de servicios de salud.
- Debe trascenderse de la atención en salud a la defensa de los Derechos Económicos Sociales y Culturales, al ejercicio de las políticas públicas de orden social (bienestar social), a dinamizar el proceso de desarrollo humano. El tema principal en el horizonte de la salud pública y de la promoción de la salud es el de los derechos económicos sociales, económicos y culturales (DESC); así muchos prefieren la garantía de los derechos DESC aunque no se permitan otros derechos como votar en unas elecciones u otras oportunidades políticas³⁴.

Cuadro 1. Marco para los sistemas de salud basados en la atención primaria

Componente	Cambios	Acciones
Reorientación de los servicios	Sistemas de salud basados en promoción de la salud y en atención primaria en salud (APS)	Garantizar servicios de atención primaria como “puerta de entrada”. Complementarse con atención especializada y protección social. Adoptar mecanismos de coordinación e integración.
La estrategia de atención primaria	La renovación operativa de la estrategia de atención primaria	Definición de una base poblacional; priorización de grupos poblacionales vulnerables; énfasis en atención ambulatoria; descentralización de servicios; integración de sistemas de salud; redistribución de los recursos humanos de acuerdo con las necesidades de la población; aumento de la importancia de los equipos humanos de trabajo transdisciplinario
Prestación de servicios	Los servicios de salud son: “aquellos entregados por personal de salud en forma directa o por otras personas, bajo la supervisión de estas con los propósitos de [...] promover, mantener y/o recuperar la salud, y en segundo lugar, de minimizar las disparidades, tanto en el acceso a los servicios de salud como en el nivel de salud de la población”.	Impulsar mejoras en la calidad de los servicios. Un modelo efectivo debe buscar un adecuado equilibrio entre servicios personales y colectivos, entre servicios curativos y promoción, orientándose a la promoción y al auto cuidado de la salud.
Gestión de políticas públicas hacia la cobertura universal	Reorientación de los servicios de salud hacia la demanda, o sea, en función de las necesidades y exigencias de salud de la población.	Desarrollo de la intersectorialidad para promover universalidad. Construcción de estrategias promocionales de calidad de vida y salud (indicadores de vida saludable). Servicios integrados de atención, e integrales de la población, y continuidad en la atención.
El modelo de atención	Para el modelo son importantes: el grado de pertinencia de la oferta a las necesidades de la demanda, el grado de accesibilidad y aceptabilidad de los servicios, y el nivel de integración de los servicios.	Descentralización sistematizada de los recursos informáticos; poner la Internet, la telemedicina y los campos virtuales al servicio de las gentes más alejadas. Sistemas de salud basados en la autonomía y en la descentralización e integración de redes.
Gestión basada en el liderazgo	Cambio del modelo de gestión. Este está basado, entre otros aspectos, en el grado de participación y vinculación de los diversos actores.	Fomentar la participación social. Evaluar el desempeño de los resultados. Capacidad funcional de planificación y gestión de servicios. Capacidad institucional de regularizar y fiscalizar. Desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública. Mecanismos de rendición de cuentas.

Conclusión.

La renovación de la APS debe ser un esfuerzo por reconquistar aquellos valores sobre los cuales se erigen los sistemas de salud; de ahí la importancia de volver a posicionar esta estrategia en el ámbito sanitario, ampliando su filosofía a la práctica en salud, en general.

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

Coyunturalmente se requiere redimensionar las reformas sanitarias y los sistemas de salud, y ahí la atención primaria en salud resurge como eje para su transformación.

Referencias bibliográficas.

¹ Franco A. Tendencias y teorías en salud pública. Revista Facultad Nacional de Salud Pública 2006 diciembre; 24(2): 119-131.

² Ilich I. Medical Nemesis. The expropriation of health. London: Health Education Council

³ Frenk J. La Salud de la Población. Hacia una Nueva Salud Pública. Fondo de Cultura Económica. 1a edición; México; 1994.

⁴ Comelles J. La utopía de la atención integral de salud. Auto atención, práctica médica y asistencia primaria. Revisiones en salud pública 1993; 3: 171 -179.

⁵ McMichael AJ. The Environment. In: Determinants of health and disease. ----- p. 195 – 214.

⁶ OPS/OMS. La Salud en las Américas. Organización panamericana de la salud. Publicación Científica 569. Vol. I y U. Washington; 1998. p. 29.

⁷ Ashton J. Ciudades sanas. Barcelona: Masson, S. A. 1993. p. 4.

⁸ Millio N. Ciudades sanas. La nueva salud pública y la investigación que necesitamos. Revisiones en salud pública 1993; 3: 155 – 167.

⁹ Organización Mundial de la Salud. Declaración de Ottawa. Copenhague: OMS oficina Regional para Europa; 1986.

¹⁰ Millio N. Ciudades sanas. La nueva salud pública y la investigación que necesitamos. Revisiones en salud pública 1993; 3: 155 – 167.

¹¹ Millio N. Ciudades sanas. La nueva salud pública y la investigación que necesitamos. Revisiones en salud pública 1993; 3: 155 – 167.

¹² Ashton J. Ciudades sanas. Barcelona: Masson, S. A. 1993.

¹³ OPS. La salud y la salud pública en la historia. En: OPS/OMS. Salud Pública en las Américas. Capítulo 4 Fundamentos de la renovación conceptual. Washington DC: La Organización; 2000. p. 47

¹⁴ Medici A. Las Reformas de salud en América Latina y el Caribe. En: Sánchez H, Zuleta G. La hora de los usuarios. Reflexiones sobre economía política de las reformas de salud. Washington: BID/ Centro de estudios Salud y Futuro; 2000. p. 9-26.

¹⁵ OMS-UNICEF “Atención Primaria de la salud. Alma Ata 1978”. Ginebra: OMS; 1978.

¹⁶ Organización Panamericana de la Salud/OMS. Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Borrador para discusión 12/jul/05. Washington DC: La Organización. 2005.

¹⁷ Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. Atención primaria de salud en las Américas: las enseñanzas extraídas a lo largo de 25 años y los retos futuros. 55.a sesión del Comité Regional 44.O Consejo Directivo. *Washington, D.C. 22 al 26 de septiembre de 2003: Resolución CD44.R6.*

Disponible en: <http://www.amro.who.int/spanish/gov/cd/cd44-r6-s.pdf> [consultado abril de 2009]

18 Macinko J, Montenegro H, Nebot Adell C, Etienne C y Grupo de Trabajo de Atención Primaria de Salud de la Organización Panamericana de la Salud. La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. *Rev Panam Salud Pública.* 2007;21(2/3):72-84.

¹⁹ OPS/OMS. Atención primaria de salud, inclusión y fortalecimiento de los sistemas de salud. 124ª. Reunión del Consejo Ejecutivo EB124. R8, 26 de enero de 2009. Washington DC: La Organización; 2009.

²⁰ OMS. Informe sobre la salud en el mundo 2008: La atención primaria de salud más necesaria que nunca. Ginebra: La Organización. 2008

21 Organización Panamericana de la Salud. Promoción de la Salud: logros y enseñanzas extraídas entre la Carta de Ottawa y la Carta del Bangkok y Perspectivas para el futuro. CE138/16. 138ª Sesión del Comité Ejecutivo. Washington: OPS; 2006, junio, p. 11

²² Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. Atención primaria de salud en las Américas: las enseñanzas extraídas a lo largo de 25 años y los retos futuros. 55.a sesión del Comité Regional 44.O Consejo Directivo. *Washington, D.C. 22 al 26 de septiembre de 2003: Resolución CD44.R6.*

Disponible en: <http://www.amro.who.int/spanish/gov/cd/cd44-r6-s.pdf> [consultado abril de 2009]

²³ Organización Panamericana de la Salud/OMS. Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Borrador para discusión 12/jul/05. Washington DC: La Organización. 2005.

²⁴ Organización Panamericana de la Salud/OMS. Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Borrador para discusión 12/jul/05. Washington DC: La Organización. 2005. Pp. 20.

25 Asociación Canadiense de Salud Pública. “La salud bajo el reflector: la salud pública en la reestructuración de los servicios de salud”. Informe de la Asociación Canadiense de Salud Pública: 1996.

26 López D., et al. La reorientación de los sistemas de servicios de salud con criterios de promoción de la salud: Componente decisivo de las reformas del sector salud. En: 5ª Conferencia Mundial de Promoción de la Salud. Ciudad de México: OPS; 2000, 5-9 de junio. p. 7.

27 Facultad Nacional de Salud Pública (Universidad de Antioquia). Memorias del 3er. Congreso Internacional de Salud Pública: Las funciones esenciales de la salud pública en la gestión de los servicios de salud y en la formación del recurso humano; 2003 noviembre 10-12. Medellín; 2004 [Revista Facultad Nacional de Salud Pública 2004 marzo: 22 (No. Especial): 9-21].

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

29 Labonte R. La participación social en la promoción de la salud (panel). En: Conferencia Internacional de Promoción de la Salud. Bogotá: Ministerio de Salud/OPS/OMS; 1992.

30 Málaga H, Castro ML. Cómo empoderar a los excluidos en el nivel local. En: Restrepo H, Málaga H. Promoción de la Salud: Cómo construir vida saludable. Bogotá: Editorial Médica Panamericana; 2001. p. 121-137.

31 Carvalho SR. Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no prometo de Promoção à Saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20(4):1088-1095, jul-ago, 2004

32 Roses M. La población y sus necesidades de salud: Identificación de áreas prioritarias y sus políticas públicas correspondientes. En: Facultad Nacional de Salud Pública (Universidad de Antioquia). Memorias del 3er. Congreso Internacional de Salud Pública; 2003 noviembre 10-12. Medellín; 2004 [Revista Facultad Nacional de Salud Pública 2004 marzo: 22 (No. Especial): 9-21].

33 Hunt p. Promoción y protección de todos los derechos humanos, civiles, políticos, económicos, sociales y culturales. Informe del relator especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Consejo de derechos humanos séptimo período de sesiones tema 3 de la agenda. A/hrc/7/11. Enero 31 de 2008

³⁴ Franco-Giraldo A, Álvarez-Dardet C. Los derechos humanos, una oportunidad para las políticas públicas en salud. *Gac Sanit.* 2008; 22(3):280-86.