



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**



## ALGUNAS LINEAS SOBRE ALCUEH

El proyecto ALCUEH - una acción concertada con actores de Europa y de América Latina- combinó perspectivas socio-económicas, ambientales, políticas y de salud en la evaluación de tendencias actuales y el diseño de propuestas para el desarrollo sostenible incluye el control de enfermedades emergentes y olvidadas, la gobernanza, la Atención Primaria Integral en Salud. El proyecto se propuso contribuir a la construcción de un marco conceptual para analizar, en una perspectiva comparativa y en distintos contextos, tendencias, retos, experiencias relevantes, políticas y modelos alternativos para avanzar hacia la equidad en salud. La metodología de aprendizaje consistió en varios talleres internacionales con tomadores de decisión, representantes de la sociedad civil, académicos y donantes para fortalecer en particular la capacidad de los actores de la sociedad civil en investigación. El proyecto fue coordinado por el CMDT en Lisboa, Portugal.

Este libro es el reflejo del taller Contextualizando y revitalizando la Salud para Todos en El Salvador.



**ISBN: 978-987-22370-5-9**

Primera edición en Buenos Aires - Argentina 2009

Todos los derechos reservados de acuerdo a la Convención Internacional de Copyright.  
La reproducción total o parcial de este libro, cualquiera sea la forma, viola derechos reservados.  
Cualquier utilización o mención debe ser previamente solicitada a los editores.

Impreso en Buenos Aires - Argentina  
Hecho el depósito que establece la ley 11.723

Coordinación Editorial:	Ana Hardoy
Diseño Gráfico:	DG Leo Tambussi
Armado y producción:	IIED-AL / Publicaciones
Fotos de tapa:	PHM-Centroamérica. Comunidades de Población en Resistencia de la Sierra - Giovanni Salazar Moreno, 2005.

Impresión: Marcelo Kohan

### **IIED-América Latina Publicaciones**

Av. Gral. Paz 1180 - (C1429ELY) - Buenos Aires, Argentina  
Tel. / Fax: (54 11) 4701 2805 - email: [iied-al@iied-al.org.ar](mailto:iied-al@iied-al.org.ar) - [www.iied-al.org.ar](http://www.iied-al.org.ar)

# Indice

<b>Prólogo</b>	<b>1</b>
Mario Rovere, Françoise Barten y Eduardo Espinoza	
<b>■ Experiencias</b>	
<b>Clínica Comunal Ana Manganaro Guarjila, Chalatenango, El Salvador. Proyecto de Salud Comunitaria</b>	<b>9</b>
María Argelia Dubón Abrego	
<b>Una experiencia de Atención Primaria: Sistema local de salud, zona norte de San Salvador, 1992-1997</b>	<b>23</b>
María Ángela Elías Marroquín	
<b>Casa Materna de Estelí. Una Experiencia Innovadora de atención integral a embarazadas de alto riesgo en el marco de la Atención Primaria en Salud</b>	<b>33</b>
Fidelia Bustamante y Gladys Ricarte	
<b>Participación Comunitaria con enfoque de derechos. Por una vida más digna e incluyente</b>	<b>41</b>
Flor del Rocío Rojas Sigchay	
<b>La experiencia de una estrategia de Promoción de la Salud el Area Sanitaria 1 de Madrid España</b>	<b>51</b>
Juan Luis Ruiz-Giménez Aguilar	
<b>Experiencia local innovadora en salud en Guatemala Fundación Esfuerzo y Prosperidad. FUNDAESPRO</b>	<b>69</b>
Giovanni Salazar Moreno	
<b>Desarrollo de competencias para brindar atención integral a la salud comunitaria.</b>	<b>77</b>
Gladys Faba Beaumont	

## ■ Actores

**Retos de la Atención Primaria en Salud y del Comité Regional de Promoción de la salud comunitaria en Centroamérica** 89  
María Hamlin Zúniga

**Atención primaria en salud. La experiencia en México.** 103  
Catalina Mónica Eibenschultz Hartman

**El Movimiento Comunal Nicaragüense y su experiencia de promoción de la APS.** 113  
Enrique Picado y María Angélica Gómez

## ■ Visiones

**¿Es estratégica la estrategia de Atención Primaria?** 119  
Mario Rovere

**Atención Primaria en Salud y Participación Social: Análisis del contexto histórico en América Latina, de los desafíos actuales y las oportunidades existentes** 127  
Walter G. Flores y Ana Lorena Ruano

**La Reforma de Salud: Un Contexto Adverso para el Desarrollo de la Atención Primaria en Salud Integral en El Salvador** 137  
Eduardo A. Espinoza

**La Atención Primaria en Salud en un modelo de prestación de servicios de salud orientado al mercado** 149  
Carlos Rodríguez y Guillermo Garzón

**Las nuevas oportunidades para América Latina** 161  
Pol De Vos

**Un abordaje radicalmente nuevo para la salud global** 177  
Françoise Barten, Ted Schrecker y David Woodward

<b>Determinantes sociales de la salud, derecho a la salud y APS: vínculo para enfrentar las causas de fondo de los problemas de salud</b>	<b>189</b>
Mauricio Torres Tovar	
<b>■ Implicaciones</b>	
<b>La Atención Primaria en Salud, la OMS, la Universidad y las instituciones formadoras de personal de salud</b>	<b>201</b>
María Isabel Rodríguez	
<b>La Atención Primaria en Salud en el marco de la estrategia promocional de calidad de vida y salud: la experiencia de Bogotá - Colombia</b>	<b>211</b>
Luz Dary Carmona Moreno	
<b>Implicaciones para la Operativización de la Atención Primaria en Salud y la Reducción de las Inequidades en Salud</b>	<b>235</b>
Roberto Tardío Lara	
<b>La interculturalidad en los determinantes de la salud</b>	<b>253</b>
Nila Heredia Miranda	
<b>Retos contextuales a la revitalización de la Atención Primaria de la Salud: algunas lecciones de África y de América Latina</b>	<b>267</b>
Françoise Barten y David Sanders	
<b>El Desarrollo Humano desde la perspectiva integral y su proyección mundial</b>	<b>279</b>
Miguel Márquez	
<b>■ Propuestas - Mesas</b>	<b>297</b>
<b>■ Resultados - Llevando las prácticas de APS mas allá de los límites de lo posible</b>	<b>305</b>
Eduardo Espinoza, Françoise Barten y Mario Rovere	



*Prólogo*

# Salud Para Todos: Una Meta Posible

Pueblos Movilizados y Gobiernos

Comprometidos en un Nuevo Contexto Global

## Introducción

La presentación de un libro expresa una esperanza, una esperanza que el libro nos comunique con nuevos amig@s y compañer@s de ruta, que permita compartir las experiencias de los protagonistas de las pequeñas o grandes historias que aquí se narran desde diferentes regiones de nuestro planeta, una esperanza que sus hojas sean recorridas por ojos interesados en encontrar respuestas, que manos solidarias den vuelta sus páginas, que alguien se lo regale a alguien y que cada lector haga su propio recorrido, que polemiquen con este trabajo y que se entusiasmen con este otro, que una frase resuene y sea resaltada y que aquella otra levante polvareda; pero sobre todo la esperanza que un libro, este libro, sirva como una caja de herramientas, como un intensificador de los debates que la APS parece provocar luego de décadas de grandes avances y feroces retrocesos, de luchas y de sinsabores, de éxitos y de fracasos.

Este libro recopila apenas un momento de esa historia en la que profesionales y trabajadores de salud de diferentes países nos reunimos para compartir nuestros saberes, nuestras experiencias y nuestros sentires presentando a consideración una serie de trabajos reunidos en un escenario inmejorable.

Nos referimos a la Universidad de El Salvador, en Centroamérica; una institución cuyos muros cuentan la historia viva de una guerra de liberación nacional, reconstruida ladrillo a ladrillo por la gestión de su Rectora: la Dra. María Isabel Rodríguez una militante, una científica y una maestra de las que han hecho escuela en todo el continente, quien además hizo un alto en su complicada agenda para sumarse como una participante más a los aportes y a los debates del Taller.

Los artífices de este libro compartiendo sus experiencias se perciben igual que sus probables lectores, nada más pero nada menos que como militantes por el derecho a la salud.

El taller internacional convocado entre el 27 y el 29 de setiembre del 2007 bajo el entusiasta título *“Contextualizando y Revitalizando la Atención Primaria en Salud; Lecciones aprendidas e implicaciones para un Abordaje de las Determinantes Socia-*

les de la Salud” **Fue convocado por** ALCUE-HEALTH (Programa de colaboración América Latina, el Caribe y la Unión Europea para la salud - [www.alcueh.org](http://www.alcueh.org); ALAMES (Asociación Latinoamericana de Medicina social); la Alcaldía Municipal de San Salvador, la Asociación de Estudiantes de Medicina Emilio Álvarez, y la Red APSAL (Acción para la Salud en El Salvador) y fue organizado por Eduardo Espinoza (Universidad de El Salvador, El Salvador) y Francoise Barten (Universidad de Nijmegen, Países Bajos), siendo coordinadores del evento: el Observatorio de Políticas Públicas y Salud, Universidad de El Salvador y la Universidad de Nijmegen, Instituto Salud Internacional, Holanda.

El apoyo financiero para el evento provino de ALCUE-Health, la Unión Europea. Proyecto RESCATE, Unión Europea y la propia Universidad de El Salvador.

La convocatoria al taller encierra una serie de expectativas que estimularon a los participantes pero que por mantener su capacidad para problematizar a nuestros lectores la reproducimos.

*“En el siglo pasado se ha logrado un avance importante en la salud de la población a nivel mundial gracias a intervenciones de Salud Pública y de tipo médico-técnico. Sin embargo, la mayoría de la población a nivel mundial sigue padeciendo o muriendo de enfermedades y problemas de salud relacionados con la pobreza. La desnutrición, problemas relacionados con la salud materna e infantil, las enfermedades infecciosas y cada vez más la violencia, constituyen la principal causa de mortalidad en países de bajos ingresos económicos. Estos problemas de salud tienen un impacto importante en la salud de los pueblos y en la sociedad misma. La enfermedad y la muerte no solo implican mayores gastos médicos, sino también muchas veces una pérdida de ingreso económico, ya que la gente queda atrapada en un ciclo vicioso de pobreza y enfermedad. Por otro lado importantes inequidades, generadas principalmente por determinantes sociales de la salud, siguen existiendo y profundizándose entre y al interior de los países, incluidos los países de altos y medianos ingresos. Para poder mantener y mejorar los avances logrados y para asegurar una distribución más equitativa de la salud entre grupos poblacionales y países, cada vez parece ser más necesario un modelo social y multidisciplinario de la salud que aborde no solo las causas inmediatas, sino sobre todo las causas subyacentes y los factores estructurales.”*

*“A 30 años de haberse propuesto la meta de salud para todos, este taller se centrará en analizar de manera crítica las lecciones aprendidas (y por aprender) de la estrategia de atención primaria en salud así como analizará en que medida la APS pueda ser una estrategia para lograr un abordaje de los determinantes sociales de la salud en el contexto actual.”*

*“En la región se han venido desarrollando múltiples experiencias de APS aun previamente a Alma Ata y también ha existido un interés creciente en sistematizarlas. ¿Qué lecciones podemos aprender? ¿Cómo debería plantearse la atención primaria en salud en un contexto de globalización, urbanización, migración y violencia? ¿Qué implicaciones tiene para las instituciones involucradas en la defensa del derecho a la salud y para un abordaje más apropiado por la sociedad de los determinantes de la salud y de las inequidades en salud?”*

Los tiempos parecen haberse intensificado a poco más de un año que ha transcurrido desde la realización hasta su publicación y sin embargo una serie de acontecimientos y pronunciamientos ocurridos parecen incrementar en vez de atenuar la vigencia de lo escrito y de lo discutido en este evento.

Anticipándose a la crisis observamos durante el 2008 un fuerte embate en los países europeos contra la inmigración, cambiando fuertemente el entorno para trabajar esta dinámica problemática social que afecta fuertemente a los pueblos y a las naciones más pobres que han visto en la migración una esperanza para los que migran y para quienes reciben los beneficios de las remesas, aunque casi nunca se incluya en esa contabilidad las violaciones a los derechos humanos, el trabajo en condición de trata, las familias desarmadas, los costos en problemas de salud, los costos en salud mental del desarraigo y/o de la pérdida de padres y familiares directos.

Los procesos de urbanización han creado nuevos problemas más complejos de resolver estableciendo fenómenos de exclusión sin precedentes con escasísimo espacio para las soluciones y reuniendo a distancias ínfimas la extrema riqueza con la extrema pobreza transformando rápidamente los históricos problemas de inequidad en fenómenos de violencia social y apartheid internos.

La crisis económica mundial abre un enorme interrogante sobre la profundidad y la magnitud de los daños, el número de perjudicados directos e indirectos, sobre el tamaño de las deudas y sobre todo acerca de quienes pagarán las facturas. Pero en una dimensión más trascendental cabe la pregunta sobre si se trata de una crisis del neoliberalismo o de una crisis del mismo capitalismo.

Todos conocemos estas profecías sobre las crisis cíclicas del capitalismo que se fueron cumpliendo periódicamente por casi 100 años, pero una y otra vez su capacidad de resurgir fue dejando la impresión de una enorme capacidad de regeneración. Pero hay quien dice que este modo de producción ha chocado finalmente con un obstáculo insalvable: la propia capacidad del planeta de resistir una explotación indiscriminada y a todas luces no sustentable.

Aun es temprano para evaluar la profundidad de la crisis pero sin dudas adquiere dimensiones similares a la caída del muro de Berlín y es una demostración fehaciente de cómo más de una década de prédicas hegemónicas han caído en el ridículo.

Cuesta mientras tanto digerir que en pocas semanas, líderes mundiales desdiciendo sin ruborizarse todas sus ortodoxias, hayan desencadenado una operación de salvataje financiero movilizandolos recursos que se decían inexistentes cuando todos sabemos que con menos de la cuarta parte de esos recursos “atesorados” pudieron haberse resuelto por varios años los problemas alimentarios y sanitarios más acuciantes del planeta.

La preocupación es enorme. En noviembre del 2008 la Directora de la OMS advertía

*Afrontamos una grave crisis financiera de dimensiones sin parangón en un mundo que nunca antes había estado tan estrechamente interconectado ni había sido tan interdependiente. Las consecuencias tienen dimensiones mundiales, y la situación es par-*

*ticularmente inestable. La crisis financiera se está transformando rápidamente en crisis económica, y en muchos países amenaza con convertirse en una crisis social.*

*La crisis llega cuando el compromiso en favor de la salud mundial alcanzaba las más altas cotas nunca logradas. Coincide con el impulso más ambicioso de la historia para disminuir la pobreza y distribuir más uniformemente y de manera más justa los beneficios de la sociedad moderna, incluidos los relacionados con la salud: los Objetivos de Desarrollo del Milenio.*

Aunque puede abrirse un debate sobre la fuerte reducción de expectativas que supone la comparación entre los enunciados de Alma Ata y los Objetivos del Milenio, quizás lo más preocupante es que una crisis como el ojo de un tornado, puede absorber todo a su paso y corremos el riesgo de una rápida obsolescencia de pronunciamientos muy significativos que ocurrieron durante el presente año.

La Comisión de Determinantes de la Salud de la Organización Mundial de la Salud tras tres arduos años de trabajo puso finalmente y de una forma incontrastable a través de su documento un editorial esperanzador: **“Subsanar las desigualdades en una generación”**

El diagnóstico del que parte es contundente

*Las desigualdades sociales matan a la gente. La justicia social no es sólo una cuestión ética sino de vida y muerte, pues la salud y la enfermedad están estrechamente relacionadas con el nivel de vida, advierte la Organización Mundial de la Salud (OMS). “La combinación nefasta de pobres políticas sociales y circunstancias económicas injustas está matando a la gente a gran escala”, afirmó el presidente de la Comisión de la OMS, Michael Marmot, al presentar el Informe sobre Determinantes Sociales de la Salud.*

***“...no existen razones biológicas” para que la esperanza de vida varíe hasta más de 40 años de país en país o en varias decenas de años en una misma ciudad dependiendo del barrio en el que viva una persona.***

La conmemoración de los 30 años de Alma Ata en setiembre del 2008 desencadenó una serie de explicitaciones que muestran a las claras que la APS se ha convertido en un espacio real y sobre todo potencial de disputas en función de las diferentes lecturas que diferentes grupos de interés y organismos internacionales hacen del mismo.

Los resultados obtenidos en estas tres décadas distan mucho de ser los deseados aun cuando pudiéramos coincidir en una serie de avances en indicadores sanitarios, estadísticos y demográficos que en términos generales ocultan en sus promedios realidades pavorosas que ofenden la dignidad humana.

El interés reciente por parte de algunas publicaciones características del establishment médico, tales como el Lancet, por incidir en la agenda internacional de la APS indica hasta que punto se ha generado un espacio dinámico imposible de ocultar, pero un espacio que, al intersectar la salud pública con la clínica comienza a ser mirado con avidez por el mercado farmacéutico. Se trata de miradas intencionadas ya

que evidentemente si plantean la “falta de científicidad” de experiencias de larga data –incluida las que provienen de la experiencia de los pueblos originarios- no deja de percibirse hasta que punto a través de una serie de investigaciones costosas se trata de construir “las evidencias” que luego deberán ser seguidas por los “decidores serios” que nunca deberán dudar de la construcción de esa evidencia, aunque algunas de ellas traducidas a los espacios locales puedan rayar con el absurdo o lo grotesco.

El documento de la OMS llegaba en buen momento, -cuando aun la crisis no se había instalado con toda su magnitud-, algo mas tímido que el de los determinantes, pero seguramente empujado por la dinámica que ha exhibido el Movimiento por la Salud de los Pueblos, y tras un balance inocultable sobre la insuficiencia de muchas declaraciones vacías de gobiernos el documento de la OMS “La Atención Primaria de la Salud; Más Necesaria que Nunca”. señala

*Con el fin de llevar adelante esas reformas en el entorno extraordinariamente complejo del sector de la salud, será necesario reinvertir en el liderazgo público de manera que se fomenten modelos de colaboración para el diálogo sobre políticas con múltiples interesados, porque esto es lo que la gente espera y lo que mejores resultados da. Si las actuaciones en torno a la APS se basan en la experiencia extraída de éxitos y fracasos anteriores, las autoridades sanitarias pueden desempeñar una labor mucho más eficaz de formulación e introducción de reformas de la APS adaptadas a las circunstancias y las dificultades concretas de los países. La gobernanza de la salud representa un gran desafío para los ministerios de salud y demás instituciones – gubernamentales y no gubernamentales – con una función de liderazgo en el terreno de la salud.*

*Éstos ya no pueden contentarse con administrar el sistema: tienen que convertirse en organizaciones discentes. Para ello hace falta un liderazgo integrador que permita la participación de toda una serie de interesados ajenos al sector público, desde médicos hasta miembros de la sociedad civil, y desde comunidades hasta investigadores y personal universitario.*

También durante el 2008 se publica el Global Health Watch 2 un documento alternativo

*Reportes sobre la situación de la salud en el mundo aparecen diariamente en los medios de comunicación del mundo.*

*Las agencias de las Naciones Unidas, ONGs e instituciones académicas producen una vasta cantidad de datos, estadísticas y análisis. Sin embargo, lo que está faltando es una evaluación crítica e integrada del estado de la salud global y de las políticas y acciones tomadas para reducir las inequidades en la salud global y los inaceptables niveles de salud-enfermedad.*

*Todavía con demasiada frecuencia el estado de salud en muchos países pobres está presentado como un problema de enfermedades, de geografía, mala suerte o pobres políticas sectoriales. Rara vez está adecuadamente enmarcada como un síntoma y a su vez resultado de opciones políticas y económicas, o de la preponderante forma que adquiere la globalización la cual ha creado un profundo abismo entre minorías de “ganadores” y una mayoría de “perdedores”, mientras simultáneamente coloca al mundo en la orilla de una crisis ambiental.*

*En años recientes, sin embargo, hemos visto un creciente interés en la salud global, impulsada por la creación de los Objetivos de Desarrollo del Milenio. La asistencia para el desarrollo de salud se ha incrementado, el número de nuevas iniciativas de salud global se han multiplicado y la Fundación Hill y Melinda Gates ha incrementado masivamente la cantidad de financiamiento privado para la salud global. Pero comparando con esa inversión ¿por qué se han logrado tan escasas mejoras?*

El Movimiento por la Salud de los Pueblos ha avanzado considerablemente en contestar esta pregunta y en evaluar críticamente, junto con otras organizaciones el desempeño de instituciones clave del sector o que sin serlo han influido significativamente sobre salud como el Banco Mundial, la Organización Mundial de Comercio o el Fondo Monetario Internacional. La denuncia ampliamente documentada de la responsabilidad de éstas y otras instancias inherente a la obstaculización del desarrollo y de la operacionalización de la APS es abrumadora. La humanidad no puede darse el lujo de una nueva oleada de programas regresivos, focalizados y verticales, de nuevas formas de APS selectiva o de nuevos intentos por seguir confinando la APS al primer nivel de atención.

La necesidad de construir un nuevo paradigma de salud hacia una equidad global y una APS Integral que permitan dar pasos firmes, ciertos y sustentables para avanzar en el camino de la justicia social y la democracia parece ya no poder descansar solo en sentidas declaraciones y en expresiones de buenos deseos. El compromiso responsable de los gobiernos debe necesariamente complementarse con la movilización y desarrollo de capacidades de los pueblos en un contexto global crítico en donde todo tiene que volver a ser pensado; sin embargo no podemos permitir que sea pensado con un tono de fingida autocrítica por las mismas personas e instituciones que nos condujeron hasta esta situación. Esta es una tarea urgente y nos convoca como ciudadanos y como trabajadores y militantes de la salud, tanto a nivel local, como a nivel nacional y global.

Por algo el comentario final del Global Health Watch 2 es puesto justamente en estos términos:

*“Yo creo en el pueblo. La salud de los pueblos es más segura en sus propias manos. El objetivo debe ser empoderar individuos y comunidades con el conocimiento y las destrezas necesarias para lograr salud por ellas mismas”.*

*(Dr John Oommen, Orissa, India, 2003)*

Ojalá encontremos en este libro ideas, elementos y herramientas para concretarlo.

**Mario Rovere, Françoise Barten y Eduardo Espinoza**

# Experiencias





Clínica Comunal  
Ana Manganaro  
Guarjila, Chalatenango,  
El Salvador

Proyecto de Salud Comunitaria

**María Argelia Dubón Abrego**

Dra. en Medicina, graduada de la Universidad de El Salvador. Estudiante de la Maestría de Salud Pública en la Universidad El Salvador (UES). Actualmente trabaja como coordinadora de el área de Promoción de la Salud para la Alcaldía de San Salvador, gobernada por el FMLN.



## Introducción

Guarjila, es una comunidad rural repoblada, habitada por campesinos, la mayoría desplazados por el conflicto armado reciente. Es una comunidad con características propias que la distinguen de otras comunidades rurales del país. Mantiene un nivel de organización comunitaria con un desarrollo local avanzado, impulsado desde la misma comunidad sin intervención directa de las instituciones del estado.

La Clínica Comunal *Ana Manganaro*, es un **Proyecto de Salud Comunitaria alternativo**, producto de esa organización comunitaria. Busca resolver las necesidades básicas en Salud de la comunidad, mediante la atención médica, educación en Salud y promoción de conductas saludables mediante la información y la realización de una serie de actividades preventivas. Tratamos de hacer realidad aquel olvidado sueño de *Salud Para Todos* que promovió la OMS y que por razones ideológicas y políticas fue olvidado poco a poco por los gobiernos de turno.

Por eso, nuestras principales herramientas son, la *Atención Primaria en Salud (APS)* y la Educación Popular, las cuales nos permiten estar más en contacto con la comunidad.

Hacemos el esfuerzo para que el proyecto sea integral, es decir dar atención a todos los grupos según la edad y los diferentes problemas que en cada uno se presentan, así como interrelacionar un serie de Programas y Actividades sanitarias y educativas que en conjunto dan como resultado una mejor salud comunitaria.

El Proyecto se ha caracterizado por tener un equipo de salud comprometido que en su mayoría son originarios de la misma comunidad, o de comunidades que comparten las mismas condiciones de vida.

Por ello el proyecto de Salud, es un esfuerzo comunitario para lograr una salud justa para todos, que garantice el acceso y atención de calidad en el primer nivel. Además, es uno de los principales proyectos de desarrollo para la comunidad de Guarjila.

Este Proyecto está inmerso en el desarrollo y vida de la comunidad. La comunidad tiene una identidad plena con él porque lo consideran suyo. Son pocos los que no han logrado identificarse.

Hay un esfuerzo en conjunto con todos los sectores por construir una comunidad bonita y saludable. Desde la directiva comunitaria, los maestros, la radio comunitaria, los ancianos, los jóvenes, todos aportan a la comunidad en alguna medida.

La vida de la comunidad de Guarjila, es multifacética. La mayoría de la comunidad es muy activa a la hora de demandar y proteger sus derechos. Su organización les ha permitido construir la comunidad desde cero, sin casi nada de apoyo estatal. El gobierno la considera una comunidad “roja”, porque sabe que es un pueblo que defiende sus derechos.

La comunidad está organizada a través de una Asociación de desarrollo comunal (ADESCO) elegida en asambleas comunales cada dos años, mediante voto secreto parecido a las elecciones estatales.

Este grado de organización ha permitido hacer gestión local e internacional de una forma eficaz, permitiendo el desarrollo de diferentes proyectos y programas que han mejorado las condiciones de vida de todos los habitantes.

La organización y el nivel de desarrollo local, son producto de un nivel de conciencia social y defensa de nuestros derechos, construidos en un largo proceso histórico en el cual, jugó un papel importante el período del conflicto armado por los procesos de solidaridad y colectividad practicados en esa etapa.

La ADESCO, es la máxima autoridad en la comunidad. Las principales decisiones son tomadas en asambleas comunitarias. Esta directiva si es representativa de la comunidad.

Gráfico 1



### Justificación del Proyecto de Salud Comunitaria

La Clínica Comunal Ana Manganaro, nació como un proyecto comunitario para resolver las necesidades de salud más urgentes cuando la comunidad fue repoblada en octubre de 1987, después de estar por casi 10 años en los refugios de Honduras.

Al inicio, el equipo de salud estaba compuesto por promotoras de salud voluntarias, apoyadas por profesionales como la Dra. Ana Manganaro, una monja y médica pediatra estadounidense quien estuvo desde el principio de la repoblación dando su apoyo a esta comunidad y el resto de comunidades que estaban ubicadas en la zona conflictiva.

Este equipo de salud formaba parte de una red de más de 200 Promotores de Salud que estaban ubicados en todas las comunidades del norte y oriente del departamento de Chalatenango, coordinados por la Iglesia Católica en la Diócesis del departamento.

Después de la firma de los acuerdos de Paz, estos promotores de salud poco a poco dejaron de trabajar, porque fueron desplazados por el Ministerio de Salud que los sustituyó por promotores de salud llevados de otras comunidades. Pocos de los antiguos promotores de salud voluntarios trabajaron para el estado porque la mayoría solo tenían entre primero y sexto grado de primaria. El Ministerio de Salud exigió que debían haber estudiado bachillerato para admitirlos, eso les facilitó deshacerse de la mayoría de los antiguos promotores. Además la Iglesia poco a poco dejó de recibir financiamiento para apoyarlos.

En realidad éste fue el único proyecto que sobrevivió gracias al apoyo independiente que mantuvo desde el principio.

En octubre de 1991, fueron inaugurados los edificios en los que actualmente está la clínica. Estos fueron construidos con el apoyo del Padre Jon Cortina y la Dra. Ana Manganaro. En 1993, la clínica recibió el nombre de *Clínica Comunal Ana Manganaro* en su honor, ya que falleció en junio del mismo año. La Dra. Christa Baatz prosiguió asesorando y coordinando al equipo para que el proyecto continuara.

En el año 2000, se inició un proceso de diálogo con el Ministerio de Salud con el fin de establecer mecanismos para que apoyaran al equipo de salud: dando los salarios a las promotoras de salud, abastecimiento de medicamentos, vacunas y otros insumos y que el equipo de salud administrara la clínica. El ministerio de Salud se opuso y pidieron que la clínica pasara a manos del estado, al considerar que un equipo de salud local no podía administrar una clínica sin el control estatal. La Comunidad no estuvo de acuerdo y en el año 2002 rompieron el diálogo, después de analizar que al Ministerio de Salud no le interesaba hacer un trabajo en conjunto sino trabajar solos sin tomar en cuenta la forma de trabajo en que el equipo ha administrado la Clínica y además destruiría la experiencia comunitaria acumulada.

El proyecto se mantiene sin la intervención ni el apoyo del gobierno, gracias a un equipo de salud comprometido que ha sabido administrarlo, a la participación de la comunidad que ha depositado su confianza en los trabajadores de salud y a los cooperantes que nos han dado su apoyo imprescindible.

Pero cada vez se ha vuelto más difícil conseguir apoyo porque a pesar del esfuerzo para aumentar los fondos locales es casi imposible continuar sin el apoyo de los amigos cooperantes.

### Razones para continuar con el proyecto

1. Es un proyecto comunitario que ha demostrado que puede funcionar de forma alternativa al sistema oficial, con mejores resultados en la salud de la población.
2. Es un proyecto que se adapta a las necesidades locales de la población, donde el equipo local establece los programas, planifica y ejecuta las actividades que son necesarios para la población.
3. Hay indicadores de salud positivos, que son el resultado del trabajo integral realizado.
4. La comunidad participa y se integra en todas las actividades.

5. Hay más diálogo e interacción entre el equipo de salud y la comunidad.
6. El equipo de salud es aceptado por la comunidad porque está más comprometido.
7. Los programas de atención a la madre y al niño funcionan mejor, porque hay más confianza en el equipo de salud.
8. La educación en salud está adaptada a la comunidad y tiene mejores resultados, porque parte desde lo que la comunidad vive cada día. Y es una educación horizontal, evitando el verticalismo.
9. El Ministerio de Salud, no está interesado en la comunidad porque la consideran un “comunidad organizada”, que exige demasiado, pues para ellos una comunidad es “buena” si tolera la negligencia e indiferencia del estado.

En todos estos años hemos hecho el esfuerzo para que la comunidad de un aporte económico para el proyecto. Hemos logrado bastante, pero no lo suficiente, porque el gasto en salud no es fácil para que la comunidad misma logre sostenerlo, debido a que no es un proyecto privado para sacar excedentes, sino uno que haga accesible a todos la salud; además que las condiciones socioeconómicas de la comunidad nos son muy favorables.

Hasta ahora, el aporte financiero de la comunidad es del 18 %. Por lo tanto el apoyo de las organizaciones hermanas es vital para que continuemos trabajando. Sin este apoyo los programas que tenemos, sería difícil o imposible mantenerlos.

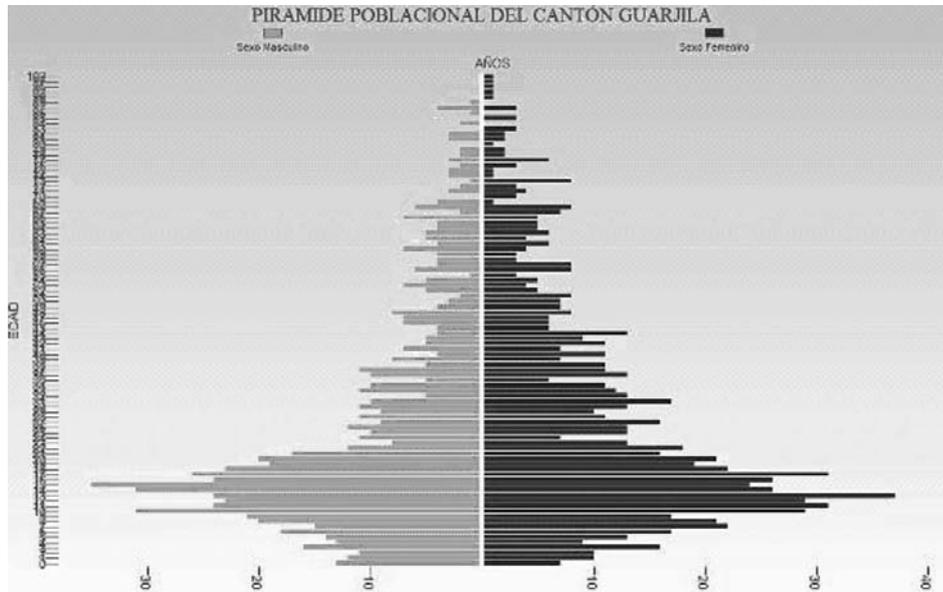
## Contexto general

Guarjila es una comunidad rural de la zona ex-conflictiva de El Salvador, ubicada al nororiente del departamento de Chalatenango a ocho kilómetros de la ciudad de Chalatenango y a 80 Km. de la ciudad capital, San Salvador.

La población de la comunidad se compone en la actualidad de 1706 habitantes con un 53 % niñas, jóvenes y mujeres adultas y un 47 % de niños, jóvenes y hombres adultos.

POBLACIÓN DE GUARJILA HASTA SEPTIEMBRE DE 2007. POR GRUPOS DE EDADES					
EDADES	MASCULINO	PORCENTAJE	FEMENINO	PORCENTAJE	TOTAL
< 1 AÑO	13	1.60%	7	0.80%	20
1-4 AÑOS	52	6.50%	45	5.00%	97
5-9 AÑOS	88	11.10%	90	9.90%	178
10-19 AÑOS	260	32.70%	274	30.20%	534
20-29 AÑOS	119	14.90%	138	15.20%	257
30-39 AÑOS	86	10.90%	114	12.50%	200
40-49 AÑOS	55	6.90%	84	9.40%	139
50-59 AÑOS	41	5.20%	54	6.00%	95
60-74 AÑOS	57	7.30%	70	7.80%	127
75 -84 AÑOS	20	2.80%	22	2.30%	42
>85 AÑOS	6	0.70%	11	1.10%	17
<b>TOTAL</b>	<b>797</b>	<b>100.60%</b>	<b>909</b>	<b>100.20%</b>	<b>1706</b>

Gráfico 2



## Situación económica de la comunidad

### Servicios básicos

El 97% de las familias son propietarios de su vivienda. El 95% de las viviendas están construidas de ladrillo y cemento y el resto de adobe.

La comunidad cuenta con servicio de agua potable, mediante sistema de gravedad. Este sistema es administrado por la directiva y un comité de agua, las familias aportan una cuota mensual de 1.00 dólar para el mantenimiento del sistema. Aunque el sistema tiene sus fallas porque las fuentes no proporcionan agua suficiente durante el verano, toda la comunidad tiene acceso domiciliar durante una a dos horas diarias en la época seca y más de seis horas durante la época lluviosa o invierno.

El agua se potabiliza por cloración, a través de la cual se garantiza que esté apta para consumo. También un 70% utiliza el sistema de purificación de agua con el sol, (SODIS) un método muy eficaz para lograr una mayor descontaminación.

Para la correcta eliminación de excretas, todas las viviendas cuentan con una letrina, el 96% son Letrinas Abonera Seca Familiar (LASF), y el resto de fosa y algunas de fosa séptica.

El 95% de las viviendas tienen conexión de energía eléctrica la cual es utilizada en su mayoría para alumbrado, y algunos pocos electrodomésticos, radio o televisión. Sólo un 35% tienen refrigerador para alimentos.

El 30% de las viviendas cuenta con servicio telefónico, la mayoría de estas familias tienen algún familiar en los Estados Unidos.

En educación, la comunidad cuenta con dos instituciones públicas: la Escuela de primaria y el Instituto de educación media que es compartido con el Municipio de San Antonio Los Ranchos. Ambas instituciones son administradas por el estado aunque los profesores pertenecieron al antiguo sistema de Escuelas populares que funcionó durante la guerra.

La atención en salud primaria es proporcionada por el Equipo de salud de la clínica Ana Manganaro. Hasta ahora el estado apoya solamente con las vacunas para niños, embarazadas y adultos y la vacuna antirrábica para los perros. Además de apoyar en fumigaciones y larvicida para la eliminación del mosquito transmisor del dengue.

Como apoyo indirecto, ellos autorizaron a la clínica, para que haya un médico de Servicio social en los últimos cinco años.

Otro servicio con que cuenta la comunidad, es el camión recolector de la basura proporcionado por la Alcaldía municipal de Chalatenango, con un recorrido semanal para recoger la basura.

### Situación económica

El 48% de la población vive de la agricultura de subsistencia la cual no es rentable por falta de tierras suficientes y fértiles para el cultivo, y por los altos costos de los insumos agrícolas y el bajo valor de los productos en el mercado.

Unas pocas familias viven de la ganadería, la cual sirve para la producción de leche.

Otros, trabajan en la ciudad de San Salvador o Chalatenango como policías o como empleados informales con salarios que oscilan entre el mínimo (\$ 165.00), hasta los 350.00 dólares estadounidenses.

En la comunidad hay pequeños empleos donde trabajan algunas mujeres y hombres: la panadería, comedores, la carpintería comunal, una planta de frutas deshidratadas, tienda de artesanías y pequeñas tiendas donde la población se abastece de los productos básicos.

También hay cinco pequeños talleres de soldadura eléctrica que emplean a algunos jóvenes.

En total hay un poco más de 50 personas que tienen un empleo formal en el sector público y empresa privada.

Aunque las familias que tienen apoyo de familiares en los Estados Unidos son del 35 %, muchas de estas también trabajan en la agricultura porque el apoyo recibido no es suficiente para sostenerse.

### Recursos humanos de la Clínica Ana Manganaro

El Equipo de salud esta integrado por once trabajadores/as: dos médicos, dos enfermeras, cuatro promotoras, un técnico del laboratorio clínico, una partera y el motorista de la ambulancia. En el siguiente cuadro se describe el área y función en que cada miembro del equipo se desempeña.

Es un equipo de salud extraído de las mismas comunidades, todos han tenido experiencias sanitarias. Algunos han sido formados en las universidades como es el caso de los médicos/as y las enfermeras, el resto del equipo de salud, que apenas tienen educación básica, mantienen el mismo ritmo de trabajo que los que han estudiado más.

Todos se tratan de igual a igual, y cada uno sabe que el éxito del proyecto depende de cuánto empeño ponga personalmente.

Áreas y distribución del Equipo de Salud
Médico Director. Responsable de la gerencia y atención médica.
Enfermera Coordinadora. Responsable de la Educación en Salud, Contabilidad y Archivo.
Promotora responsable de Saneamiento Ambiental. Responsable del Programa de Atención a la embarazada, detección de Cáncer cérvico uterino y apoyo del Laboratorio Clínico
Promotora responsable de Colecturía.
Promotora responsable del Programa de nutrición y Laboratorio clínico.
Promotora responsable de Farmacia y Medicina natural.
Promotora responsable de enfermería, pequeñas cirugías y mantenimiento de la clínica
Médica en servicio social responsable de la Consulta médica.
Técnico de laboratorio, regente de Laboratorio Clínico.
Motorista de Ambulancia

Todas las promotoras están involucradas en las actividades de promoción y educación en salud y solo algunas veces son apoyadas por los médicos/as. Su experiencia hace que los médicos/as no sean muy necesarios/as para las actividades educativas.

## Objetivos del Proyecto de Salud Comunitaria

### Objetivo General

- Contribuir al desarrollo de la comunidad mediante la salud comunitaria usando para ello los principios de La Atención Primaria en Salud con un enfoque participativo.

### Objetivos Específicos

- Promover la salud mediante la educación popular, la participación activa y organización de la comunidad.
- Atender las necesidades básicas en salud en un 100% de los grupos más vulnerables: niños menores de 5 años, mujeres en edad fértil, embarazadas, adultos mayores y grupos especiales como pacientes con enfermedades crónicas.
- Atender las necesidades básicas en salud de toda población.

- Reducir la prevalencia y la incidencia de las principales enfermedades infecciosas, mediante la promoción de la salud y con programas enfocados a mejorar la higiene de la vivienda, agua y saneamiento ambiental.
- Educar y concientizar sobre el VIH SIDA y otras enfermedades sexuales.
- Promover la equidad de género con los diferentes grupos de la comunidad.
- Mantener a cero la mortalidad materna y en niños menores de cinco años, por enfermedades prevenibles.
- Disminuir los índices de desnutrición en los niños menores de 5 años.
- Concientizar para mantener las viviendas y la comunidad limpia, y cuidar el medio ambiente.
- Fortalecer el sistema de referencia y contrarreferencia con el sistema nacional de salud, principalmente con el segundo y tercer nivel.
- Concientizar a la población para que los pacientes reclamen sus derechos en las instituciones del sistema nacional de salud estatal y privado.
- Continuar con el proceso de concertación con el Ministerio de Salud para que reconozca y apoye el esfuerzo del proyecto de salud de la comunidad.
- Continuar capacitando el equipo de promotoras para mejorar la eficiencia y eficacia del proyecto de salud.

## Programas, metas y actividades

### A- Área de Promoción y Educación en Salud.

#### 1- Promoción y educación en salud para la Comunidad

##### a) Reunión por Sectores:

GRUPO OBJETIVO	METAS	ACTIVIDADES
Comunidad	<p><b>Orientación sobre la situación de salud en la comunidad y discusión sobre temas de salud relevantes para la comunidad que ayuden a mejorar las condiciones higiénicas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Equidad de género.</li> <li>• Prevención de VIH/SIDA.</li> <li>• Violencia intrafamiliar, formas de violencia y consecuencias sociales y legales.</li> <li>• Alcoholismo y consecuencias en la familia y comunidad.</li> <li>• Drogadicción .</li> <li>• Dengue, Prevención.</li> <li>• Saneamiento ambiental.</li> <li>• La mujer y el trabajo doméstico.</li> <li>• Uso y Abuso de medicamentos.</li> <li>• Relación entre desigualdad social, pobreza, desnutrición y enfermedades.</li> <li>• Salud mental en la familia y la comunidad.</li> <li>• Medicina alternativa: beneficios y riesgos.</li> </ul>	Realizar una reunión mensual el tercer viernes de cada mes, con los 11 sectores en que se divide la comunidad.

## b) Programas Radiofónicos:

GRUPO OBJETIVO	METAS	ACTIVIDADES
Comunidad	Orientación en salud a través de la radio Sumpul sobre enfermedades transmisibles epidémicas, prevención de cáncer cérvico uterino, vacunas, lactancia materna, control de embarazo, además de los temas mencionados en el cuadro anterior.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Un Programa de media hora cada semana.</li> <li>• Mensajes cortos todos los días.</li> </ul>

## 2- Promoción y educación en Salud a Mujeres, Madres y niños

GRUPO OBJETIVO	METAS	ACTIVIDADES
MADRES-NIÑOS	Orientación en crecimiento y desarrollo, lactancia materna, nutrición y enfermedades inmunoprevenibles al 100% de madres de niños desnutridos y madres de niños menores de cinco años. Visitas domiciliarias a las familias de niños desnutridos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Una reunión mensual, con las madres de niños desnutridos y madres de menores de cinco años con nutrición normal.</li> <li>• Control infantil a todos los niños menores de 5 años.</li> </ul>
MUJERES EMBARAZADAS	Orientación en los cuidados del embarazo y sus complicaciones, parto, puerperio, cuidados del recién nacido, lactancia materna y planificación familiar al 100% embarazadas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reunión dos veces por mes</li> </ul>
MUJERES EN EDAD FÉRTIL	Orientar a todas las mujeres en edad fértil en Planificación Familiar. Orientar a todas las mujeres sobre la Vigilancia del cáncer cervical y cáncer de mamas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Visitas domiciliarias mensuales, en la consulta médica y programa en radio</li> <li>• Sumpul</li> <li>• Toma de Papanicolau.</li> </ul>

## 3- Promoción y educación en salud de los Jóvenes

GRUPO OBJETIVO	METAS	ACTIVIDADES
JOVENES ADOLESCENTES Y ESCOLARES	Orientación a escolares y adolescentes en Educación sexual, Embarazo, Equidad de género, VIH-SIDA, ETS, Enfermedades transmisibles más frecuentes, Drogadicción, Pandillas y Salud mental.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Una Charla mensual en la escuela, desde el 6° al 9° grados escolares.</li> <li>• Una reunión bimensual con los grupos de jóvenes organizados.</li> </ul>

## 4- Promoción y educación en salud a Personas mayores

GRUPO OBJETIVO	METAS	ACTIVIDADES
PERSONAS MAYORES	Orientación a los adultos mayores de 60 años, en los cambios que sufre el cuerpo, el cuidado de su salud, las enfermedades propias de esta edad, y la salud mental.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Una reunión cada dos meses.</li> <li>• Una Visita domiciliar cada tres meses.</li> </ul>

## 5- Educación continua para el Equipo de Salud

GRUPO OBJETIVO	METAS	ACTIVIDADES
EQUIPO	Capacitación en enfermedades transmisibles epidémicas, Control infantil, AIEPI, riesgos embarazo y planificación familiar. Autogestión, organización, planificación, salud mental, organización comunitaria, medicina natural.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reunión dos veces en el mes.</li> <li>• Talleres con otros grupos.</li> </ul>

## 6- Medicina Alternativa

GRUPO OBJETIVO	METAS	ACTIVIDADES
MEDICINA NATURAL	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Incrementar el uso de medicina natural, como alternativa.</li> <li>• Elaboración de productos de medicina natural.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Una reunión por mes con el grupo de materno Infantil, para elaborar medicina natural y mantener el jardín botánico.</li> </ul>

## B- Área de Prevención

### 1- Saneamiento Ambiental

GRUPO OBJETIVO	METAS	ACTIVIDADES
HIGIENE DE LAS LETRINAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vigilar las letrinas aboneras para su buen uso en un 100 %.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Una Visita cada dos meses a las viviendas y letrinas en mal estado higiénico.</li> </ul>
HIGIENE DE LAS VIVIENDAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mejorar la higiene de las viviendas y orientar a las familias sobre la higiene de la vivienda, letrina, agua y alimentos.</li> <li>• Concientizar para el reciclaje, separación y eliminación de la basura.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Una Visita cada dos meses a las viviendas y letrinas en mal estado higiénico.</li> <li>• Cuñas radiofónicas en la radio Sumpul.</li> </ul>
HIGIENE DE LA COMUNIDAD	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mantener limpia la comunidad en un 80 %.</li> <li>• Buscar soluciones para las aguas servidas o "aguas negras".</li> <li>• Colaborar con el Programa de Reciclaje de plástico PETE.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientación en la visita domiciliar para limpiar la calle o el camino vecinal.</li> <li>• Gestionar para que la alcaldía continúe enviando el camión recolector de basura.</li> <li>• Hacer 3 campañas de limpieza general, en el año.</li> <li>• Garantiza el cuidado de los basureros portátiles en los lugares públicos.</li> <li>• Gestionar con la alcaldía municipal para un sistema de aguas servidas.</li> </ul>
VIGILANCIA DEL DENGUE	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disminuir la presencia del mosquito transmisor del dengue y los casos de dengue.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Visitas domiciliarias cada dos meses.</li> <li>• Recolección de objetos chatarra que depositan agua 3 veces en el año.</li> <li>• Aplicación de larvicida a depósitos de agua cada 2 meses.</li> </ul>
HIGIENE DEL AGUA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lograr la potabilización de agua durante todo el año, mediante la cloración.</li> <li>• Fomentar el uso del método SODI e hipoclorito de sodio para purificar el agua de tomar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Clorar los tanques de almacenamiento</li> <li>• Limpiar los tanques de almacenamiento cada tres meses.</li> <li>• Hacer dos análisis de agua en el laboratorio, dos veces en el año</li> <li>• Orientar sobre el método SODI, y el hipoclorito.</li> </ul>

### 2- Programa Materno Infantil

GRUPO OBJETIVO	METAS	ACTIVIDADES
CONTROL INFANTIL	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lograr el control infantil con la administración de micronutrientes y vacunación, en todos los niños menores de 5 años en un 100 %.</li> <li>• Implementar el programa AIEPI (Atención Integral de Enfermedades Prevalentes en la Infancia), con todos los niños &lt;5 años.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Control infantil de todos los niños &lt; 5 años en la Consulta médica.</li> <li>• Orientar a todos las madres, por la radio Sumpul, visitas domiciliarias y reuniones.</li> </ul>
PROGRAMA DE NUTRICION CON SOJA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lograr la recuperación de los niños desnutridos.</li> <li>• Lograr que todos los niños desnutridos estén en el programa de nutrición con soja.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Control de peso y talla cada mes.</li> <li>• Control infantil todos los días en la consulta médica.</li> </ul>
VACUNACION	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Garantizar que todos los niños completen su esquema de vacunación.</li> <li>• Garantizar que los grupos de riesgo tengan esquema de vacunas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vacunación en la clínica una vez cada mes.</li> <li>• Vacunación domiciliar por promotora del MSPAS</li> <li>• Orientación en radio Sumpul.</li> </ul>

### 3- Programa de Atención a la Mujer

GRUPO OBJETIVO	METAS	ACTIVIDADES
<b>PROGRAMA DE ATENCIÓN A EMBARAZADAS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lograr que el 100% de mujeres embarazadas estén controladas.</li> <li>Orientar a todas las mujeres para que sean atendidas en su parto, por un trabajador de salud capacitado.</li> <li>Lograr que todas las embarazadas se hagan la prueba de sífilis y VIH.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Control de embarazo los días jueves.</li> <li>Charla cada 15 días.</li> <li>Asesoría sobre VIH/SIDA.</li> <li>Visitas domiciliarias.</li> <li>Orientación por radio Sumpul.</li> </ul>
<b>PROGRAMA DE DETECCIÓN DE CÁNCER CÉRVICO UTERINO Y MAMA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Realizar Papanicolau (PAP) a todas las mujeres que iniciaron vida sexual.</li> <li>Mantener un control estricto de todas las mujeres para realizarse el PAP.</li> <li>Mejorar el sistema de referencia con El Hospital de Chalatenango, para los casos que ameriten atención por médico gineco-obstetra.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Realización de PAP los días miércoles.</li> <li>Informar y orientar en visita domiciliar, por la radio Sumpul y reuniones.</li> </ul>
<b>PROGRAMA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Información y orientación sobre métodos de planificación familiar a todas las parejas.</li> <li>Incrementar el número de parejas que planifican su familia actualmente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Reuniones de padres de familia, en la escuela.</li> <li>Asesoría en la consulta médica.</li> <li>Orientación en las reuniones de sector.</li> </ul>

### 4- Programa de Atención al Adulto Mayor

GRUPO OBJETIVO	METAS	ACTIVIDADES
<b>ADULTOS MAYORES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Lograr que todas las personas mayores de 60 años reciban una consulta dos veces al año.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Visitas domiciliarias cada 3 meses, para averiguar estado de salud.</li> <li>Consulta médica todos los días.</li> </ul>

## C- Área Curativa.

### 1- Programa de Atención Médica

GRUPO OBJETIVO	METAS	ACTIVIDADES
<b>CONSULTA MEDICA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Garantizar, atención de calidad a todos los pacientes que soliciten consulta médica.</li> <li>Garantizar, atención de las emergencias médicas.</li> <li>Garantizar atención a todos los pacientes incapacitados que no puedan llegar a la clínica.</li> <li>Mejorar sistema de referencia médica a hospitales de segundo y tercer nivel.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Consulta médica General todos los días por las mañanas.</li> <li>Atención de emergencias a cualquier hora del día.</li> <li>Visita Domiciliar a los pacientes que lo ameriten.</li> </ul>
<b>SALUD VISUAL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Garantizar la continuación del programa de salud visual.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Consulta para medir agudeza visual, cada dos meses.</li> <li>Consulta oftalmológica una vez cada mes</li> </ul>
<b>PROCEDIMIENTOS Y PEQUEÑA CIRUGÍA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Realizar con calidad, todos los procedimientos de enfermería y pequeña cirugía.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Procedimientos y pequeña cirugía en horas de trabajo.</li> </ul>
<b>LABORATORIO CLÍNICO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Garantizar que el laboratorio clínico realice los exámenes básicos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Servicio de laboratorio clínico de Lunes a Miércoles.</li> </ul>
<b>FARMACIA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Garantizar que la farmacia tenga los medicamentos del cuadro básico y preste servicio de calidad.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Servicio de farmacia de lunes a viernes.</li> </ul>
<b>AMBULANCIA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Garantizar que la ambulancia traslade a todos los pacientes que lo requieran.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mantenimiento periódico de la ambulancia.</li> </ul>

## D- Área administrativa

GRUPO OBJETIVO	METAS	ACTIVIDADES
<b>PLANIFICACIÓN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Garantizar el Plan anual y presupuesto para los próximos tres años.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Elaboración de Plan anual en Septiembre.</li> </ul>
<b>CONTABILIDAD</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Garantizar un buen sistema contable del proyecto de salud.</li> <li>Garantizar la información financiera periódicamente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mantener actualizada la contabilidad.</li> <li>Supervisión y asesoría por contadora una vez por mes.</li> <li>Informes financieros cada seis meses.</li> </ul>
<b>ORGANIZACIÓN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Garantizar cumplimiento del plan de trabajo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Reunión del equipo de salud cada 15 días.</li> <li>Reunión de la comisión o directiva cada mes.</li> </ul>
<b>INFORMACIÓN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Garantizar sistema de información de todas las áreas.</li> <li>Garantizar informes a los cooperantes, según ellos los requieran.</li> <li>Garantizar acceso a la información a toda la comunidad.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Informes de actividades cada mes.</li> <li>Tabulación de información cada mes.</li> <li>Elaboración de informes de actividades y financieros cada seis meses.</li> <li>Enviar informes generales y financieros a los cooperantes cada seis meses.</li> <li>Dar informes escritos a la Directiva y la comisión.</li> <li>Hacer asambleas con la comunidad cada seis meses para informar.</li> </ul>
<b>GESTIÓN</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Incrementar la gestión de fondos locales.</li> <li>Mantener buenas relaciones con los cooperantes de la solidaridad internacional, para que nos sigan apoyando.</li> <li>Garantizar transparencia en manejo de fondos.</li> <li>Buscar el apoyo en recursos humanos, financieros y materiales de instituciones nacionales identificados con el proyecto, con visión progresista y solidarias.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Discutir con la comisión y el equipo otras formas de incrementar los fondos locales.</li> <li>Comunicación permanente y proporción de información oportuna a los cooperantes de la solidaridad internacional.</li> <li>Establecer comunicación con instituciones como la alcaldía, Universidad de El Salvador, UCA, etc.</li> </ul>



Embarazadas reunidas, para una de las charlas que se dan cada 15 días

# Una experiencia de Atención Primaria: Sistema local de salud, zona norte de San Salvador 1992-1997



**María Ángela Elías Marroquín**

Enfermera, especialista en Educación y Maestra en Salud Pública, Profesora e Investigadora. Universidad de El Salvador, El Salvador. Investigadora del Proyecto RESCATE.



## Introducción

Desde finales de la década de los 70 hasta la firma de los acuerdos de Paz en 1992, El Salvador vivió su peor crisis política y militar del siglo. En este período, la guerra civil iniciada en 1980 finalizó en 1992, comenzando una etapa de recomposición de las fuerzas sociales, políticas y económicas que tienen como marco general el proceso de Globalización, un nuevo impulso del proceso de Integración Centroamericana y diferentes procesos de Reformas estatales entre ellas la Reforma de salud, bajo presión de los organismos financieros multinacionales.

A medida que el conflicto bélico se fue incrementando y con posterioridad al mismo, en casi todo el territorio nacional y en respuesta a la reducción total o parcial de la prestación de Servicios por el Ministerio de Salud, se desarrollaron variados modelos comunitarios de atención en salud que hacían énfasis en la Atención Primaria de Salud (APS) con un enfoque integral, siendo uno de los elementos más importantes para su sostenibilidad la organización y participación comunitarias. Algunas de estas experiencias adquirieron especial relevancia por la diversidad de abordajes, enfoques y estrategias desarrolladas en el proceso de construcción de la salud que iba más allá de los establecimientos involucrando a muchos actores locales y trascendiendo de su ámbito de acción.

Paralelamente, en el plano internacional, en un esfuerzo por avanzar efectivamente en la participación de los fundamentos y pilares de la “Atención Primaria en Salud” y la meta “Salud para todos en el año 2000” (SPT2000), que se venía promoviendo desde Alma Ata en 1978, los países miembros de la OPS acordaron en septiembre de 1986 en la resolución de la XXI Conferencia Sanitaria Panamericana, iniciar un proceso de reordenación de los Sistemas Nacionales de Salud<sup>1</sup>, verdaderas Reformas de Salud, que les permitiera ser más eficientes, eficaces y equitativos. Este proceso se reorientó a transformar los Sistemas Nacionales de Salud sobre la base del desarrollo local y la descentralización.

Sin embargo en El Salvador, no fue hasta Marzo de 1992 que se decidió implementar Los SILOS en las 5 Regiones en las que administrativamente dividía al país el Ministerio de Salud, identificándose 10 zonas en las que se desarrollarían: Zona Norte de San Salvador, Zona Sur de San Salvador, Zona Oriente de San Salvador, Juayúa, Ilobasco, Nueva Concepción, La Palma, Moncagua, Metapán y San Francisco Gotera.

En el caso particular de la Zona Norte del Departamento de San Salvador, ya se habían desarrollado experiencias de Programación Local con los Comités Intersectoriales de cada Municipio, que se habían formado por iniciativa de la Región Metropolitana de Salud en búsqueda de extender la cobertura a toda la población, con el propósito de mejorar sus condiciones de vida, ratificándose dicha iniciativa en la mencionada reunión Nacional de SILOS en Marzo de 1992. Los Comités Intersec-

---

1. Primera Reunión Nacional de SILOS, San Salvador, 15 de Julio de 1994. MSPAS-OPS pp. 34.

toriales Municipales de la Zona Norte decidieron convocar a una Asamblea General que integraría al mayor número de actores sociales con el objetivo de dar a conocer el concepto y filosofía de los SILOS así como el análisis de sus diferentes componentes para su operativización. Tres meses después se conformó el Primer Comité Conductor y su Plan de Trabajo. Cuando el SILOS de la Zona Norte dio inicio a sus funciones, ya la población de la zona contaba con un elevado nivel organizativo, gestado durante el conflicto armado merced a las experiencias comunitarias desarrolladas a las que se ha hecho alusión.

Para estudiar esta experiencia se definieron como objetivos estudiar la incidencia del contexto en el desarrollo de la experiencia, analizar la influencia de la participación de los actores sociales, describir cómo las intervenciones intersectoriales desarrolladas permitieron un abordaje integral de la salud, establecer los procesos que aportaron a la equidad en salud, identificar las acciones que contribuyeron a la sostenibilidad del proceso y describir los factores que contribuyeron a la calidad de la atención en salud.

## Materiales y métodos

El estudio fue de tipo cualitativo, específicamente estudio de caso; cuya unidad de análisis fue el SILOS de la zona norte de San Salvador; sus principales descriptores de análisis fueron: Participación, Equidad, Integralidad e Intersectorialidad, sostenibilidad, Calidad y *Relevancia*.

El proceso de investigación fue desarrollado en varias etapas, la primera constituida por la Fase preparatoria (Reflexión y diseño), la segunda por el trabajo de campo (Acceso, Recolección de datos) y la última por procesamiento de la información en matrices por actores y criterios; la información fue recolectada utilizando la técnicas de entrevista en profundidad con actores relevantes de la experiencia tales como Alcaldes de los municipios de Nejapa y El Paisnal, asesores internacionales Holandeses, Médicos y enfermeras que participaron en la experiencia, líderes de las comunidades, realizando además grupos focales con promotores de salud y habitantes de los municipios de Nejapa, Tonacatepeque, El Paisnal y Apopa. Se complementó la información con análisis de documentos relevantes de la experiencia. Los informantes claves fueron seleccionados de común acuerdo entre el equipo de investigación y los miembros de la Experiencia, para el análisis de datos se triangularon las diferentes fuentes.

## Discusión de resultados

El análisis de la influencia del contexto en que se desarrolló El SILOS es un elemento importante para comprender el comportamiento de los otros descriptores de análisis, y lograr una comprensión objetiva de la trascendencia de la experiencia

analizada.

El SILOS surge en un contexto donde ya se había desarrollado una experiencia de Programación Local con los Comités Intersectoriales de cada Municipio, que se habían formado por iniciativa de la Región Metropolitana de Salud en búsqueda de extender la cobertura a toda la población, con el propósito de mejorar sus condiciones de vida, ratificándose dicha iniciativa en la mencionada reunión Nacional de SILOS en Marzo de 1992. Su oficialización se realizó bajo un modelo de participación comunitaria al que la población de esta zona tenía como forma de trabajo, convocando a la mayor cantidad de actores sociales, compartiendo el concepto y filosofía de los SILOS así como el análisis de sus diferentes componentes para su operativización, permitiendo así una comprensión y vinculación de intereses desde su gestación.

Es relevante mencionar que cuando el SILOS de la Zona Norte dio inicio a sus funciones la población de la zona contaba con un elevado nivel organizativo gestado durante el conflicto armado merced de las experiencias comunitarias desarrolladas a que se ha hecho alusión, a diferencia de este SILOS que contaba con el apoyo estatal, otras experiencias locales en salud basadas en la APS y desarrolladas durante el conflicto que venían solicitando infructuosamente apoyo estatal, entraron tempranamente en conflicto con el Ministerio de Salud cuando este reinició la prestación de servicios (posteriormente a los Acuerdos de Paz en 1992) en las zonas ex - conflictivas y percibió a la organización comunitaria como una amenaza para el control político de estas zonas. Este conflicto se extendería un poco más tarde (finales de 1995) al SILOS Norte de San Salvador cuando a la amenaza percibida en la organización comunitaria, se sumó el conflicto con el modelo de atención (Sistemas Sanitarios) promovido por el proceso llamado “Modernización del Sector” en la que declarativamente se plantearon políticas y objetivos de descentralización, desconcentración, equidad, eficiencia, aumento de cobertura y también fortalecimiento de la organización y participación comunitarias.

Pero algunos de estos elementos de la Modernización como es el caso de la descentralización, la organización y la participación comunitarias se implementaban más débilmente y con un enfoque diferente a como lo estaba desarrollando hasta ese momento el SILOS de la Zona Norte, lo que generó frecuentes y cada vez más agudas contradicciones entre los actores locales y las instancias gubernamentales que casi hicieron desaparecer la experiencia. A partir de ese momento se inició una nueva etapa del SILOS caracterizada por un cambio de enfoque en todos sus componentes y actividades.

En el análisis realizado sobre la relevancia de la experiencia desarrollada por el SILOS, se encontró que el proceso de desarrollo se vio favorecido por la apertura de espacios democráticos y el ambiente de concertación que existía en la sociedad con posterioridad a los acuerdos de paz, por la experiencia organizativa que ya habían desarrollado los actores sociales en el nivel local y por el interés de la OPS y de la cooperación Holandesa de aplicar la estrategia de Atención Primaria en Salud. Sin embargo hubo aspectos del contexto que también limitaron su desarrollo tales como: la persistencia de posiciones conservadoras en el sector gubernamental y la pobre

inversión social como consecuencia de las exigencias de los programas de estabilización y ajuste estructural.

En cuanto a la participación social ésta fue considerada como la orientación de la experiencia a la promoción y fortalecimiento del involucramiento activo de la población y comunidades en el proceso de toma de decisiones por la construcción de la salud, en la elaboración de políticas públicas saludables de la población y la comunidad orientadas a influir en la salud y sus determinantes. En consecuencia con este planteamiento el SILOS además de definir dentro de su estrategia la necesidad de la participación y los contenidos de la misma, se desarrolló un *proceso participativo* que se inició con formas sencillas como la ejecución de acciones conjuntas y aporte de materiales por parte de los actores involucrados (MSPAS, ONG's Comunidades y Gobiernos Locales) y avanzó progresiva y sostenidamente hacia formas más complejas de participación como la toma de decisiones y la evaluación de lo realizado, también se desarrollaron en los actores locales mecanismos y capacidades para *la participación*, fortaleciendo, estimulando y replicando las instancias organizativas comunitarias ya existentes y creando instancias adicionales de conducción en el ámbito local, municipal y regional. El SILOS capacitó a los actores en todas estas instancias a fin de cualificar y acrecentar su participación.

La intersectorialidad e Integralidad se consideró como la orientación de la experiencia a desarrollar un proceso de toma de decisión ínter institucional con otros sectores involucrados en el desarrollo y la organización de la comunidad, desarrollando procesos participativos de determinación de necesidades, identificación de prioridades, toma de decisión, ejecución y evaluación conjunta, de manera tal que el proceso de construcción de la salud fuera abordado considerando todos los determinantes de la salud con acciones de promoción, prevención, restitución y rehabilitación. En su desarrollo se crearon instancias de trabajo conjunto, diseño y ejecución de diferentes actividades orientadas a modificar las determinantes de la salud, mediante programas de atención a diferentes grupos poblacionales de riesgo y de la población en general, en campos que iban mas allá del sector salud, como medio ambiente, educación, caminos, infraestructura y otros, involucrando a los actores relacionados con estos determinantes, que hasta ese momento realizaban con las mismas comunidades, acciones dispersas y descoordinadas.

En este trabajo, el estudio de la categoría Equidad está relacionada a la igualdad de oportunidades para ser saludable, es decir con su capacidad de garantizar el acceso igualitario de todos los miembros de la comunidad a los recursos humanos y financieros, a un ambiente saludable, a la participación social, al poder de decisión y a la atención en salud sin restricciones. En su búsqueda, el SILOS reconoció desde sus inicios las desigualdades existentes en los grupos poblacionales de la zona, debido a lo cual si bien orientó sus programas y actividades a toda la población, hizo énfasis en aquellos grupos sociales que habían sido identificados como postergados por ejemplo los niños, mujeres, ancianos y en las zonas más desprotegidas de vivienda y alimentación; además hizo un aporte importante en el ambiente físico de las familias y comunidades, generando ambientes mas saludables.

La infraestructura en salud fue diseñada y ejecutada para que las comunidades identificadas con mayores dificultades pudieran tener acceso a los servicios de salud; en este proceso de búsqueda de la equidad también se concientizaron los gobiernos locales y los funcionarios locales del MSPAS, quienes impulsaron acciones orientadas a la disminución de las disparidades detectadas.

Para contribuir a la *sostenibilidad* de las acciones, el SILOS fortaleció la capacidad organizativa existente y la reprodujo en las zonas donde no la había; logró que la población se apropiara de la estrategia de APS; optimizó los recursos locales y los movilizó por la cooperación externa; capacitó e incorporó a los actores locales. Además desarrolló la capacidad de concertar alianzas entre actores importantes para enfrentar los determinantes de la salud.

La calidad de la experiencia fue analizada en consonancia con la concepción de salud, que fue asumida como un derecho humano fundamental. Este descriptor se aborda desde un enfoque de la calidad de la experiencia que se refleja en su accionar, es decir la calidad del proceso de construcción de la salud. *La calidad en salud* desarrollada por el SILOS se expresó en respuestas inmediatas y pertinentes a las necesidades y problemas identificadas por la comunidad mediante la ejecución de proyectos específicos; estas respuestas a las necesidades de salud se vieron potenciadas y cualificadas porque cada institución participante y las comunidades aportaron sus recursos humanos con mayor capacidad técnica y valiosa experiencia acumulada en salud comunitaria.

La sostenibilidad fue considerada como la capacidad financiera, técnica, organizativa del SILOS para ser mantenida, prolongada o continuada en el tiempo, adaptándose constantemente a los cambios en el contexto, sin dejar por esto de responder a las demandas y las necesidades de sus comunidades de influencia. Durante su desarrollo siempre se aportó información actualizada y propia que permitieron mejorar las intervenciones en salud. El SILOS también creó un Sistema de Información Interinstitucional propio apoyándose en él y en el andamiaje organizativo comunitario para difundir y fortalecer las acciones tendientes a mejorar la salud. Además el equipo tenía un proceso de mejora de sus competencias que le permitía ser uno de los mejores equipos de trabajo de la Zona.

## Conclusiones

El SILOS zona norte de San salvador fue una experiencia relevante porque generó procesos participativos desde su génesis, para lo cual creó estructuras organizativas en diferentes niveles, la participación fue al nivel mas alto que en la toma en la decisiones.

Se abordaron los determinantes de la salud bajo el enfoque intersectorial, sus acciones fueron con énfasis en las comunidades y grupos mas desprotegidos y pobres, su sostenibilidad estuvo dada por sus capacidades organizativas y de participación así como por las capacidades técnicas de sus equipos tanto técnicos como de agentes comunitarios

La calidad de la experiencia del SILOS radicó en las decisiones tomadas sobre la base de investigaciones, por poseer un sistema de información propio y por las intervenciones integrales en salud. También demuestra las capacidades de la población para plantear políticas en salud participativa y coherente con las necesidades de los grupos postergados.

Todos estos aspectos de relevancia desarrollados por esta experiencia de trabajo en salud impulsado principalmente por los actores locales de la zona, pueden contribuir a proponer verdaderas reformas en salud que tengan un impacto positivo en la salud de la población y no la marginen más.

EL SILOS fue una experiencia innovadora que aplicó los pilares y fundamentos de la Atención Primaria en Salud desde su concepción manteniéndolos hasta su desaparición, su análisis puede aportar a nuevos procesos de APS en los diferentes territorios.

## Agradecimientos

Se agradece el apoyo financiero de la Comunidad Europea, a los investigadores/as del proyecto Rescate, a los actores de la experiencia una que sin su apoyo esta investigación no hubiese sido posible.

## Bibliografía

- Alma-Ata 1978. Atención Primaria de Salud*, Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1978 (serie “Salud para Todos”, N° 1).
- ANSAL, Análisis del Sector Salud en El Salvador, “*La Reforma de Salud hacia su equidad y Eficiencia*”, Síntesis Ejecutiva, Pág. 15 y 16, San Salvador, Mayo 1994
- Caballero, Lily: *La Reforma de Salud: entre la descentralización y la privatización*. FUNDE. Avances No. 6. Pág. 73. San Salvador. Febrero de 1995.
- Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud*. Conferencia Internacional en Promoción de la Salud. Canadá 1986.
- Consejo Directivo del SILOS Zona Norte. Plan Anual de Trabajo. 1993
- Copenhagen, Organización Mundial de la Salud. 17-26 de Noviembre, 1986.
- David Seedhouse *Reforming Health Care. The Philosophy and Practice of International Health Reform*.
- Bustelo, Eduardo S.: *La Producción del Estado de Malestar en Salud Internacional: Un Debate Norte-Sur*. Washington, D.C. Organización Panamericana de la Salud. 1992. (Serie Desarrollo de Recursos Humanos)
- Equipos de investigación de Nicaragua, Nijmegen, Bélgica y El Salvador Documento del Proyecto “Rescate de Experiencias Locales en Nicaragua y El Salvador, para el proceso de Reforma de Salud período 1980 – 1995”. 1999
- Evans, Trevor. *La Transformación neoliberal del sector público. Ajuste estructural y sector público en Centroamérica y el Caribe*. 1ª Edición, CRIES, Managua 1995.

- Formulación de estrategias con el fin de alcanzar la salud para todos en el año 2000*, Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1979 (Serie “Salud para Todos”, N° 2).
- Frenk Mora, Julio y otros. *Salud y Derechos Humanos. Perspectivas en Salud Pública*. Instituto Nacional de Salud Pública. Cuernavaca, México. 1995
- Gómez Zamudio, Mauricio: *Teoría y Guía práctica para la Promoción de la Salud*. Unidad de Salud Internacional, Universidad de Montreal, Québec. Centro de Investigación y estudios de la Salud, Managua, Nicaragua. 1998
- González Jarquín. *Mortalidad Materna Hospitalaria del MSPAS*. Enero 1990-Diciembre 1995, Marzo 1996.
- Laurell, Asa Cristina y Ruiz, Liliana. *¿Podemos garantizar el derecho a la salud?* Primera edición, Editorial Autónoma Metropolitana, México 1996.
- Laurell, Asa Cristina. *La Reforma de los Sistemas de Salud y de Seguridad Social. Concepciones y propuestas de los distintos actores sociales*. Documento de Trabajo 1ª Edición, México. 1995.
- Los Procesos Nacionales de Reforma Sectorial. OPS
- Macdonald John J, “Primary Health Care: Medicine in its place” Earthscan Publications, London, 1992.
- Zurro, M. y Cano Pérez, J. F. *Atención Primaria de Salud*, España, 1997.
- MINSA, AMUNIC, CIES, OPS/OMS. *Municipios saludables: Una estrategia de promoción de la salud en el contexto local*. Managua, Nicaragua, Julio 1997.
- MSPAS, OPS/OMS. *Gobierno de los países Bajos. Actividades cumplidas a partir de los acuerdos alcanzados en la reunión de revisión de la evaluación externa*. 1998.
- MSPAS, OPS/OMS. *Gobierno de los países Bajos. Plan Operativo Anual. Proyecto para la consolidación del SILOS, Zona Norte de San Salvador*, 1997.
- MSPAS, OPS/OMS. *Gobierno de los países Bajos. Proyecto para la consolidación del SILOS, Zona Norte de San Salvador*, 1997.
- MSPAS: “La Salud de El Salvador: Visión de Futuro”. San Salvador, ES. Octubre 1996. Pg. 1.
- OPS, programa marco de la atención al medio para los sistemas locales de salud en las Américas, Washinton, abril 1992
- Paganini José María y Capote Mir Roberto. *Los sistemas Locales de Salud. Conceptos, métodos y experiencias*, OPS, pag 13, Washinton, 1990.
- Rescate de las prácticas de Salud en las Zonas conflictivas durante el período 1980-1990. Grupo GIDRHUS, OPS.
- Rifkin, Susan . “Primary Health Care: on measuring participation”
- Rubio, Roberto, Aguilar, Víctor y Arriola Joaquín: “Crecimiento estéril o desarrollo. FUNDE. San Salvador. Mayo 1996.
- Tilford Tones. *Health Education. Effectiveness and Efficiency*. 1990. Citado por John J. Macdonald en *Primary Health Care, medicine in its place*. Earthscan Publications. Londres 1992.
- Ugalde, Antonio y Jeffrey Jackson: *Las Política de Salud del BM: Una revisión crítica*, Cuadernos Médico-Sociales, Mayo 1998, Rosario Argentina. Citado en *¿Con qué Pluma se está escribiendo la Reforma de Salud?* Memoria del VI Coloquio en Salud “La Reforma de Salud”. Octubre 1998. Facultad de Medicina, Universidad de El Salvador.
- Universidad de El Salvador. Facultad de Medicina. *Diagnóstico Comunitario de la Zona Norte, de San Salvador*. 1996.

Vieira, César: Las Reformas de los Sistemas de Salud en América Latina y El Caribe. Conferencia en V Jornadas Internacionales de Economía de la Salud. Buenos Aires, Argentina. Abril de 1996.



Casa Materna de Estelí

Una Experiencia Innovadora  
de atención integral  
a embarazadas de alto riesgo  
en el marco de la Atención  
Primaria en Salud

**Fidelia Bustamante<sup>a</sup> y Gladys Ricarte<sup>b</sup>**

a. Enfermera, Master en Salud Pública y Master en Métodos de Investigación Social Cualitativa. Directora Casa Materna y Miembro Junta directiva de la Red Nacional de Casas Maternas.

b. Psicóloga Social y Enfermera Docente. Docente de Promoción y Educación en Salud e Investigadora del Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud. Asesora Técnica en Políticas, de la Asociación de Enfermeras/os Nicaragüenses





## Introducción

La Casa Materna de Estelí surge en 1985 donde fue la Región de las Segovias (Estelí, Nueva Segovia y Madriz) durante el período del Gobierno Sandinista; en el contexto de: transformaciones sociales, desarrollo de un Sistema Nacional de Salud e impulso de la estrategia de Atención Primaria en Salud. Esta fue una iniciativa de un grupo de enfermeras nacionales e internacionales, bajo el nombre inicial de “Casa Regional de preparación para el parto natural”, cuya misión fue “preparar física y mentalmente a la gestante para un parto sin temor”.

En 1997, el Proyecto RESCATE intenta recuperar en países de Centroamérica algunas experiencias de Atención Integral que dieron respuesta a las necesidades humanas en localidades con un contexto adverso en el escenario de la guerra y pos-guerra.

Este proyecto tuvo un enfoque metodológico cualitativo, el cual fue desarrollado en dos etapas:

- a) inventario de experiencias,
- b) profundización de aquellas en las cuales se valoraba en mayor grado los siguientes criterios: participación social, enfoque integral, equidad en la atención, calidad técnica y humana, relevancia en el contexto.

Se conformó un equipo de trabajo con: investigadores de la Universidad de Nijmegen-Holanda, el Instituto Príncipe Leopoldo-Bélgica, la Universidad de El Salvador, el Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud CIES/UNAN-Nicaragua, el Instituto Rigoberta Menchú y ASECCSA- Guatemala; que logró entrevistar en profundidad a Actores Claves como: funcionarios del gobierno local, líderes y promotores comunitarios, grupos de beneficiarios/as, grupos de trabajadores/as y dirigentes en salud, entre otros/as.

La Casa del Parto de Estelí se incluyó en el Inventario de Experiencias Locales Innovadoras en Salud (ELIS) como una experiencia institucional en el contexto del proceso de reforma al sector salud. Entre sus puntos fuertes tenemos la promoción de la participación popular; la atención a parteras tradicionales, brigadistas y promotores de salud; el trabajo intersectorial y su articulación con el gobierno local; como también su contribución a la disminución de la mortalidad materna y perinatal. La experiencia fue seleccionada para ser estudiada en profundidad en la segunda etapa de la investigación, con el interés de describir y analizar los cambios generados por el proceso de reforma en el sector salud.

Se describe esta importante experiencia en cuatro etapas relacionándolas con los cambios en el contexto nacional e internacional.

## Antecedentes

Las Casas Maternas en Nicaragua surgen en el marco de la estrategia mundial

de la salud, que es la Atención Primaria y la consecuente organización de las estructuras del sistema de salud, que propiciaron la extensión de cobertura, priorizando los grupos vulnerables; entre ellos, la mujer y el niño y la niña.

Este proceso se ve impulsado en 1961 con la reunión de Punta del Este en Uruguay y se fortalece en el marco de la Salud Para Todos en el año 2000. Sin embargo, desde 1975 y durante toda la década de los 80 se intensifican y fortalecen las acciones de extensión de cobertura en Nicaragua a través de diferentes programas, algunos de los cuales permanecen tal cual hasta el momento y otros han sufrido modificaciones paulatinas.

Por otra parte, el proceso de globalización económica ha debilitado algunas estrategias sociales, profundizando hasta hacer insostenible las condiciones de inequidad e injusticia social para grandes sectores de la población mundial, a quienes los niveles de desarrollo no los benefician.

En este contexto internacional y nacional se crean las bases organizativas para la participación ciudadana en las acciones de salud, permitiendo la movilización de grupos de mujeres organizadas en pro de los derechos de la salud sexual, reproductiva y la equidad de género. Derechos que han estado marcados por las desigualdades socioeconómica y generacionales más aún en mujeres del área rural, ya que su condición de pobreza y marginalidad las coloca en una situación de mayor vulnerabilidad social.

No obstante, estos derechos han incrementado su visibilidad en las plataformas y programas de acción de las Cumbres Mundiales.

Pueden identificarse en Nicaragua, cuatro momentos en el contexto cultural, social y político, durante el desarrollo de Las Casas Maternas

1. Surgimiento de movimientos sociales, origen y réplica de la estrategia como actividad comunitaria.
2. Reformas en el sector salud y consolidación de la Red Nacional de Casas Maternas.
3. Profundización de las reformas en el sector salud, lo cual implica la adopción y extensión de la estrategia por el Estado.
4. Situación actual de la estrategia.

## Proceso de desarrollo de las casas maternas

### Primer momento 1980 - 1993

En 1985 en Estelí, como respuesta a las necesidades de las mujeres es creada la “Casa Regional de Preparación del parto natural”, gestionada por el Ministerio de Salud (MINSAL) Regional, donde fueron impulsadas dos experiencias novedosas. La primera consistía en la capacitación y equipamiento de las parteras empíricas, quienes tradicionalmente atendían los partos en las comunidades, con el propósito de generar en ellas capacidades para atención del parto limpio y la referencia oportuna a las

Unidades de Salud. La segunda consistía en promover la psicoprofilaxis del parto a fin de preparar física y psicológicamente a las mujeres para el parto como un acontecimiento feliz y no doloroso.

De ambas experiencias se obtuvieron lecciones que permitieron incorporar tecnologías comunitarias, relacionadas con la cultura sanitaria en la atención del parto, en el Hospital de Estelí y en las casas maternas; espacios que se fueron cerrando con los cambios de políticas institucionales.

En 1987 en Ocotol, Nueva Segovia, surge la primera Casa Materna. Esta experiencia se replica en el norte del país como estrategia comunitaria impulsada por grupos de mujeres organizadas en la Asociación de Mujeres Nicaragüenses “Luisa Amanda Espinoza” (AMNLAE) y Cooperativas agrícolas (UCA).

Dicha estrategia surge como una respuesta de la sociedad civil ante las altas tasas de mortalidad materna y peri natal, las cuales habían sido agudizadas por los conflictos bélicos principalmente en el norte del país dado que dificultaban el acceso a la salud a estas mujeres al momento del parto para su referencia oportuna al hospital.

Ante esta situación las Casas Maternas se constituyeron en centros alternativos viables que brindaban albergue, atención y educación en salud a las mujeres embarazadas procedentes del área rural, de escasos recursos económicos. De esta forma contribuyó al incremento del parto institucional y a la reducción de muertes maternas y perinatales 160/ 100.000, que afectaba más a las regiones muy alejadas del país y comunidades indígenas de la Costa Atlántica.

### **Segundo momento 1993-1998**

En el segundo momento, de 1993 a 1998, se dan las reformas en el sector salud y la consolidación de La Red Nacional de Casa Maternas Comunitarias. Sin embargo en Estelí, a inicios de la década de los noventa, después de nueve años de trabajo en la capacitación de parteras en el ámbito regional y del parto psicoprofiláctico, se desestructura el sistema de salud vigente como resultado de los programas de ajuste estructural implementados en el sector salud. Éste fue reorganizado en Sistemas Locales de Atención Integral en Salud (SILAIS), en el cual las parteras pasan a formar parte de los programas del MINSA Municipal.

Estas medidas son coherentes con el modelo de salud vigente basado en los criterios de la eficiencia, lo cual se tradujo en la reducción del aporte presupuestario, que a su vez tuvo como resultado la no promoción de la sostenibilidad social; y un modelo excluyente, inequitativo, ineficiente, debilitado y desarticulado. Las consecuencias de estos ajustes y el proceso de reforma, por tanto, no beneficiaron a los sectores poblacionales más vulnerables y redujeron la participación social y su capacidad de incidencia, lo cual implicó el debilitamiento de la sostenibilidad social de las organizaciones.

En este nuevo contexto, la Casa Regional de Parto es reorganizada y pasa a ser La Casa Materna Estelí. Asimismo en este periodo, la cooperación internacional se suspendió y el presupuesto asignado por el MINSA estuvo orientado al gasto co-

riente y no al gasto social. Ante estas restricciones la sostenibilidad económica de la Casa Materna entra en crisis. Sin embargo, se mantiene el enfoque intersectorial para dar respuesta integral a las necesidades de las usuarias; además se aprovechan los espacios para la investigación en función del rescate de la experiencia y fortalecimiento institucional.

### **Tercer momento 1999-2006**

Este momento se caracteriza por la profundización de las reformas, y la adopción y extensión de la estrategia comunitaria por el MINSA.

A mediados de los noventa, la profundización de las reformas en salud es interpretada como un desafío para la sociedad civil y la oportunidad para que se consolide la estrategia comunitaria de casas maternas a través de su organización en Red.

Paralelamente el MINSA adopta y extiende la estrategia comunitaria con un nuevo modelo de gestión, como parte de la Red de Servicios Obstétricos, ubicando las Casas Maternas principalmente en las regiones más alejadas y en las comunidades indígenas de la Costa Atlántica, donde los índices de mortalidad materna y peri natal eran mas elevados. En este período se define el marco legal y normativo para la organización y funcionamiento, se asignan subsidios vía convenio a todas las Casas Maternas que conforman la Red, así como mecanismos administrativos para el manejo de los fondos.

### **Cuarto momento 2007**

Actualmente funcionan 54 Casas Maternas en el territorio nacional gestionadas por diversos actores sociales, entre éstos: Asociación de Mujeres Nicaragüenses Luisa Amanda Espinoza (AMNLAE), Unión de Cooperativas Agrícolas, Unión de Agricultores y Ganaderos, Gobiernos Locales, Grupos religiosos y Ministerio de Salud. El monitoreo y capacitación a parteras y a estas organizaciones se hace a través de la Red Nacional de Casas Maternas y el Ministerio de Salud logrando un trabajo articulado entre actores comunitarios y el personal de salud.

### **Sostenibilidad e incidencia de las Casas Maternas**

La incidencia de Casas Maternas y el impacto en el problema de la mortalidad materna y perinatal se verifica en una mayor sensibilización y visión de los diferentes actores locales y autoridades nacionales ante la amenaza de mayores riesgos debido al progresivo incremento en los porcentajes de embarazo en menores de 18 años, particularmente en áreas rurales del país.

Por otra parte, se ha logrado mejorar el registro de las muertes maternas y perinatales por la mayor vinculación y conocimiento de la red comunitaria y las unidades de salud. Las Casas Maternas han contribuido a reducir las muertes maternas y perinatales.

El trabajo de participación e incidencia ciudadana promueve el protagonismo ciudadano y brinda recursos para la sostenibilidad social e institucional de esta importante estrategia de Atención Primaria en Salud. Estrategia que, en el marco internacional, se viene recontextualizando y revitalizando ante los fracasos del modelo neoliberal y la ineficacia del mismo para dar respuesta a los problemas de salud de las mayorías empobrecidas y marginadas, al acceso a los servicios de salud que han promovido las políticas de reforma.

Las Casas Maternas son el espacio donde convergen: voluntades y necesidades de actores locales, autoridades políticas y técnicas y las demandas de las mujeres que han sido visibilizadas por la gestión de las organizaciones civiles de mujeres que se pronuncian en Foros nacionales e internacionales, demandando el derecho a la salud y a la atención con calidad técnica y humana.



# Participación Comunitaria con enfoque de derechos. Por una vida más digna e incluyente



Foto: Municipio de Riobamba.

## **Flor del Rocío Rojas Sigchay**

Psicóloga Clínica especialista en Resolución de Conflictos y negociación aplicada;  
Master en Salud Sexual, Género y Educación. Docente en la Facultad de Salud  
Pública en la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo ESPOCH, Miembra del  
Foro Nacional de la Mujer, Socia Fundadora de la Sociedad Ecuatoriana de Bioética  
y Coordinadora de Programas de Salud Pública y Autogestión Comunitaria a nivel  
local y nacional.



## Introducción

En el sector salud del Ecuador, como en otros países de América Latina y el Caribe, si bien se reconocen los adelantos impulsados por la Sociedad Civil y el Estado, las brechas en lo referente a desarrollo y salud todavía son significativas. Es decir continúan las enfermedades y problemas de salud relacionados directamente con la marginación y la pobreza.

Nuestro país, desde hace una década, ha pasado por una considerable crisis económica, social y política, muestra de ello es la existencia de seis gobiernos elegidos mediante voto popular y en el derrocamiento de tres de éstos. La aguda crisis económica no sólo aumentó la pobreza, sino que ha tenido implicaciones serias en términos de ejercicio de derechos humanos, más aún en el derecho a la salud.

La salud, integra muchos derechos como: el acceso al agua limpia y potable, la salud materno- infantil y reproductiva, la higiene del trabajo y del medio ambiente, la prevención y el tratamiento de enfermedades, incluido el acceso a los medicamentos básicos, entre otros; los mismos que deberían desarrollarse para hablar de salud integral en la práctica de la atención primaria. Además si consideramos que la salud se fundamenta en los principios de solidaridad, equidad, universalidad, calidad, pluralidad, eficiencia e integralidad, es necesario que la participación social involucre la movilización ciudadana para la consecución de un verdadero ejercicio en este derecho.

Los niveles de participación social y movilización ciudadana en estas últimas décadas, han originado cambios fundamentales en las relaciones del Estado y Sociedad Civil, quienes presionaron y consiguieron un avance significativo, impulsando, formulando e implementando políticas públicas sociales a nivel local y nacional.

En términos de políticas públicas podemos hablar de responsabilidades desde el Estado y la Sociedad Civil. Se requiere, por un lado que el *Estado* como primer responsable asuma sus competencias en los campos moral y legal, respetando, protegiendo y promoviendo la participación social. Por otro lado, la *Sociedad Civil* debe intervenir en todos los espacios y niveles de desarrollo de estas políticas; así como en su control. Las acciones de ambos deben responder a las demandas reales de la comunidad, que incluyan el concepto de equidad distributiva y transparencia, generando progresivamente el desarrollo humano.

En todas las propuestas de desarrollo humano, es relevante y significativo considerar las demandas desde y con la comunidad, principalmente en lo referente a salud, educación e ingreso. Ello involucra interacciones directas entre salud y desarrollo; generando nuevos mecanismos y procedimientos participativos, teniendo variaciones en los distintos contextos y escenarios, frente al fracaso de los modelos verticalistas de desarrollo.

En este sentido, se han propuesto modelos de desarrollo, que incluyen el fortalecimiento de la ciudadanía. Los últimos años han estado marcados por cambios institucionales para crear nuevas estructuras y marcos jurídicos que garanticen mayor accesibilidad y calidad de los servicios de salud, en donde la participación social es un determinante, sin embargo dicha participación no ha llegado a niveles considerables

en la toma de decisiones y en el ejercicio de derechos. Muchas veces las instituciones sobredimensionan la real participación comunitaria para justificar el cumplimiento de estrategias y metas institucionales.

En el sector salud a nivel local, las mujeres participan activamente en la ejecución de los programas, pero todavía permanecen excluidas en la fase de formulación, diseño y asignación equitativa de recursos. Es decir no solo involucra desigualdades de género, como la feminización de la pobreza; sino también la sobrecarga de trabajo y de responsabilidades frente a la salud familiar.

Por lo tanto, es todavía un desafío en materia de salud, considerar como parte del ejercicio de los derechos la participación ciudadana, en la fijación de prioridades, la toma de decisiones y la elaboración y ejecución de los programas; así como participar en mecanismos de vigilancia y control social; y de exigibilidad al Estado en la rendición de cuentas.

No obstante, en los temas de derechos y salud se han logrado adelantos significativos dirigidos a la niñez y adolescencia, las mujeres embarazadas, personas con discapacidad, adultos mayores, etc. Pero la insuficiencia de recursos, las inequidades de género y otras prácticas no equitativas y antiéticas no permiten el cumplimiento del mandato institucional que es el de crear oportunidades favorables en materia de atención primaria de la salud.

En este contexto existen experiencias desde lo local, avances y esfuerzos generados desde la institucionalidad y la sociedad civil. En la marcha se ha conseguido el apoyo de la cooperación internacional, gubernamental y no gubernamental. Las prácticas de Promoción de la Salud, demostraron fortalecer la actoría ciudadana generando la construcción de capacidades locales, niveles de participación incluyente plural e intercultural, creación de sistemas de información e indicadores sociales, definición y aplicabilidad de políticas públicas que permitieron señalar un avance.

## Una experiencia para compartir

La política de Salud del Municipio de Riobamba, es una iniciativa que ha sido construida colectivamente desde el gobierno local, con la participación activa y permanente de todos los actores sociales en el análisis de la situación, definición y priorización de necesidades, la toma de decisiones, la orientación de objetivos, acciones interinstitucionales e intersectoriales dirigidas hacia la comunidad y la puesta en marcha de políticas públicas sostenibles.

El gobierno local asume el apoyo político, a una propuesta desarrollada por la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo- ESPOCH; la misma que presenta a la Municipalidad el Proyecto: “Municipios, Comunidades y Espacios Saludables”. Partió como una primera experiencia en Promoción de Salud a desarrollarse desde esta instancia gubernamental.

En la marcha del Proyecto, la ciudad de Riobamba, el día 7 de Abril de 1997 es declarada «Municipio, Comunidad y Espacio Saludable» por la Organización Pana-

mericana de la Salud, y se le reconoce públicamente al “Comité Interinstitucional” (cuerpo colegiado integrado por instituciones públicas, privadas y representantes de la comunidad) como el ente rector que promueve y lleva a cabo las distintas estrategias y acciones elementales en Pro de la Salud.

Dicho Comité estableció como objetivo prioritario mejorar las condiciones de vida de la comunidad para lograr una convivencia más digna y sana. Se reconoce a la Promoción de la Salud como la estrategia medular que permite crear ambientes y entornos saludables, incorporando la acción comunitaria, el reconocimiento y desarrollo de capacidades y actitudes personales, la coordinación interinstitucional e intersectorial y la participación de la sociedad civil organizada.

*¿Cómo se inicia el proceso participativo en el Cantón?* Al inicio no fue fácil, por la falta de capacidad de la estructura y recursos del aparato público, la desconfianza de la sociedad civil en el estado, la incidencia político - partidista en las acciones del gobierno local, y otros factores que no fueron de fácil manejo pero que se fueron superando a medida que se incrementaba el apoyo y la participación de la comunidad.

Paralelamente se hallaba en ejecución desde la Municipalidad el Proyecto piloto de Autogestión Comunitaria desarrollada en barrios urbano- marginados de la ciudad. Constituyéndose en el primer vínculo del Comité Interinstitucional con la Comunidad y en el punto de partida para el desarrollo e incorporación de otros proyectos de salud en estos sectores.

Sabíamos que para conseguir la credibilidad de la comunidad tenían que visualizarse en poco tiempo acciones que demuestren un serio compromiso al margen de la política partidista u otros intereses. Se aunaron esfuerzos, se promovió la autogestión y se realizaron mingas para la apertura de calles, alcantarillado, recolección de los desechos sólidos, campañas de vacunación, implementación de proyectos productivos etc. Así se fueron sumando esfuerzos y convirtiéndose en una gran minga por la Salud.

Al incorporar paulatinamente en las acciones comunitarias la estrategia de Promoción de Salud, se integraban otros actores con capacidad técnica y operativa. Se reorientaron los esfuerzos y consensuaron acciones para mejorar la salubridad de la población a través del “Manejo Adecuado de los Desechos sólidos”, para lo cual se organizaron cinco comisiones: 1) Vendedores Ambulantes, 2) Mercados, 3) Domicilios, 4) Establecimientos Educativos y 5) Centros y establecimientos de salud.

Cada Comisión desarrolló su propia planificación acorde a la naturaleza de su campo de acción, integrando actores relacionados al área de intervención con propuestas y soluciones concretas. Se podía observar que cada comisión contaba con capacidades técnicas y operativas. Cada actor cumplía su propio rol así como la rectoría de acuerdo a su competencia.

## Comisiones inter- institucionales e Intersectoriales:

### 1.- Comisión de Vendedores Ambulantes

*Coordinación:* el Departamento de Control Sanitario de la Dirección de Salud

*Apoyo:* Departamento de Promoción de la Salud de la Dirección de Educación, Defensa Civil, Comunidad Educativa, Departamento de Higiene Municipal, Comisaría de Salud.

Otros proyectos que se desarrollaron: Manejo Adecuado y Expendio de Alimentos, Fortalecimiento Organizativo de Vendedores Ambulantes.

*Logros:* Organización de los Vendedores ambulantes, legalización de las asociaciones y capacitación y unificación de los permisos sanitarios.

## **2.- Comisión de Establecimientos Educativos**

*Coordinación:* Dirección Provincial de Educación

*Apoyo:* Departamento de Desarrollo Comunitario del Municipio, Instituto Nacional del Niño y la Familia INNFA, Hospital de Niños, Cruz Roja, Grupos de líderes de las diferentes Unidades Educativas, Foro de la Mujer.

Otros Proyectos que desarrollaron: Escuelas Saludables, Proyecto de Educación Sexual y Reproductiva, Prevención de Drogas y Alcohol, Prevención de la Violencia a la Mujer, Proyecto Nutricional la Mejor Compra.

*Logros:* Aplicación de indicadores de salud en 35 escuelas rurales, aumento de los niveles de nutrición y salud en 35 escuelas, 1200 familias perteneciente a 40 barrios urbano- marginales y rurales capacitadas en alternativas alimentarias utilizando los productos propios de la localidad, dotación de agua segura 10 escuelas de intervención con el proyecto PASSE.

## **3.- Comisión de Desechos en Domicilios y Establecimientos Comerciales**

*Coordinación:* Departamento de Higiene Municipal.

*Apoyo:* Federación de Barrios, Defensa Civil, Cruz Roja, Ejército

Otros proyectos que desarrollaron: Mantenimiento de parterres, avenidas y áreas verdes de la ciudad.

*Logros:* Mayor cobertura y calidad en la recolección de desechos sólidos, Proyectos Productivos de lumbricultura dirigidas a las mujeres que trabajan en el relleno sanitario impulsado por el Servicio Holandés - SNV

## **4.- Comisión de Mercados**

*Coordinación:* Control sanitario de la Dirección Provincial de Salud.

*Apoyo:* Cuerpo de Bomberos, Departamento de Higiene Municipal, Facultad de Salud Pública de la Escuela Superior Politécnica de Chimborazo, Asociación de Vendedores de Mercados,

Otros proyectos que desarrollaron: Aseo y desratización de los Mercados, Mercados Saludables.

*Logros:* sustentables ninguno, se fragmento la comisión por falta continuidad en sus acciones, los actores se desmotivaron.

## **5.- Comisión de Desechos Hospitalarios:**

*Coordinación:* Colegio Químico Farmacéutico

*Apoyo:* Comisaría de Salud, Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Colegio Médico, Hospital General Docente, Policía Nacional, Departamento de Desarrollo Comunitario del Municipio, Escuela de Ingeniería Ambiental de la Universidad Nacional de Chimborazo.

Otros proyectos desarrollados: Manejo, Recolección y Tratamiento de los Desechos Hospitalarios, Manejo y control de los Desechos Hospitalarios en Laboratorios Clínicos.

*Logros:* Recolección diferenciada en el Cantón, Creación de Comités de Bioseguridad en los Centros de Salud, disminución de la contaminación ambiental por desechos hospitalarios líquidos y sólidos.

En un segundo momento, se institucionaliza en el gobierno local el tema de la niñez y adolescencia, mujer, personas con discapacidad. Toma importancia la integración de otros actores sociales en el ejercicio de derechos, sumándose a trabajar en estos procesos.

Así se fueron definiendo las líneas de acción del gobierno local en lo referente a Salud, Educación, Ambiente, Generación de Ingresos, es decir no solo se incidió en temas relacionados a la Salud, sino también en la definición y aplicabilidad políticas sociales con enfoque de derechos.

Actualmente el Cantón cuenta con instancias de amplia representatividad, que definen y ejecutan los derechos en donde la participación ciudadana ha sido el eje programático.

### **Definición de Políticas:**

Consejo Cantonal de la Niñez y Adolescencia  
Consejo Cantonal de Salud  
Consejo Cantonal de Discapacidades  
Comisión de la Mujer y la Familia  
Comité de Ley de Maternidad Gratuita.

### **Ejecución de Políticas:**

El gobierno local cuenta con una instancia Municipal de Desarrollo Social y junto con otras instituciones del Cantón son las encargadas de ejecutar programas, planes y proyectos dando prioridad a la atención e inversión en el sector rural, enfatizando acciones de Promoción de la Salud.

En el sector rural se coordina con las juntas parroquiales, las organizaciones comunitarias de segundo grado, iglesia, organizaciones de mujeres, jóvenes, Ong's y otros actores de la localidad.

En este proceso fue necesario, desarrollar un sistema de información local (SIL) que concentra datos actualizados del cantón para la construcción de indicadores de la población que sirven de instrumento base para desarrollar propuestas de proyectos u otras acciones dirigidas a la comunidad.

Además se propicia en el cantón un proceso de evaluación externa en el cumplimiento de derechos de la niñez y adolescencia a través del Observatorio Nacional de la Niñez y Adolescencia y UNICEF, situando a Riobamba entre los primeros cantones del Ecuador en el cumplimiento de derechos; pero el avance es parcial e inestable y aún resta muchísimo por hacer.

Ahora mismo, es necesario la articulación entre los que definen (Consejos: de la Niñez, Salud, Discapacidades, etc.) y los que ejecutan las políticas, así como también crear mecanismos apropiados para su representatividad, el logro del derecho equitativo en la participación, para una mayor asignación equitativa y optimización de recursos, para el control social y rendición de cuentas transparentes, etc. Es decir el avance sigue siendo un reto y un gran desafío para el ejercicio de ciudadanía.

En Riobamba, la experiencia del Municipio, comunidades y espacios saludables fue y es un accionar social participativo, convirtiéndose en un factor de incidencia para la garantía de derechos; pero queda todavía un gran camino por recorrer en defensa de los derechos ciudadanos, en donde su participación debe llegar al control social permanente y exigibilidad al estado para administrar eficientemente el desarrollo humano y por ende el derecho a la Salud.

## Lecciones aprendidas

- 1.- La participación es progresiva y dinámica; se mantiene a medida que se va trabajando la noción de ciudadanía y de pertenencia.
- 2.- Hacer énfasis en la participación comunitaria en igualdad de condiciones, no solo permite un notable progreso en el desarrollo de los programas o proyectos, sino que permiten lograr objetivos y metas comunes.
- 3.- Cuando se producen cambios permanentes de los representantes institucionales y de la sociedad civil que participan en los procesos organizacionales, se debilita el trabajo emprendido.
- 4.- La participación social, además de fortalecer los procesos sociales, permite optimizar recursos y la autosostenibilidad de los proyectos y promover la autogestión comunitaria.
- 5.- La participación activa significa una oportunidad de incidir sobre política pública y ejercicio de derechos en forma progresiva.

- 6.- Los planes de desarrollo o las políticas públicas no son culminación del proceso participativo, ni el máximo de la concertación; son dinámicos y gradual al igual que el ejercicio de ciudadanía.
- 7.- En la práctica, la atención primaria de la salud no sólo es mejorar la salud de la población sino ejercer otros derechos individuales y colectivos.

## **Dificultades**

- 1.- No es fácil superar ciertas prácticas discriminatorias contra las comunidades, las instituciones públicas todavía mantienen el criterio que los servicios públicos son para “usuarios” y no para sujetos de derecho, creando distanciamientos entre los servidores públicos y la comunidad.
- 2.- Hay que tomar en cuenta que la participación comunitaria cuando no es bien enfocada puede involucrar intereses personales o institucionales y corre el riesgo de ser fragmentada.
- 3.- Cuando la comunidad desconoce los mecanismos para intervenir en la gestión pública, se le dificulta exigir el cumplimiento del derecho a la salud.
- 4.- El cambio frecuente de autoridades o representantes, reduce la probabilidad del cumplimiento de las metas trazadas.
- 5.- La inadecuada coordinación interinstitucional genera vacíos y duplicación de acciones, perjudicando el proceso.
- 6.- Para conseguir consensos entre quienes definen y ejecutan las políticas se generaron conflictos que todavía están por resolverse porque va más allá de voluntades políticas, en la marcha surgen situaciones nuevas y muchas de ellas requieren de un marco legal.

## **Propuestas**

- 1.- Crear espacios de participación más equitativa en donde los niños/as, adolescentes, mujeres, adultos mayores, etc., participen como actores de su propio desarrollo.
- 2.- Trazar mecanismos apropiados para que la participación sea más equitativa entre los actores, facilitando la continuidad de las políticas y la permanencia de las voluntades de sus actores.

- 3.- Para que el proceso no se vea afectado por el cambio de autoridades y de sus representantes institucionales o de la comunidad es necesario que se legitime su representatividad como institución y se cuente con estrategias para la articulación oportuna y adecuada de los actores sociales.
- 4.- El Estado y las diferentes instituciones públicas deben estimular las iniciativas de la sociedad civil para cultivar actitudes y prácticas participativas duraderas.
- 5.- Garantizar el acceso a la información pública y la capacitación para facilitar la intervención en la gestión pública y la denuncia cuando los derechos sean vulnerados.
- 6.- La participación con enfoque de derechos debe ser objeto de comprensión y guía de actitudes y prácticas, por ello es necesario facilitar alternativas en la resolución de conflictos comunitarios.

## **Retos**

- 1.- Capacitar al personal del sector público en estrategias y mecanismos para garantizar una postura y participación activa de los actores, ejerciendo el deber y derecho ciudadano
- 2.- Capacitar al personal de salud en procedimientos y estrategias para incrementar la participación comunitaria, considerando las características y prácticas culturales propias de cada comunidad.
- 3.- Fomentar el compromiso del Estado y la Sociedad Civil concertando metas de desarrollo social con los distintos sectores, a fin de que puedan adoptarse medidas preventivas y políticas, que trasciendan los períodos gubernamentales.
- 4.- Aumentar y volver más eficiente la inversión del Estado en Atención Primaria de Salud, a fin de dar un mejor uso a los escasos recursos disponibles.
- 5.- El Estado debe exigir el cumplimiento de las normativas a quienes se encuentran en cargos públicos y sancionar a través de mecanismos judiciales y extrajudiciales cuando por intención u omisión perjudiquen el derecho equitativo a la salud.
- 6.- Ejercer el derecho a la salud no significa sólo avanzar en políticas, se necesita que el Estado y las instituciones rectoras hagan pública y participativa la elaboración y ejecución de las mismas, a fin de que puedan incorporarse los actores sociales y ampliarse las capacidades ciudadanas en el ejercicio de sus derechos.

# La experiencia de una estrategia de Promoción de la Salud el Area Sanitaria 1 de Madrid España.

La participación de los ciudadanos  
en atención primaria: ¿una realidad?



## **Juan Luis Ruiz-Giménez Aguilar**

Medico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria y Master en Salud pública del Sistema Sanitario español. Miembro de la Federación de Asociaciones de Defensa de la sanidad pública y del Programa PACAP Programa de Actividades Comunitarias en Atención Primaria de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria.



## Introducción

El marco de referencia teórico en la que nos hemos ubicado es el establecido en la Estrategia de Promoción de la Salud (PS) de la Organización Mundial de la Salud (en adelante OMS)<sup>1</sup>, cuyos hitos históricos se sitúan en el último tercio del siglo XX pero que siguen vigentes en este siglo.

En la conferencia de ALMA ATA (1978) se definió la estrategia y dentro de ella, se consideró que la APS es “la clave para alcanzar en todo el mundo un nivel aceptable de salud que forme parte del desarrollo social y se inspire en un espíritu de justicia”.

En las dos últimas décadas del siglo XX, la OMS propició múltiples conferencias internacionales<sup>2</sup>, así como grupos de trabajo sobre la PS en el intento de identificar las estrategias y acciones que favorecieran el progreso hacia la salud para todos. (Cuadro I las líneas de acción prioritarias planteadas en Ottawa 1986).

En la 51ª Asamblea Mundial de la Salud de la OMS celebrada en mayo de 1998, se acordó la “Política de Salud para Todos para el siglo XXI”<sup>3</sup> en la que se establece como objetivo principal el conseguir que todas las personas alcancen plenamente su potencial de salud. Para su consecución se han formulado: estrategias multisectoriales frente a los determinantes de salud; programas dirigidos al desarrollo de la salud y de la atención sanitaria; atención primaria orientada a la comunidad y a la familia, con un carácter integrado, con la asistencia de un sistema hospitalario flexible y por último potenciar el desarrollo comunitario de carácter participativo, que implique a los agentes relevantes en materia de salud, en el hogar, centros educativos, en el trabajo, así como en el ámbito comunitario y nacional, que promueva tanto la toma de decisiones como la aplicación y la responsabilidad conjunta.

La participación comunitaria, componente esencial de la estrategia,<sup>4</sup> viene definida como el proceso en virtud del cual los individuos y familias asumen responsabilidad en cuanto a su salud y bienestar propios y los de la colectividad. Proceso por el que mejoran la capacidad de contribuir a su propio desarrollo económico y comunitario; llegan a conocer mejor su situación y a encontrar incentivo para resolver sus problemas comunes.

Existe evidencia científica suficiente, según la International Union for Health Promotion and Education (IUHPE),<sup>5</sup> para afirmar que tal estrategia contribuye al mejoramiento de la salud y la prevención de enfermedades tanto en países desarrolla-

1. OMS: Estrategia mundial de salud para todos en el año 2000. Ginebra 1981.

2. OMS: Carta de Ottawa para la promoción de la salud. 1986.

OMS: Conferencia de Yakarta sobre promoción de la salud, conceptos y principios. 1991.

OMS: Conferencia de México sobre promoción de la salud. 2000.

3. OMS: Salud 21, Salud para todos en el siglo XXI. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1999.

4. Siles Roman, D.: Nuevas perspectivas en participación comunitaria: Dar poder al paciente. Rev. Atención Primaria, Vol. 9, nº 3 Marzo 1993.

Turabian, JL: Apuntes esquemas y ejemplos de Participación Comunitaria en la salud. Ed Díaz de Santos. Madrid 1992. Modelos de participación comunitaria en la salud en el contexto del mercado sanitario. Rev. Atención Primaria, Vol. 21, nº 5 Diciembre 1992.

Vuory, H: La participación comunitaria en atención Primaria: un medio o una finalidad en sí misma». Atención Primaria. 1992, Vol. 10, no 9 Pág. 1036-1048.

5. IUHPE: La evidencia de la eficacia de la promoción de salud. Configurando la Salud Pública en una Nueva Europa. Dos libros. Edita Ministerio Sanidad y Consumo. Madrid. 2000.

dos como en los en vías de desarrollo. La promoción de la salud se describe como un *proceso*, cuyo objeto consiste en fortalecer las habilidades y capacidades de la persona para emprender una acción, y la capacidad de los grupos o las comunidades para actuar colectivamente con el fin de *ejercer control sobre los determinantes de la salud*.

Con arreglo a esto, una promoción de la salud eficaz conduce a cambios en los determinantes de la salud<sup>6</sup>. Estos *determinantes de la salud* incluyen aquellos que están bajo el control del individuo, como las conductas individuales orientadas a la salud y el uso de los servicios sanitarios y otros que están fuera del control de la persona e incluyen las condiciones sociales, económicas y del entorno, así como la prestación de servicios sanitarios. Tenemos entonces que las acciones que apoyan a las personas para que adopten y mantengan estilos de vida saludables, y que crean condiciones de vida (entornos) que apoyan la salud, constituyen elementos clave de una promoción de la salud eficaz.

El desarrollo de políticas públicas saludables presenta una vertiente “macro” que compete a los gobiernos, y otra “micro” insertada en la comunidad local a través de grupos, agentes y personas de la comunidad que se impliquen en la identificación y mejora de aquellos aspectos de la vida cotidiana, la cultura y la actividad política relacionados con la salud.

En España se concreta, entre otras cosas, en el desarrollo de la reforma de la atención primaria y en la Ley de Sanidad de 1986<sup>7</sup> y posteriores normativas y acuerdos.

Desde 1992, en el Área Sanitaria 1 del SERMAS de Madrid<sup>8</sup> se tiene establecida la estrategia de promoción de la salud con una línea activa de trabajo y participación comunitaria de acuerdo a las características propias de la Atención Primaria de Salud y de las normativas legales y directrices internacionales existentes en esta materia.

Esta línea surge en gran medida de las iniciativas y motivaciones existentes en profesionales de los Equipos de Atención Primaria en Salud (EAP) del Área, del compromiso e implicación de gran parte del movimiento asociativo y de los equipos directivos.

Se pretende hacer una breve presentación de la estrategia establecida en el Área con las principales líneas de actuación para posteriormente hacer su evaluación.

## La experiencia de la estrategia de PS en el Área 1 de Madrid

**Breve descripción del Área.** El mapa sanitario de la comunidad de Madrid esta sectorizado en 11 Áreas Sanitarias. El Área 1 engloba un territorio amplio del sureste de Madrid, incluyendo los distritos urbanos de Retiro, Puente y Villa Vallecas, Moratalaz y Vicálcaro de la capital, zonas del cinturón metropolitano del Este y zonas rurales de Perales, Campo Real y Villarejo. Existen 29 zonas básicas de salud con 30 Centros de salud, y 17 consultorios locales. Cuenta con 31 EAP, 13 Unidades de fisioterapia, 18 matronas y 15 de Trabajo social, 11 Unidades de Salud bucodental, 6

6. Yakarta: La promoción de salud hacia el siglo XXI. Rev. De Administración Sanitaria Vol. II. Número 5. Enero /marzo 1998.

7. Ministerio de Sanidad y Consumo: Ley General de Sanidad. Ed Centro Publicaciones. Madrid 1995.

8. Insalud: Estrategia de promoción de salud en el área 1 del Insalud de Madrid. Edita Insalud. Área 1 Atención Primaria. 2000.

de Salud Mental, 3 Servicios de urgencia de Atención Primaria, 5 Puntos de Atención Continuada y 1 Equipo de Soporte de Atención Domiciliaria.

Los recursos humanos ascendían a finales del 2006 a 1359 profesionales, de ellos 504 facultativos, 498 personal sanitario no facultativo y 322 personal no sanitario. El Equipo directivo y Administración está compuesto por 35 personas.

Cuadro I. Líneas de acción de la estrategia de Salud para todos

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Desarrollo de políticas saludables desde el sector público.</li> <li>- Refuerzo de la acción comunitaria.</li> <li>- Desarrollo de habilidades personales y sociales a través de la EpS</li> <li>- Creación de entornos que contribuyan a la salud.</li> <li>- Reorientación de los servicios sanitarios.</li> </ul>	OMS
---	-----

Según el Censo de Población de 2006 tenemos una población de 729.101 habitantes, 14,67% menores de 14 años y 16,70% mayores de 65 años, representando el 12,44% de la población de la comunidad de Madrid.

Lo más relevante sobre la evolución y tendencia en los últimos años es el incremento poblacional, la incorporación de la inmigración (alrededor del 15% del total) que enlentece el envejecimiento progresivo existente y aumenta las tasas de la natalidad y fecundidad. La distribución de los mismos es heterogénea en los diversos distritos sanitarios.

Es una población con niveles socioculturales y económicos medio-bajos.

### Líneas prioritarias de actuación.

La estrategia de promoción de salud se ha centrado principalmente, de acuerdo con sus competencias, en reorientar los servicios sanitarios, desarrollar habilidades personales y en reforzar la acción comunitaria. (Cuadro II Estrategia de Promoción de salud del Área 1)

Cuadro II. Estrategia de Promoción de Salud del Área 1

Líneas priorizadas	
1.	<p><u>Reorientar los servicios sanitarios.</u>                      Establecer una red profesional motivada, formada en EpS.                      Adecuar la estructura de gestión del Área.                      Extensión de red de Centros de Salud con orientación promotora                      Instrumentos de coordinación sociosanitaria</p>
2.	<p><u>Desarrollo de habilidades personales mediante la EpS</u>                      EpS individual                      EpS grupal en patologías crónicas, estilos de vida y etapas vulnerables                      EpS comunitaria</p>

3. **Reforzar la participación comunitaria y contribuir a la creación de un contexto comunitario en salud.**

Contactos sistemáticos  
 Grupos de trabajo  
 Escuelas Comunitarias de Promoción de la Salud  
 Red de Consejos de Salud

**Reorientar los servicios sanitarios**

Se planteó el implantar el nuevo modelo de Atención Primaria diseñado y aprobado en el marco legislativo Estatal,<sup>9</sup> con equipo multiprofesional en el que se llevara a cabo un enfoque promotor de salud y de atención integral. Esto se concretó en nuestra Área con las siguientes peculiaridades:

**Establecer una red profesional motivada, formada en Educación para la Salud y en trabajo comunitario a través de**

- Grupo de Promoción de Salud. Desde 1993 se forma el grupo de unas 30 personas como elemento dinamizador y de presión interna para la formación y capacitación profesional en EpS y PS, formado voluntariamente por profesionales motivados de los equipos que se reúne periódicamente para informarnos de lo que hacemos, analizar temas de promoción de salud y plantear líneas de trabajo.

- Constitución de un grupo interdisciplinario de formadores en educación para la salud, formado por 14 profesionales de la medicina, enfermería y fisioterapia y trabajo social del Área. El grupo mantiene una actividad constante y creativa y negocia anualmente los objetivos a cumplir y actividades a desarrollar. Sigue un proceso intenso y continuado de capacitación tanto sobre los contenidos de la EpS como de formadores y de rol de educadores según los enfoques de la pedagogía activa y del aprendizaje significativo<sup>10</sup>.

- Desarrollo de un programa de formación continuada en metodología de EpS tanto individual como grupal y de intervención comunitaria para todos los EAP incorporado en la oferta docente del área. Se considera que la formación en educación para la salud debe ser una estrategia motivadora para su desarrollo.

*El programa consta de las siguientes actividades:*

- Curso de primer nivel en Metodología Básica en EpS grupal de 20 horas de duración con los objetivos de comprender y analizar distintas concepciones de la Educación para la salud (EpS) y Promoción de Salud (PS); conocer las bases de la educación de adultos y la metodología de la programación en EpS/PS, desarrollar

9. Real Decreto 137/84 Estructuras básicas de salud.

10. Pérez Jarauta, MJ y Echauri, M: En la madurez... Guía para promover la salud de las mujeres. Edita Gobierno de Navarra, 1996.  
 Pérez Jarauta, MJ y Echauri, M: Estilos de vida. Promoción de Salud. Acciones Colectivas y Comunitarias. Edita Gobierno de Navarra, 2001.  
 Pérez Jarauta, M<sup>a</sup>J, Echauri, M: Introducción. Educar en salud. Gobierno Navarra.1998.

capacidades para utilizar técnicas educativas y del rol del educador.

Impartido en todos los Centros de salud (31 EAP) desde 1998. Incentivado. Coordinado por dos profesores. Se han realizado alrededor de 45 cursos hasta 2006 en los que participan alrededor de 1000 profesionales (de medicina, enfermería, trabajo social, fisioterapeutas, higienistas, matronas, personal auxiliar y administrativo) en grupo de 22 personas como máximo. Se alcanzó una cobertura cercana al 80% de los profesionales.

- Curso de nivel avanzado de 30 horas sobre Contenidos Psicosociales con el objetivo de profundizar y adquirir habilidades sobre dichos contenidos y ampliar la capacitación del rol del educador para todos los profesionales motivados e interesados en ampliar sus actividades educativas.
- Además de esta formación se llevan a cabo curso de formación para temas específicos como Deshabitación del tabaco, Asma, Comunicación, Intervención comunitaria, Escuelas Comunitarias de promoción de salud.
- Asesoramiento para el diseño y realización de los talleres con grupos de población y la puesta en funcionamiento de un Sistema de Acreditación de proyectos educativos con la elaboración de una guía con sus criterios de calidad.
- Elaboración por los profesionales del Área y edición de seis Guías de educación para salud con grupos con sus materiales didácticos (Cuadro III) Así mismo, se facilita la información para conseguir el material que publican otras Instituciones.

#### Cuadro III. Guías de Educación para la Salud

- |  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Proyecto de EpS a personas con Diabetes Mellitus.</li> <li>- Proyecto de EpS en pacientes hipertensos.</li> <li>- Proyecto de EpS dirigido a personas con Poliartrrosis.</li> <li>- Guía de cuidadores: "aprender a cuidarse para cuidar mejor".</li> <li>- Proyecto educativo para trabajar con mujeres en la madurez.</li> <li>- Guía de promoción de salud. Para trabajar con Agentes de salud comunitaria.</li> </ul> |
|--|

Nota: Editadas por Gerencia Área 1 Sermas Madrid

#### Adecuar la estructura de gestión del Área

Se establecieron líneas directivas sobre Eps y actividad comunitaria, su incorporación en la cartera de servicios y sistema de incentivación. Se creó la unidad de Eps y de "Programas comunitarios" en el equipo directivo con responsable, sistema de información, registro, fondos documentales y apoyo al Grupo de Promoción de Salud. Se constituyó una red de responsables de EpS en los EAP.

#### Extensión y consolidación de una red de Centros de Salud

Con servicios y actividades de promoción de salud como programas de atención integral al niño, salud escolar, al mayor de riesgo y educación para la salud; con grupos, unidades de apoyo en fisioterapia, matronas, trabajo social y atención odontoestomatológica, la dotación de salas de uso múltiple y comunitario y puesta en marcha de Consejos de Salud.

### **Favorecer la creación de instrumentos de coordinación sociosanitaria**

Como las comisiones de Coordinación socio-sanitarias (CSS) dentro del programa de atención al mayor de riesgo social, las mesas de salud escolar dentro del programa de salud escolar y atención al niño, la comisión general de coordinación del proyecto de infancia del distrito de Puente de Vallecas y la mesa de coordinación sobre drogodependencias.

### **Desarrollo de habilidades personales mediante la educación para la salud tanto individual como la grupal y comunitaria**

La Organización Mundial de la Salud (OMS)<sup>11</sup> definió en 1983 la educación para la salud como cualquier combinación de actividades informativas y educativas que lleva a una situación en la que la gente desee vivir sana, sepa como alcanzar la salud, haga lo que pueda individual y colectivamente para mantenerse en salud y busque ayuda cuando la necesite. La considera como “Una estrategia fundamental para lograr las metas de salud”.

El propósito es contribuir a construir la capacidad de las personas para que participen activamente en definir sus necesidades y negociar e implantar sus propuestas para el logro de metas de salud. Como fin, el objetivo consiste en proporcionar a la población los conocimientos, habilidades y destrezas necesarias para la promoción y protección, de su salud individual, la de su familia y la de su comunidad”. La EpS ha obtenido buenos resultados en promoción y prevención de salud y se configura como una de las principales estrategias para conseguir el autocuidado de las personas y la competencia personal y social<sup>12</sup>. La EpS mediante el *aprendizaje significativo* permite que la persona aprenda desde sus vivencias y conocimientos previos. Observando la realidad desarrolla sus capacidades, la reinterpreta pudiendo tomar una actitud transformadora<sup>13</sup>.

El modelo de educación para la salud priorizado dentro de los diferentes en juego en el mundo de la salud pública, ha sido el que propicie el desarrollo de habilidades personales y sociales para efectuar cambios en las condiciones que permitan alcanzar mejores niveles de salud y de autonomía<sup>14</sup>.

Asimismo se señala a la Atención Primaria de la Salud como un espacio privilegiado de la educación sanitaria, y por ello se asignan a los profesionales socio sanitarios roles, funciones y tareas que incluyen la EpS como instrumento, tanto de la promoción de salud y la prevención de la enfermedad, como de su cura y rehabilitación.

El trabajo grupal se ha dirigido fundamentalmente a abordar los estilos de vida, las etapas vulnerables, las patologías crónicas y de dinamización social (Cuadro IV Tipologías de Educación para la salud).

11. OMS: Promoción de la salud: documento informativo sobre conceptos y principios. Copenhague; OMS, 1984

12. Serrano González. M<sup>a</sup>. Isabel.: «Educación para la Salud y Participación Comunitaria». Libro. Díaz de Santos. Madrid, 1990.

13. Tones, BK: Educación para la salud, ¿prevención o subversión? En *Quadern Caps: Tendencias actuales en educación sanitaria* nº 8, 1987: 27-38.

14. Freire, P. La educación como practica de la libertad. Ed. Siglo XXI. Buenos Aires 1973. Green, L. Y Simons-Morton, B.G.: Educación para la salud. Ed. Iberoamericana. México, 1988. *Insalud : Recomendaciones metodológicas básicas para elaborar un proyecto educativo*. Madrid 1999.

#### Cuadro IV. Tipologías de Educación para la Salud

1.	<b>Estilos de vida:</b> Trabaja sobre cambios de comportamiento en salud pero teniendo en cuenta las condiciones de vida que los condicionan.
2.	<b>Etapas vulnerables:</b> Trabaja sobre los procesos de cambio y remodelación personal en las diversas etapas de la vida que suponen crisis psicosociales.
3.	<b>Patologías crónicas:</b> Se centran en trabajar el autocuidado y el control de la enfermedad, el uso racional de recursos y la aceptación y socialización del rol del enfermo en su contexto personal, familiar y social.
4.	<b>Dinamización social y desarrollo comunitario en salud:</b> Pretende contribuir a fortalecer la conciencia social y favorecer la capacitación sobre el proceso de salud/ enfermedad, los sistemas de atención a la salud y los mecanismos de participación comunitaria en salud.

Desde 1996 hasta la actualidad se calcula que aproximadamente 35.000 habitantes del Área han participado en algún tipo de taller sin contar las intervenciones en los centros educativos. Esto supone no más de 5% de la población del Área; lo que nos hace difícil extraer todavía pruebas de resultados contundentes. En líneas generales existe una amplia aceptación de este instrumento de promoción de salud entre los asistentes a los talleres.

**Reforzar la acción comunitaria y contribuir a la creación de un contexto comunitario<sup>15</sup>** en salud que facilite una mayor responsabilidad y participación de los individuos, familia y comunidad en el cuidado de su salud y en la utilización y gestión de los servicios sanitarios públicos<sup>16</sup>.

La ciudadanía necesita recibir información sobre la forma de mantener, proteger y promover la salud. Así, el suministro de información, que capacita para adoptar decisiones, debe considerarse componente indispensable de la estrategia de salud. La información, la comunicación y la educación sanitaria se colocan por tanto en el centro mismo del proceso.

El contexto se planteaba como una red amplia y diversa de instrumentos de acción social en salud a propiciar, tanto desde la Dirección del Área 1, como de cada Centro de Salud en la medida de sus posibilidades.

Se desarrollaron contactos sistemáticos con la red de movimientos sociales (Cuadro V sobre Movimientos sociales) para:

15. Turabian, JL; Pérez Franco, B: Actividades comunitarias en Medicina Familias y Atención Primaria. Madrid. Ed Díaz de Santos, 2001.

16. Ramos, E., Sánchez, A., y Maset, P.: «Paradojas y posibilidades de la participación comunitaria en la Atención Primaria de Salud. I: «Problemas históricos». II Alternativas, críticas y emancipatorias. Atención Primaria. Vol. 9, nº 6 y 7. Pág. 398 - 400 y 334 - 336. 1992. Ramos, E., Sánchez, A., y Maset, P: Participación comunitaria en salud. En Enfermería Comunitaria de Sánchez Moreno, A. y col: Cap. 5 edit. McGraw-Hill-Interamericana. Madrid 2000.

### Cuadro V. Movimientos Sociales

- |   |   |
|---|---|
| - | Coordinadora de Sanidad y la Infantojuvenil de Vallecas.  |
| - | Asociaciones de vecinos de los todos las zonas básicas.   |
| - | Federación Regional de Asociaciones de vecinos  |
| - | Asociaciones de mujeres y de personas mayores.  |
| - | Plataforma en defensa y mejora de la sanidad pública.   |
| - | Plataforma contra la droga.   |
| - | Madres contra la droga y otras ONGs específicas.  |
| - | Asociaciones de padres y madres de colegios públicos e institutos.  |
| - | Escuelas de adultos y Centros escolares.  |
| - | Voluntariado de las Parroquias y organizaciones no gubernamentales como Caritas, Asociación Barró, Ecoe...  |
| - | Asociaciones de ayuda mutua: afectados del síndrome del aceite tóxico, alcohólicos anónimos, familiares de enfermos de salud mental, de la enfermedad de Alzheimer, enfermos renales... |
| - | Medios de comunicación locales: TeleK, Radio Vallecas, Radio Paloma...  |
| - | Grupos políticos  |

- Informar a los grupos organizados de los distintos movimientos sociales sobre diversos temas de salud como drogadicción, medioambiente y salud, enfermedades infecciosas y la puesta en marcha de Centros de Salud, Equipos de Atención Primaria y de los servicios y programas que ofrecen.

Este proceso se ha llevado a cabo mediante reuniones con grupos; conferencias y charlas; participación en mesas redondas, jornadas, programas de radio y televisión locales; edición y distribución de folletos o carta informativas; elaboración de carteles...

- Proporcionar formación sobre temas de salud y de los servicios sanitarios, mediante talleres o escuelas de salud de unas 18 horas de duración sobre diversos problemas de salud, autocuidado y servicios sanitarios públicos.
- Analizar problemas y propuesta de intervención conjuntas sobre temas concretos como salud bucodental, programa de salud escolar, infravivienda y salud, medio ambiente y salud, diagnóstico de salud de barrio, drogodependencias, programa de atención a personas mayores dependientes, asentamientos marginales, programa (IMI) Ingreso Madrileño de Integración, programas de desarrollo comunitario como Plan 18000 de Vallecas y el de Moratalaz, puesta en marcha y seguimiento de Centros de Salud y constitución de Consejos de Salud. Se realizaron mediante la constitución de grupos de trabajo con un objetivo concreto por tiempo limitado y para ciertos temas.

### Desarrollo de una red de 12 Consejos de Salud en el Área 1

#### Composición de los consejos de salud

El gran número de consejos existentes en el Área amplía la gama de instituciones y colectivos participantes en los mismos, si bien en el ámbito general acuden:

- Un representante de la Dirección Gerencia de Atención Primaria.

- Representantes de los EAPs incluidos en el Consejo.
- Representantes de los municipios. En los municipios rurales su asistencia es más constante no así en el Ayuntamiento de Madrid que delegaron su asistencia en los profesionales de los servicios sociales y de los centros municipales de salud.
- Representación ciudadana. En cada consejo acude una representación muy variada de colectivos y organizaciones sociales con implicación en cada una de las zonas, entre las que se pueden relacionar:
  - asociaciones de vecinos
  - asociaciones de madres y padres
  - colectivos de parroquias
  - grupos de mujeres
  - grupos de jóvenes
  - asociaciones de viudas
  - grupos de autoayuda
  - grupos de familiares de enfermos
  - grupos políticos
  - representantes de gitanos
  - farmacéuticos de la zona
  - medios de comunicación locales

Por lo general hay un promedio de 4 a 6 colectivos por Consejo.

### **Funcionamiento y periodicidad**

Todos los consejos se han basado para su puesta en marcha y orientación sobre su funcionamiento en la normativa de la Comunidad de Madrid.<sup>17</sup>

Las reuniones suelen tener una periodicidad mensual o bimensual con un promedio de 6-8 consejos al año. Existe un orden del día fijado en la reunión anterior del consejo. Se elaboran actas.

Las reuniones suelen ser moderados por un representante de los EAPs o uno de los miembros de los colectivos sociales.

Suele existir un reglamento del funcionamiento del consejo, aprobado por los participantes. Los acuerdos se toman por consenso, evitando se realicen votaciones.

Otra característica es su carácter abierto a la constante incorporación de nuevos grupos y/o personas con implicación en los barrios. Se realiza captación activa. En ocasiones se constituyen grupos de trabajo para temas específicos.

### **Temas tratados**

Han sido muy diversos y heterogéneos:

- Información y análisis sobre temas de la salud y de los servicios sanitarios y socia-

---

17. Orden 1254/1994 del 27 Diciembre, por la que se regula la constitución y funcionamiento de los Consejos de salud de Zona en el ámbito de la Comunidad de Madrid publicada en el BOCM nº 10 del 12/1/95.

les. Memorias y objetivos anuales, nombramientos de responsables y estudio de reclamaciones y sugerencias.

- Evaluación de necesidades, problemas de salud y de los servicios sanitarios.
- Análisis sobre políticas sanitarias.
- Análisis y propuestas de intervención sobre diversas problemáticas de salud de las zonas, unas veces a propuesta de los colectivos sociales y otras de los profesionales sanitarios.
- Programación conjunta de actividades de Educación para la salud. Puesta en común de las actividades realizadas tanto por los EAPs como por los movimientos sociales.
- Información sobre el funcionamiento y líneas de trabajo de los movimientos sociales miembros del consejo: estudio y análisis de sus necesidades y demandas.

### **Evaluación**

Existen diferencias importantes de perspectiva y énfasis con respecto a aquello que representa el 'éxito' de un programa de promoción de la salud para los responsables de elaborar las políticas y los gestores de los presupuestos, los profesionales de la promoción de la salud, la población que se beneficia de los programas y los investigadores académicos. Estas perspectivas son bastante diferentes, sin ser mutuamente excluyentes. Cada una de ellas tiene por objeto modificar los determinantes de la salud y lograr una mejora de la salud, pero presentan diferencias marcadas en cuanto al énfasis que ponen en el proceso mediante el cual alcanzan sus resultados y en cuanto a la importancia que atribuyen al coste y a la factibilidad de la implantación.

En primer lugar un aspecto interesante y enriquecedor de todo este proceso ha sido el que la estrategia ha supuesto un compromiso por parte miembros de la comunidad, del sector profesional y de las diversas Instituciones y administraciones con heterogéneo nivel de motivación, compromiso, conocimiento, organización y ritmos.

### **Comunidad**

En este proceso ha existido una dinámica que ha propiciado la participación de personas individuales y líderes sociales, algo que valoramos como positivo, pero nos referimos prioritariamente al papel de los movimientos sociales organizados como instrumentos claves para el desarrollo comunitario en salud.

Todos los movimientos sociales han tenido su dinámica propia y de autonomía con respecto a su inserción y colaboración en la estrategia, pero con una heterogeneidad en su nivel de compromiso y de actividades realizadas en la acción comunitaria en salud.

La coordinación con el sector profesional y/o institucional ha sido diversa y heterogénea. En ocasiones las relaciones han sido más de reivindicación y confrontación, pero combinado con momentos de esfuerzos aunados y amplia colaboración para el abordaje de algunos problemas específicos o para fortalecer la capacitación. También la duración en el tiempo ha oscilado entre contactos puntuales hasta procesos de coordinación estructurados dentro de programas de intervención, programa de la infancia o del mayor y órganos de participación, como los Consejos de Salud Profesionales.

Dentro de los profesionales podemos diferenciar aquellos más motivados y sensibilizados con la estrategia, los que se han visto involucrados por su rol, su puesto de trabajo o por las directrices institucionales; y de aquellos que han puesto resistencias. Profesionales motivados han existido en todos los sectores, principalmente en el sector sanitario pero también en los servicios sociales y en el sector educativo. El sector más motivado ha sido minoritario pero muy dinámico, creativo y voluntarioso. Ha tenido que hacer un esfuerzo importante en su capacitación a través de la práctica en muchas ocasiones con dedicación horaria extra y escaso apoyo y reconocimiento por el resto de los compañeros o la propia institución. Ha trabajado por un lado muy cerca, abierto y flexible a las dinámicas que los propios movimientos sociales tenían y a los temas que les preocupaba, y por otro lado presionando a la institución respectiva y sensibilizando a los profesionales para que se comprometieran con la estrategia. En ocasiones las relaciones con los movimientos sociales han tenido sus dificultades, incomprensiones y discrepancias.

Del sector salud han participado en ese grupo médicas/os, enfermeras/os, trabajadores sociales, matronas, fisioterapeutas, personal auxiliar y administrativo. Instituciones y administraciones.

Nos referimos al papel más institucional que deben asumir en el proceso de implantación y desarrollo de la estrategia, y que se puede concretar en el diferente grado de compromiso en las líneas políticas y/o de gestión concreta de las Administraciones Públicas y de las Instituciones.

Las Administraciones e Instituciones que de alguna forma han estado implicadas han sido la Central, Autonómica y Municipal. Su papel ha sido muy heterogéneo. En general han ido a remolque de la necesidad o de la presión y no ha sido el partícipe más dinamizador. Su papel ha oscilado entre obstaculizar el proceso, dejar hacer, poner su sello hasta impulsarlo de una forma estructurada facilitando formación y recursos. Su compromiso activo ha sido mayor cuando se han dado circunstancias positivas por la existencia de políticas más favorables o de políticos y gestores que han apoyado y hasta impulsado la estrategia promotora de salud.

Las Instituciones más comprometidas han sido la Gerencia de Atención Primaria y Centros de Salud del SERMAS y los Servicios Sociales Municipales.

En segundo lugar, teniendo en cuenta los “criterios de calidad”<sup>218</sup> por donde se debería plantear el trabajo comunitario (Cuadro VI Criterios de calidad) planteamos las siguientes reflexiones:

Cuadro VI. Criterios de calidad de la Participación Comunitaria

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Información sobre problemas de salud y servicios sanitarios.</li> <li>- Evaluación de necesidades, problemas de salud y de los servicios sanitarios</li> <li>- Movilización de recursos y realización de tareas.</li> <li>- Intervención en la toma de decisiones.</li> <li>- Autonomía.</li> <li>- Colaboración en la organización de la comunidad.</li> </ul>
--

- *Información sobre problemas de salud y servicios sanitarios:* Elemento imprescindible para poder participar y tomar conciencia. Ha sido amplia, variada y diversa, pero heterogénea en calidad y con problemas de accesibilidad y transparencia. Los aportes han sido bidireccionales entre los diversos actores. Han existido resistencias y temores a dar información pública por parte de ciertos sectores directivos y servicios. En general en los servicios sanitarios el nivel primario ha sido más cercano que el secundario (Hospitales y Centros especializados). Con la información se ha facilitado el conocimiento mutuo entre los movimientos sociales, profesionales de los centros y gestores de las Instituciones.
- *Evaluación de necesidades, problemas de salud y de los servicios sanitarios:* Amplia variedad de temas. Iniciativas desde los distintos actores, sociales y técnicos, para estudio de necesidades, propuestas de programación de servicios, participación en programas de calidad y encuestas de satisfacción<sup>19</sup>. Se dieron liderazgos compartidos y complementarios. Se constituyeron grupos específicos de trabajo para debatir y analizar temas. Se introdujeron líneas de promoción de salud como mejora medioambientales, vivienda, prevención de factores de riesgo, educación para la salud con grupos de población y agentes de salud. Por último se mejoró la accesibilidad a los servicios y la calidad de algunas prestaciones.
- *Movilización de recursos y realización de tareas:* La comunidad movilizó recursos para temas de intervención en salud como personas, locales, medios de comunicación, investigaciones, estudios y programas de salud como salud escolar, mujer, mayores, salud mental. También presionó y colaboró en la obtención y mejora de ciertos recursos socio sanitarios para el barrio como terrenos, centros de salud, personal para los EAP, programas de salud bucodental, unidades de apoyo en fisioterapeutas y trabajadores sociales. Participó en tareas informativas, de planificación comunitaria, actividades en los programas, evaluaciones, voluntariado, capacitación, puesta en marcha de Centros y coordinación sociosanitaria. La dirección y los profesionales aprendieron a ser receptivos, más flexibles e integrales, colaborar en la realización de tareas comunitarias y a promover la cultura y metodología de la coordinación intersectorial entre los distintos servicios públicos.
- *Intervención en la toma de decisiones:* Por norma la toma de decisiones en las Instituciones Sanitarias y Sociales son verticales y poco participativas. Los Consejos de salud son órganos consultivos, no directivos. En general ha dominado el estar informado, ampliándose a ser consultado y en raras ocasiones se negoció y se participó directamente en la toma de decisiones. El poder directivo y profesional ha sido muy receloso en compartir decisiones. Aunque no se llegó a tener capacidad de veto ante temas muy concretos se cambiaron decisiones tomadas por los

18. Pacap: Programa de actividades comunitarias en atención Primaria de la semFYC. 1997. Rifkin, S.F.: "Primary health care: on measuring participation. *Social Science and Medicine*, 26 (9):931-40 (1988). Rifkin, S.B., Y SHRESTHA.: Towards the measurement of community participation. *World Health Forum*. Vol. 10, nº 3/4 (1989) 467-472. Agudelo, Carlos.: «Participación Comunitaria en Salud: Conceptos y criterios de valoración». *Boletín Oficial Sanit. Panam.* 95 (3). 1983.

19. Saturno Hernández, PJ: Los métodos de participación del usuario en la evaluación y mejora de la calidad de los servicios sanitarios. *Rev.Esp.Salud Pública* vol nº 69, Págs. 163-175. Madrid. 1995.

equipos directivos. Existe un proceso de mayor exigencia por parte del sector social y profesional para participar en la toma de decisiones.

- *Autonomía:* Nivel medio-alto de independencia y autonomía aunque persisten rasgos de paternalismo por parte de los profesionales y los equipos de gestión y en ocasiones también de control. Por parte de los ciudadanos en ocasiones partidismo y cansancio con falta de iniciativa. Se aumentó el conocimiento y la sensibilización sobre la sanidad pública y el uso adecuado de los servicios.
- *Colaboración en la organización de la comunidad:* Se fortalecieron movimientos o al menos se mantuvieron, se aumentó la capacitación de los agentes de salud y se creó contexto comunitario en salud. Se promovieron procesos de coordinación social y se participó en planes de desarrollo comunitario.

Por último las dificultades más significativas han sido las siguientes:

- *En el ámbito político:* El modelo democrático de representación y delegación, las políticas neoliberales vigentes con el deterioro de lo público y procesos privatizadores, el poder e intereses de sus partícipes con sus protagonismos partidarios, el escaso peso real a la estrategia de promoción de salud y de la participación comunitaria. Por último los vaivenes políticos y el contexto cambiante en las líneas prioritarias y en las personas.
- *En el ámbito institucional:* La omnipotencia de las grandes instituciones, el protagonismo hegemónico y el desequilibrio en los aportes institucionales distorsionan la intersectorialidad y la coordinación. La excesiva centralización y jerarquización de la estructura institucional unido a la prioridad de programas verticales y institucionales propician demasiados obstáculos. El modelo de cartera de servicios con muy limitados espacios para la actividad comunitaria.  
El modelo de gestión del SERMAS está muy jerarquizado, centralizado y actualmente enfocado fundamentalmente al control de la actividad y del gasto.  
El entender que la participación en temas de salud y de servicios sanitarios es más de tipo informativo o consulta que de negociación o de toma de decisiones. Resistencias a una participación más activa y con capacidad para modificar decisiones por temor a perder poder.
- *En el ámbito técnico - profesional:* La hegemonía del modelo biomédico con escaso desarrollo del enfoque biopsicosocial. Las sobrecargas de trabajo, la masificación de los servicios de atención directa y la rigidez de los modelos organizativos. Las escasas experiencias de coordinación e intervención comunitaria y la deficiente formación en dinámicas grupales, EpS y promoción de la salud, de participación comunitaria y de coordinación propician la improvisación y el voluntarismo.  
El cambio frecuente de personas con motivación y formación heterogénea, la fragilidad cuando depende de la voluntad de las mismas y la discontinuidad en la asistencia y en la tarea retardan el proceso. La escasa multidisciplinariedad de los equipos y la compartimentación y desigualdad de roles profesionales y de distribución de tareas en los miembros del Equipo.

- *En el ámbito social:* El limitado nivel de capacitación en temas de salud, de los servicios sanitarios y de la participación. Los objetivos e intereses latentes contrapuestos, como lograr un lenguaje común, poder explicitar y resolver los conflictos latentes y la necesidad de la toma de decisiones por consenso son retos para un proceso de desarrollo comunitario. Por otro lado el responder más a demandas individuales que a necesidades sociales, la disparidad en la organización y funcionamiento de los movimientos sociales, los problemas de la representatividad y el proceso de desmovilización social. Por último la confusión entre el deseo y la ilusión de tener poder y capacidad para tomar decisiones en órganos que son de carácter consultivo y asesor. Existe un cierto desengaño sobre la utilidad y eficacia de los consejos.

## Conclusiones

- 1) Existe evidencia científica suficiente para afirmar que la estrategia contribuye al mejoramiento de la salud, la prevención de enfermedades, la autonomía y la participación comunitaria.
- 2) El proceso, a pesar de sus ciclos e incertidumbres, está resultando enriquecedor por su diversidad, creatividad, amplitud y variedad de participantes y su capacidad promotora de cambios.
- 3) Se ha conseguido fortalecer el contexto comunitario en salud con una red tupida y amplia de nudos interrelacionados que asume un compromiso de abogacía por la salud en nuestro territorio y que es clave para el desarrollo de la estrategia de promoción de salud.
- 4) La reorientación de los servicios sanitarios del nivel primario (APS) hacia un enfoque más promotor de la salud mediante mejoras estructurales y una política activa de formación en EpS ha permitido dotar a este escenario de una red de profesionales básicamente capacitados y sensibilizados en la promoción de la salud.
- 5) Una promoción de la salud eficaz conduce a cambios en los determinantes de la salud. La EpS es un instrumento necesario dentro de la estrategia de PS que incluya el resto de las dimensiones.
- 6) Ha supuesto un esfuerzo y dedicación importante de recursos, en especial de los humanos, de los niveles técnicos y sociales, profesionales de las instituciones y líderes sociales de las organizaciones sociales. El nivel político y gestor ha ido más a remolque y ha mostrado más resistencias.
- 7) Existe escaso desarrollo y formación en la metodología apropiada de intervención comunitaria, coordinación intersectorial y participación que las facilite y optimice.

- 8) La participación comunitaria con capacidad para tomar decisiones o influir en ellas ha quedado muy limitada por las líneas políticas.
- 9) La responsabilidad de la estrategia se debe compartir entre el nivel político, el técnico y el social, si bien a mayor poder y capacidad de tomar decisiones, mayor compromiso y exigencia en el proceso. Desgraciadamente las tres instancias no han ido armónicas ni han tenido los mismos objetivos explícitos o implícitos en los distintos momentos del período.
- 10) En la promoción de la salud del siglo XXI son necesarias nuevas respuestas, y se ha de estar firmemente comprometido con la responsabilidad social, conscientes de los nuevos determinantes, cambios, nuevos valores y amenazas de la salud. El desafío para los años venideros estará en reorientar los servicios sanitarios y también en abrir el potencial inherente en muchos sectores de la sociedad dado que sin su participación es imposible afrontar los principales problemas actuales de salud y en conocer los condicionantes que la EpS tiene planteados.



# Experiencia local innovadora en salud en Guatemala Fundación Esfuerzo y Prosperidad FUNDAESPRO



## **Giovanni Salazar Moreno**

Médico por la Facultad de Medicina de la Universidad de San Carlos de Guatemala, Maestría en Salud Pública por la Universidad Autónoma de Madrid, Médico de Salud Comunitaria en distintas comunidades en Guatemala y con distintas organizaciones internacionales y nacionales, Investigador principal del Rescate de Experiencias Locales Innovadoras en Salud para Guatemala, Miembro de la Red Latinoamericana por la Salud de los Pueblos, Coordinador del Área de Promoción y Educación para la Salud de la Maestría en Salud Pública de la Facultad de Medicina de la Universidad de San Carlos de Guatemala

Con la colaboración de: Norma Salanic Argueta y María Eugenia Escalante



## Contexto nacional

Guatemala tiene una extensión territorial de 108,889 kms<sup>2</sup>. Limita al norte y oeste con México; al sur con el Océano Pacífico; y al este con el Océano Atlántico, Belice, Honduras y El Salvador. Es un país diverso económica, social, cultural, política y religiosamente. Los departamentos se dividen en municipios (22) y éstos en aldeas y caseríos. Actualmente hay 22 departamentos y 332 municipios.

Según el censo de 2002, la población rural es de 6,052,361 y la urbana 5,184,835. La densidad poblacional de 103 hab. por km<sup>2</sup>. La femenina es de 5,740,357 y masculina 5,496,839. El 70% del campesinado indígena es pobre. La PEA es de 3.5 millones<sup>1</sup>, de la cual la agricultura usa el 42.1% y una participación femenina del 29% y una masculina del 71%. El 57% de habitantes dependen de la agricultura y viven en pobreza, carentes de salud y educación y ahora víctimas de la delincuencia común. La extrema pobreza afecta al 21.5% de la población total.

## Viejos problemas de un país rico-pobre

Algunos/as analistas se dejan impresionar por el supuesto “crecimiento económico”. Se habla de “una leve y lenta recuperación de su tasa de crecimiento<sup>2</sup>” cuya base central son las remesas (en el 2006 llegó a \$3, 609.8 millones en relación a los \$ 2,550.6 millones de 2004). Se habla de cambios estructurales de la economía, destacando que la banca, las telecomunicaciones, la construcción y explotación minera son “más dinámicas” que la agricultura e industria. Si bien es cierto estos factores provocaron cambios, no significa que la estructura económica deje de ser neoliberal. Estamos ante un modelo oligopólico sostenido por factores determinantes como la evasión fiscal, el lavado, el narcotráfico y actividades colaterales como minería y servicios.

El poder adquisitivo de las familias campesinas, indígenas y no indígenas, es insuficiente frente al costo de la canasta básica que en enero de 2007 llegó a Q 2, 741.38<sup>3</sup>. Esta realidad (sin ver qué pasa con las exportaciones, los mecanismos de redistribución implementados por el gobierno), afirma que los beneficios del “supuesto crecimiento económico” es para los monopolios y transnacionales (minería, petróleo, actividades “ocultas del colchón” evita-explosiones sociales).

El pasado 26 de diciembre de 2006 se conmemoró la firma de los Acuerdos de Paz. La pregunta es ¿de cuáles avances se goza cuando prevalecen los factores estructurales previos al conflicto armado? Grave y determinante es la cuestión agraria que excluye a familias campesinas y no mejora la tenencia y uso de la tierra. Los sectores económicos hegemónicos enfrentan a agentes emergentes y sus competidores. Pero mantienen este “modelo agrario” y nuevamente aceleran la reconcentración de la

1. Censo de 2002. Citado por Inforpress Centroamericana.

2. El Observador. Año II N° 6. Guatemala, junio 2007. Pág. 3.

3. Op. Cit. Pág. 5.

tierra para sus reacomodos internos. La propiedad privada es integrada al mercado de tierras sin importar el impacto social que provoque sobre las familias campesinas<sup>4</sup>.

El Estado no acepta las propuestas de organizaciones campesinas de establecer un sistema agrícola incluyente del uso y tenencia de la tierra con una función social<sup>5</sup>. Ni consideran a familias campesinas y pueblos indígenas y no indígenas su calidad de sujetos capaces de integrarse y reconstruir su desarrollo local.

Empresarios y gobierno no acatan los Acuerdos de Paz. Salvan sus capitales aliándose a empresas constructoras de hidroeléctricas, carreteras, explotadoras de minerales y petróleo o fabricantes de “biocombustibles”. No importa el impacto negativo que cauce éstas alianzas financieras sobre la sociedad ni la destrucción ambiental. Persisten viejos problemas sociales: desnutrición, particularmente infantil, falta de empleo urbano y rural, bajos ingresos y salarios justos de los/as trabajadores. La disponibilidad alimentaria y su suministro y el costo de la canasta básica es el doble del salario mínimo. El analfabetismo es más del 60% de la población y las mujeres tienen mayor porcentaje.

Guatemala es rico en recursos naturales, pero ese haber se deteriora (contaminación de aguas y aire, emisiones sonoras, desechos sólidos, mal uso de la tierra, espacios abiertos) socialmente, (crecimiento urbano desordenado y de la frontera agrícola).

Frente a estas circunstancias urgen medidas locales, estatales o municipales. Está ausente la legitimidad de los derechos de los pueblos al patrimonio cultural, medio ambiente y equilibrio ecológico, a la explotación de sus recursos naturales no renovables, la reforestación y aprovechamiento de aguas, lagos y ríos. Al contrario la población es víctima del sector comercial y de servicios, imponiéndoles precios y servicios determinados por el mercado. Es un Estado económicamente débil cuya recaudación fiscal no puede ocultar la evasión de impuestos y la corrupción.

## Nuevo escenario político

Después del forcejeo político de dos años y meses (2006 a 2007) dado en la Asamblea Legislativa, en los medios de comunicación, particularmente la prensa escrita, se aprobó la constitución de la Comisión Internacional Contra la Impunidad en Guatemala (CICIG). Las presiones de la Embajada Norteamericana y de sectores económicos hegemónicos se sintieron. Reconocieron que perdían el control del Es-

4. La agricultura de subsistencia representa el 96% ocupando el 20% de la tierra cultivable y el 70% de los bosques del país. Ahí se ubica la población indígena, con altos índices de analfabetismo que complementan sus ingresos, vendiendo su fuerza de trabajo migrando fuera de su país. Los recursos financieros son escasos para pequeños y medianos productores porque carecen de fácil acceso o no cumplen con las garantías de los bancos.

5. Sin atender las diferencias parciales, las propuestas de la Coordinadora Nacional de Organizaciones Campesinas, Plataforma Agraria y Coordinadora Nacional Indígena y Campesina, para iniciar cambios sustantivos en la estructura de tenencia de la tierra son inéditas. Pero se quedaron en el olvido. No se volvieron a retomar pues se agobiaron ante la premura electoral actual.

tado fallido dado que ninguna de las esferas de la legalidad existe. El creciente poder del narcotráfico y crimen organizado secuestra y controla espacios de la sociedad donde la ética quedó en el recuerdo del dogma religioso.

Ante este hecho existe la oportunidad para la sociedad hacer valer sus derechos (seguridad y humanos). A la reconstrucción de una tejido social. Quizás sin desaparecer el neoliberalismo pero llegar a una democracia burguesa que recupera el rumbo de la tolerancia y superación del miedo.

## Antecedentes de la Fundación

FUNDAESPRO es una organización de mujeres de base, que surge en el marco de una situación de pobreza y extrema pobreza en las áreas urbano marginales de la ciudad de Guatemala, en el año 1986.

Con el apoyo de varias organizaciones nacionales e internacionales, el grupo de mujeres constituyen la Fundación Esfuerzo y Prosperidad, y montan el Programa Integrado de Salud.

Basadas en el Programa Integrado de Salud y frente a las limitaciones estructurales de orden económico-social que afectan las áreas precarias urbanas (áreas urbanas marginales) inician un trabajo para lograr el acceso a medicamentos a esta población.

El trabajo se inicia en la comunidad de El Mezquital, que luego lograrán extender a 17 áreas urbanas marginales más.

Las mujeres desarrollan este trabajo de forma voluntaria, y con el tiempo logran diseñar un programa de capacitación para sus miembros con una duración de dos años y medio. Las mujeres que cumplen con el proceso de capacitación completo se convierten dentro de la organización en Representantes del Programa Integrado de Salud (REPROINSAS), nombre que llevan cada una de ellas con mucho orgullo.

El perfil de desempeño de una REPROINSA tiene que ver con un trabajo de prevención y promoción de la salud, manejo de medicamentos esenciales y atención de casos en su comunidad de base, con una disponibilidad permanente, ya que viven en la comunidad.

Como FUNDAESPRO, además del trabajo de las REPROINSAS, desarrollan otras acciones tales como; organización comunitaria de salud, acceso a medicamentos esenciales, apoyo a mujeres trabajadoras a través de guarderías infantiles, incidencia política a nivel municipal, coordinación interinstitucional, entre otras.

## La investigación Rescate de Experiencias Locales innovadoras en Salud

En el año 2000 FUNDAESPRO es una de las organizaciones que forman parte de esta investigación, haciéndose el análisis de la situación de la organización a la luz de los criterios de Participación, Equidad, Integralidad-intersectorialidad, Sostenibilidad, Relevancia y Calidad.

## Situación actual

Tomando en cuenta que Guatemala es un país «post-conflicto», lo que hace que el país se encuentre en la fase característica de países que han vivido conflictos armados de largo plazo, similares en la región a Nicaragua y El Salvador, y que se manifiesta en altos índices de violencia, polarización y diversos conflictos.

En el caso guatemalteco, las características y dimensión del conflicto que tuvo una duración de treinta y seis años, aún son difíciles de medir. Sin embargo se puede señalar con seguridad el alto costo en vidas humanas que este tuvo, un número importante de personas desaparecidas y la ausencia del papel del Estado de cara al apoyo a la población en todos los terrenos, con énfasis en los temas sociales.

Se ha documentado en Guatemala, que casos como el Ministerio de Salud Pública, se caracterizó por jugar un papel de persecución de la población, una población que en su mayoría estaba conformada por población indígena y de las áreas rurales del país. Esta situación estimuló una actitud de desconfianza y distanciamiento de la población hacia el Estado guatemalteco, que no ha sido fácil de superar.

Además, esta situación provocó un fenómeno de migración hacia la ciudad capital de grandes dimensiones, lo que provocó la formación de grupos poblacionales en distintos puntos de la ciudad, llamadas áreas urbanas marginales, que van a vivir en condiciones precarias a todo nivel.

FUNDAESPRO, luego de 21 años de trabajo esta vigente, mantiene su organización, ha crecido en número, tiene oficina propia, gestiona sus propios proyectos y no ha perdido el espíritu de ser una organización de base comunitaria conformada fundamentalmente por mujeres. Su cobertura actual es de 17 áreas urbanas marginales que incluye a aproximadamente 65 comunidades.

El trabajo actual de la Fundación se desarrolla en las siguientes actividades, las cuales giran alrededor de tres ejes: educación, salud, autogestión y proyectos sociales e infraestructura

- Educación: Alfabetización, actualmente tienen trece centros de alfabetización, en los que atienden población joven y adulta, a partir de los quince años de edad.
- Salud: Voluntariado en Salud, a través de las REPROINSAS realizan apoyo en salud en diez áreas urbanas marginales, existen aproximadamente trescientas voluntarias activas.
- Autogestión y proyectos sociales: Ventas de medicamentos, que tienen ubicadas en siete áreas urbanas marginales y donde los locales los han gestionado con las municipalidades que se los han concedido en usufructo (concesión por períodos de tiempo determinados, sin que tengan que hacer pagos por utilizarlos).
- Centros Infantiles, en los que atienden población infantil entre 0 a 6 años de edad, logrando al momento tener funcionando ocho centros.

- Infraestructura: Mejora de espacios y centros de la Fundación donde se prestan servicios a la comunidad.

Vigencia de los criterios de Participación, Equidad, Integralidad-intersectorialidad, Sostenibilidad, Relevancia y Calidad:

Al hacer una revisión de los criterios que se trabajaron en la investigación Rescate en el año dos mil, se puede hacer el siguiente análisis:

La participación sigue siendo un punto clave del que hacer de la Fundación, desde la estructura organizativa interna formada por un Consejo de Coordinación donde se discuten todos los asuntos de la Fundación, hasta la relación con las personas con las que se trabaja en las comunidades ubicadas en las áreas urbanas marginales.

La equidad en la puesta en práctica de las distintas actividades que se desarrollan en las comunidades, está siempre presente, para evitar actitudes de discriminación o racismo, tomando en cuenta con mucho énfasis el enfoque de género en todas sus acciones.

La integralidad-intersectorialidad se sigue poniendo en práctica, ya que la Fundación mantiene un enfoque integral de todas sus acciones y sigue relacionándose con distintas instituciones para el logro de sus objetivos.

La sostenibilidad se manifiesta principalmente en el trabajo que realizan con las ventas de medicamentos, las cuales funcionan con fondos revolventes, con lo que logran hacer compras a los laboratorios y pagar a una asistente que se encarga de la venta en cada lugar donde está funcionando.

La sostenibilidad en el caso del trabajo de salud es débil, ya que no cuentan con fondos para funcionar y dependen de la relación con los centros de salud del Ministerio de Salud Pública, quienes les brindan un apoyo mínimo.

La relevancia del trabajo de la Fundación queda manifiesta por ser un trabajo realizado por mujeres de base, de manera voluntaria, y atendiendo a una población de escasos recursos que no tienen acceso a los servicios básicos de educación, salud, etc. La calidad del trabajo que realizan las REPROINSAS se da en el marco de su formación, de su entrega al trabajo comunitario y a la mística de trabajo que se basa en el trabajo de más de veinte años.

## Reflexión final

Es clave como reflexión final, destacar que tomando en cuenta la historia del país, luego de salir de un conflicto de tan larga duración, las mujeres de esta Fundación, trabajando en condiciones altamente precarias, han desarrollado una experiencia de empoderamiento de su grupo. Este empoderamiento va más allá e incluye a las mismas comunidades en las que viven, cuando vemos que las miembras de la organización cuentan con el apoyo de la población.

Este grupo de mujeres, con todas las limitaciones que significa trabajar en áreas urbanas marginales, con pocos recursos, en un contexto donde ser mujeres les

significa una desventaja más, han desarrollado y lo siguen haciendo, un trabajo que las fortalece como grupo de mujeres en sus capacidades de gestión, incidencia y operativización de sus actividades en las áreas donde actúan.

Finalmente, manifestar que este trabajo lo hacen sin pretender sustituir el papel del Estado guatemalteco, con el cuál desarrollan un trabajo de gestión e incidencia, para lograr apoyos que les permita continuar con su labor al servicio de una población con poco acceso a los servicios.



# Desarrollo de competencias para brindar atención integral a la salud comunitaria

## **Gladys Faba Beaumont**

Socióloga, maestría en Sociología en la FLACSO (Facultad latinoamericana de Ciencias Sociales), estudios de doctorado en sociología en la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM); especializada en sistemas de información en salud, cargos de Dirección en Investigación y en Información para decisiones en Salud en el Ministerio de Salud. Actualmente consultora en el Instituto Nacional de Salud Pública a cargo del diseño de cursos de formación en Atención a la Salud basada en la Evidencia y de la elaboración de guías de promoción y prevención para mejorar la salud. Consultora de la Fundación Mexicana para la Salud, a cargo del desarrollo de un Sistema de Información para fomentar innovación tecnológica en salud (SSIETE Salud).





## Introducción

El factor humano representa la base fundamental para el funcionamiento de las organizaciones; de su desempeño se desprende la capacidad de una institución para utilizar sus recursos físicos y tecnológicos y para incrementar sus márgenes de competitividad.

Desde 1995 se incorpora a la literatura sobre el comportamiento de las organizaciones productivas el concepto de “organización basada en el conocimiento”, refiriéndose precisamente a la producción de bienes y servicios fundamentada en el conocimiento del personal acumulado gracias a la experiencia y al aprendizaje.<sup>1</sup> La gestión o gerencia de la información y del conocimiento constituye una disciplina emergente que tiene como objetivo generar, compartir y utilizar el conocimiento tácito (know how) y explícito (formal) existente en un determinado espacio para dar respuestas a las necesidades de los individuos y de las comunidades. La incorporación del conocimiento como un capital con valor productivo ha creado la necesidad de administrar las diversas modalidades de conocimiento organizacional y los aprendizajes, como mecanismos clave para el fortalecimiento de una organización.

Entre las dimensiones de la gestión o gerencia del conocimiento, están:

- a) el proceso de producción por medio de los aprendizajes organizacionales,
- b) el espacio (región, ciudad, unidad de trabajo) y
- c) las herramientas y tecnologías de gestión que guardan y documentan el conocimiento organizacional.<sup>2</sup>

Las agencias productoras de bienes y servicios que están en constante renovación o cambio, incorporan los procesos de capacitación como una herramienta para fortalecer la creación de una plataforma común de conocimiento la cual ayuda a abrir flujos de comunicación y fortalece la respuesta del personal a la demanda de sus consumidores o usuarios.

El conocimiento necesita de un contexto y un lenguaje compartido cuya función consiste en ser un medio para crear significados, que permiten a las personas entender y comprender el contexto de los otros, y de sí mismos actuando de acuerdo con dicho conocimiento. A su vez por la misma interacción se producen cambios y se crean nuevos contextos o espacios de conocimiento y aprendizaje. Por lo tanto, la clave para entender un contexto es conocer el lenguaje verbal y no verbal y los significados surgidos de esa interacción. En especial el conocimiento tácito que se encuentra en las personas, que es difícil de articular y codificar de alguna manera y que surge de los cambios que estas

---

1. Instituto Nacional de Salud Pública, México. Coordinación Académica del Programa de Formación de Médicos Generales y personal de Enfermería basada en Evidencia, 2005-2007. Martha Beatriz Peluffo A., Edith Catalán Contreras Introducción a la gestión del conocimiento y su aplicación al sector público, Ed CEPAL 2002.

2. Martha Beatriz Peluffo A., Edith Catalán Contreras Introducción a la gestión del conocimiento y su aplicación al sector público, Ed CEPAL 2002.

personas realizan a la forma de hacer las cosas, se evidencia en el desempeño y en la capacidad de dar respuestas eficientes ante nuevos problemas o desafíos<sup>3</sup>.

Este concepto se ha extendido al conocimiento que se va creando en los procesos mismos de trabajo (work process knowledge). Este tipo de conocimiento es una de las bases de los bienes intangibles y es la principal fuente de recursos de los sistemas de innovación, por lo tanto a mayor conocimiento tácito, mayor valor o competitividad tendrá una organización.

A este marco conceptual debemos agregar la importancia que adquiere en el campo de la atención médica y de la salud, la búsqueda, localización y utilización de información que contiene evidencia científica sobre intervenciones que muestran una relación positiva de costo efectividad. Esta información proviene de estudios que han hecho revisiones sistemáticas de resultados de investigación que apuntan a interrogantes clave en los procesos de atención. Si bien este tipo de estudios tuvo su origen en el desarrollo de ensayos clínicos controlados y aleatorizados, se han extendido al análisis de procesos y determinantes sociales que pueden brindar alternativas interesantes de mejora de intervenciones de atención a la salud.

El gran volumen de información disponible para mejorar la calidad de los procesos de atención a la salud exige el desarrollo de habilidades de búsqueda de la mejor evidencia para no sólo optimizar el proceso en sí mismo sino para incrementar el margen de seguridad de los usuarios y pacientes. El diseño de programas de formación y capacitación a profesionales de la salud por su parte exige un cambio en la concepción del objeto, de los procesos y de las herramientas de aprendizaje. Estos deben incorporar el desarrollo de habilidades para obtener, organizar y sistematizar no solo el conocimiento teórico y formal sino el proveniente de la revisión y reflexión crítica de su propia práctica.

Los programas de salud impulsados en el sistema de salud en México empiezan a incorporar cada vez más herramientas que ayuden al profesional de salud a utilizar este tipo de conocimiento. En este contexto es en el que se plantea el programa de “Desarrollo de competencias para brindar atención integral a la salud comunitaria”, como un proceso continuo de aprendizaje y acumulación de conocimiento incorporando una actitud reflexiva y crítica de los aspectos técnicos de la atención médica o de la salud y de elementos tan importantes como son, la gestión de recursos, de servicios, de redes de apoyo para ofrecer una respuesta integral y oportuna.

Considerando este marco conceptual el Instituto Nacional de Salud Pública (INSP), a través del programa Núcleo de Liderazgo en Salud diseñó un programa de formación profesional y capacitación técnica a personal profesional y técnico de unidades de primer nivel de atención y de unidades móviles que ofrecen servicios de atención a la salud en comunidades lejanas y marginadas.

Este programa se plantea como un conjunto de módulos conceptuales y prácticos que se detallan más adelante y que ayudan a los profesionales de la salud y al

---

3. POLANYI, M. "The tacit dimension", Ed. Doubleday, New York, 1967.

personal técnico a utilizar la información institucional, la información técnica y la proveniente de la experiencia así como la científica de una manera reflexiva y crítica, lo cual ayuda a generar nuevos conocimientos para dar una respuesta efectiva a las demandas de usuarios y pacientes.

Se espera que con las herramientas, el personal de salud incremente su capacidad de centrar su atención en las necesidades específicas del usuario o paciente del servicio y de ofrecer una respuesta con menor costo y mayor efectividad.

Una pieza central para lograr este objetivo es la utilización de instrumentos que ayuden a revisar y analizar información que contiene evidencia científica sobre intervenciones costo - efectivas. Los programas de atención a poblaciones rurales e indígenas se impulsan considerando la capacitación y educación continua del personal que forma parte de las unidades móviles y de las unidades que integran la red de servicios a la salud rural y urbana. Estos programas de formación incorporan el concepto integral de la salud dando especial atención al conocimiento y análisis de los determinantes sociales que intervienen en la emergencia de enfermedades infecciosas, las enfermedades crónicas como son la diabetes, hipertensión, obesidad, y las emergentes como son, adicciones y las provenientes de actos de violencia y accidentes.

Un recuso fundamental en la formación del personal de salud es la gestión y utilización del conocimiento científico y técnico no solo al interior de la unidad sino en su constante comunicación e intercambio con otras organizaciones que formarán parte de una red de servicios. Es cada vez más necesario que el personal de salud de unidades de atención comunitaria fortalezca las capacidades gerenciales de los procesos de atención, de su interacción con otras unidades de atención del mismo nivel y de niveles superiores, y de su comunicación con los usuarios de servicios.

## **El concepto de la capacitación al personal de salud vinculado a la comunidad**

La iniciativa de “Desarrollo de competencias para brindar atención integral a la salud comunitaria” se ha concebido como un programa integral, es decir incorpora a los diferentes profesionales y personal técnico que brindan atención a la salud a las comunidades rurales y de áreas marginadas. Sus componentes fueron elaborados para ser analizados y aprendidos desde las diferentes perspectivas del proceso de atención de la salud, es decir desde la prevención, curación, seguimiento y pronóstico de un problema de salud. También consideró las condiciones del entorno en el que se debe aplicar el conocimiento y las modalidades de comunicarlo a los usuarios, respetando sus condiciones individuales. Por ello, se dio especial importancia a los componentes interculturales de la atención, es decir a los valores y pautas culturales de grupos minoritarios como son, indígenas, homosexuales, adultos mayores, entre otros.

## Los principios fundamentales del programa son los siguientes

- a) Fortalecimiento de las habilidades técnicas Es decir el desarrollo de habilidades y destrezas que ayuda al personal de salud a : i) analizar problemas concretos que ocurren en el proceso de atención a la salud, basados en la búsqueda y sistematización de información científica que les ayude a tomar decisiones efectivas, ii) a gestionar recursos para resolver problemas de urgencia y/o referencia a otros niveles de atención, iii) a fomentar acciones en red y iv) a promover la comunicación ágil con la población usuaria.
- b) Utilización de la evidencia científica en decisiones Se da especial importancia al desarrollo de ejercicios prácticos que ayudan a los asistentes a utilizar reflexivamente la evidencia científica en las decisiones complejas, a diseñar estrategias de búsqueda en diversas fuentes de información y a utilizar adecuadamente la información contenida en los boletines de Práctica Médica Efectiva, Información Científica para el Cuidado de Enfermería publicaciones elaboradas por el INSP para apoyar a los médicos 7 generales y al personal de enfermería, respectivamente, a utilizar evidencia científica en sus procesos de atención.
- c) Aprendizaje de un concepto integral de atención a la salud Los contenidos de los módulos temáticos y las herramientas de trabajo en las sesiones de capacitación incorporan el concepto integral del cuidado de la salud en el que se incluyen los siguientes aspectos: i) la atención a la salud de acuerdo al modelo de línea de vida, ii) los determinantes externos de la salud y de la enfermedad, iii) la gestión del cuidado de la salud al interior del sistema, iv) la orientación y educación a los usuarios del servicio y a los pacientes, y v) la incorporación de la comunidad en las acciones de prevención de enfermedades y en el cuidado de la salud.

## Metodología de capacitación

Este programa utiliza la metodología de enseñanza basada en el análisis de problemas que consiste en la definición de objetivos en cada uno de los módulos y en la revisión y análisis de casos, problemas o hechos previamente descritos y elaborados con fines didácticos para analizar los elementos básicos que deben ser aprendidos por los participantes. Para organizar las sesiones de trabajo en grupo y abordar adecuadamente el tratamiento de cada problema, los profesores elaboraron cartas descriptivas y guías de apoyo a los ejercicios prácticos individuales y en grupo, especificando claramente los objetivos generales del módulo y los elementos que serán aprendidos por los asistentes al programa de capacitación. Cada elemento sensible al aprendizaje se incluye en los casos que son analizados en sesiones de trabajo en grupo. Los resultados de la utilización de las guías deben coincidir con los propósitos de aprendizaje que se señalan en la carta descriptiva.<sup>4 5 6</sup>

4. Sánchez M, Lifshitz A. Eds. *Medicina Basada en Evidencias*. México: McGraw-Hill-Interamericana, 2002.

5. Secretaría de salud. Dirección general de Promoción de la salud. Manual Operativo de Prevención y Promoción a la Salud, durante la Línea de Vida, México 2007.

6. Secretaría de salud, Dirección General de promoción de la salud. Modelo Operativo de Promoción de la salud, México 2007.

La dinámica de trabajo fomenta la participación individual y en grupo, se incentiva a los participantes a realizar un análisis de los componentes conceptuales y teóricos a través de problemas reales que ellos enfrentan en sus procesos de trabajo. En las sesiones de trabajo en equipo se incentiva el ejercicio de liderazgo entre ellos y la participación activa y creativa. La mayoría de los ejercicios se basan en desarrollo de trabajos prácticos utilizando material plástico que les ayude a reproducir situaciones habituales en las que se ofrecen los servicios de salud en contextos y entornos diferentes. Cada trabajo en grupo se presenta al equipo colectivo de tal manera que todos los asistentes observan y revisan casos diferentes provenientes de diversos lugares y regiones del país.

Para cada tipo de temas contenidos en los diversos módulos se utilizaron ejercicios diferentes, por ejemplo:

- 1) Para el análisis de la salud integral, se elaboraron diagnósticos participativos, en los que se incentivó a los participantes a desarrollar un diagnóstico de salud familiar en el señalaron las condiciones de salud de sus grupos familiares y el tipo de utilización de servicios de salud que ellos y sus familias utilizaron, realizaron un análisis crítico de la atención y las repercusiones que esto tuvo en la solución de los problemas de salud señalados. La reflexión colectiva de todos los casos tratados en grupo permitió elaborar un diagnóstico global en el que se definieron: a) tendencias de enfermedades, b) determinantes sociales que las generaron, c) gastos promedios de atención generados a sus familias, d) percepción de la calidad de los servicios, entre otros.
- 2) Para el uso de la evidencia científica se realizaron sesiones de trabajo en grupo que analizaron casos de atención médica a la luz una guía de preguntas que estimulan la reflexión crítica de los aciertos y errores cometidos en el 9 proceso de atención. Se llega a consenso de cuáles son las mejoras de la atención a la salud del perfil de paciente que describe el caso.
- 3) Para fortalecer la comunicación humana, se realizaron ejercicios vivenciales que ayudaron a los asistentes a dimensionar el dolor, a recordar eventos de ausencia de salud personal para ilustrar las condiciones en las que asisten cotidianamente los usuarios del servicio y generar una comprensión significativa del problema. Se ejercitaron mecanismos de comunicación reguladas por “la escucha activa y receptiva”, el desarrollo de “empatía”, “rapport” y la utilización de lenguaje para facilitar la comprensión de las partes.

## Los principales módulos de capacitación<sup>7</sup>

- Atención integral a la salud

7. Instituto Nacional de Salud Pública y Dirección General de Planeación y Desarrollo (DGPLADES), Secretaría de Salud. Manual de Capacitación para Facilitadores, México 2007.

- Utilización de la evidencia científica para mejorar las decisiones en la atención a la salud
- Procesos de vinculación del equipo de salud y participación comunitaria en la promoción, prevención y atención a la salud
- Comunicación efectiva con el usuario
  - La pérdida de la salud y su impacto integral en la vida del ser humano
  - La comunicación humana
  - El vínculo humano y su carácter curativo
- Interculturalidad
  - Cultura, género, etnia, otras miradas e interculturalidad en salud
  - El contexto cultural en la práctica en salud 10
  - La medicina mexicana en el contexto intercultural.
  - La cosmovisión en salud de los grupos indígenas.
  - Educación en salud, participación comunitaria, redes y recursos locales en salud bajo el enfoque intercultural
- Proceso de organización de redes sociales en salud: Herramienta para la construcción social de la salud.<sup>8</sup> El contenido de este tema incluye una serie de apartados, que serán tratados a través de diferentes dinámicas:
  - Antecedentes y abordaje teórico-práctico del proceso de organización de redes sociales por etapas.
  - Etapas de elaboración de mapas catastrales, plan de acción participativo en salud y evaluación del trabajo en red.

## Avances y resultados de este programa

Durante el año 2007 este programa se aplicó a más de 300 profesionales de la salud de los 32 estados del país. Los módulos se impartieron en un período de cinco días, 40 horas de sesiones presenciales y 12 horas de sesiones virtuales, utilizando plataforma Webex que permitió una comunicación entre un promedio de 70 asistentes a cada una de las cuatro sesiones realizadas. La metodología se mantuvo igual para sesiones presenciales que para las virtuales. Se dio especial énfasis al análisis de problemas que los asistentes seleccionaron y que correspondían a situaciones que enfrentaban en sus prácticas cotidianas. Los maestros apoyaron en el análisis y reflexión, utilizando recursos teóricos y metodológicos que ayudaran a comprender y resolver los problemas.

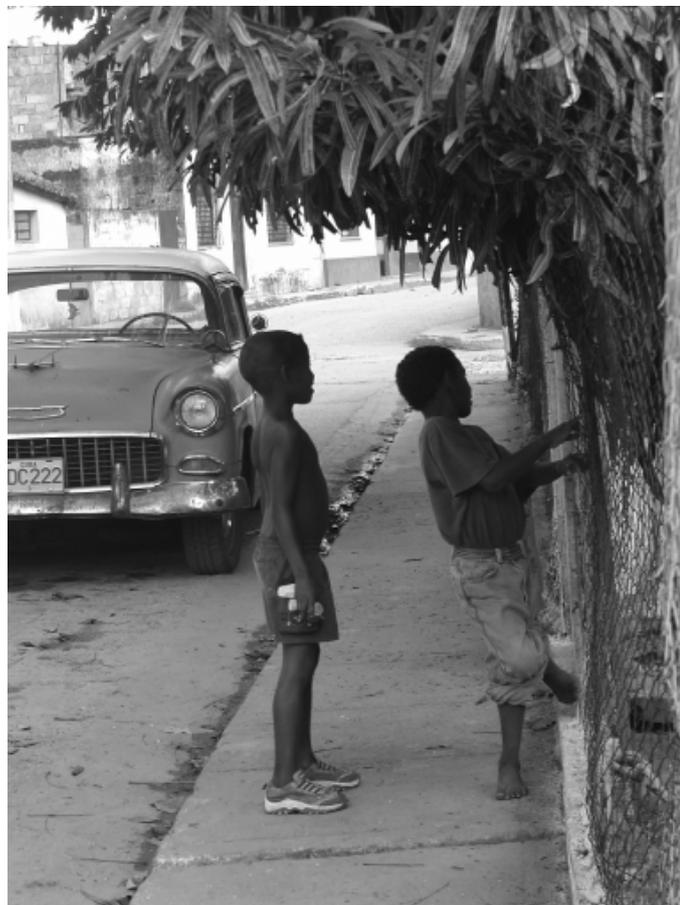
Los aportes que este programa obtuvo fueron expresados por los propios asistentes y son los siguientes:

8. Secretaría de Salud, Dirección General de Promoción de la Salud. Organizaciones Comunitarias en Salud. Manual de Organización y Funcionamiento, México 2007.

- a) Cambio importante en la concepción del modelo de atención que deben ofrecer los servicios de salud, dando especial atención a los determinantes sociales y al concepto integral de atención a la salud que se expresa no sólo en el procedimiento de atención sino en la organización interna del equipo de salud.
- b) Utilidad de las herramientas ofrecidas por el programa como son: i) la búsqueda y utilización de evidencia científica proveniente de la literatura así como de la propia práctica consensuada por el personal de salud; ii) El desarrollo de diagnósticos participativos para identificar las demanda críticas de la población atendida por unidades de salud; iii) la comunicación efectiva al interior del equipo de salud basada en la integración de equipos de trabajo reflexivos y críticos, iv) la comunicación basada en el respeto a la diversidad cultural, utilizando un lenguaje y una modalidad de comunicación que se adecue a las condiciones culturales de los diversos grupos de usuarios de las unidades de atención.
- c) Importancia de fomentar y fortalecer las redes de servicios y las redes sociales, identificar los mecanismos de articulación para resolver de una manera efectiva la atención oportuna de los casos críticos y de urgencia al interior del sistema de salud.
- d) Necesidad de fortalecer las habilidades de gestión de recursos y de los servicios de todos los miembros del equipo de salud, no solo al interior del sistema de salud sino en su relación con los poderes municipales, organismos no gubernamentales y organizaciones comunitarias.



# Actores







# Retos de la Atención Primaria en Salud y del Comité Regional de Promoción de la salud comunitaria en Centroamérica

## **María Hamlin Zúniga**

Activista en salud comunitaria. Norteamericana con 40 años de vivir en Centroamérica (Nicaragua y Guatemala). Educadora en Salud Pública con Maestría en Salud Pública, Universidad de Minnesota. Fundadora y Presidente de la Junta Directiva del Centro de Información y Servicios de Asesoría en Salud, Nicaragua. (ONG Nicaragüense). Fundadora y Coordinadora de: Comité Regional de Promoción de Salud Comunitaria -Red de programas de Atención Primaria en Salud con 33 años de funcionamiento en Centroamérica, México, y el Caribe. Fundadora y ex Coordinadora Global de International People's Health Council (Consejo Internacional de Salud de los Pueblos) Red internacional sobre políticas de salud. Miembra del Consejo de Coordinación del Movimiento Mundial de Salud de los Pueblos y de la Comisión Coordinadora del Movimiento de Salud de los Pueblos





## Introducción

En el marco de esta Conferencia, nos corresponde revisitar la historia de un actor regional importante en la Atención Primaria en Salud, especialmente para miles de promotores y promotoras, para brigadistas y agentes comunitarios, para trabajadoras y trabajadores de salud y comadronas.

El Comité Regional de Promoción de Salud Comunitaria - CRPSC, una red de los programas de Atención Primaria en Salud en la región centroamericana, fue establecido en 1975. Ha sobrevivido y prosperado a pesar de una historia de conflicto y guerras en la región. Sus actividades principales son: Capacitación, Asesoría y Seguimiento a los grupos asociados, a través de encuentros nacionales e internacionales, talleres nacionales y bilaterales, intercambios educativos y la elaboración y difusión de materiales educativos. Ha utilizando, en cada caso, metodologías y prácticas participativas, desde la perspectiva de los determinantes sociales de la salud. Los y las integrantes del CRPSC participan activamente en la incidencia y movilización social con relación a las políticas públicas especialmente alrededor de la salud pública y comunitaria.

El número de miembros del CRPSC- así como la cantidad y variedad de actividades que realiza e impulsa-, ha aumentado considerablemente desde su inicio. Hoy hay más de 200 programas y grupos asociados a través de las coordinaciones nacionales en América Central, la República Dominicana y Chiapas en México. Éstas nombran sus representantes ante la Comisión Coordinadora que es el órgano que planifica, coordina, ejecuta y evalúa las actividades anuales del CRPSC.

El CRPSC es fundador y miembro activo de dos redes internacionales importantes, el Consejo Internacional de la Salud de los Pueblos, (IPHIC), y el Movimiento de Salud de los Pueblos. El MSP está compuesto por redes y activistas de la salud preocupados por las injusticias en la salud, cada vez mayores - especialmente durante los últimos 25 años- con la amenaza de la globalización económica, los ajustes y las reformas neoliberales que han aumentado la brecha entre ricos y pobres y que representa una amenaza verdadera al derechos a la salud para todas y todos.

## Según su Misión

El CRPSC es una instancia representativa de nuestros intereses y trabaja por la defensa de los derechos políticos, económicos, sociales y culturales, articulados y activos, con mayor reconocimiento en diferentes temas. Tiene capacidad de incidencia política y coordinación regional, apoya y fortalece la posición y acción conjunta de los distintos miembros del CRPSC en el ámbito de la salud comunitaria, con equidad de género e interculturalidad a nivel nacional e internacional.

## Democratización del conocimiento y toma de decisiones sobre la salud

Las actividades del CRPSC están dirigidas a las y los trabajadores de salud, especialmente los comunitarios que se responsabilizan por la salud de las mujeres,

como las comadronas, la salud de la niñez, y la salud en general. El CRPSC prioriza el apoyo a grupos, colectivos y organizaciones de base en el área rural o urbano marginal trabajando en la salud comunitaria integral.

### **De los talleres a las comunidades**

Desde su creación a la fecha, durante 33 años, se han realizado 30 Encuentros Internacionales y muchos intercambios educativos sobre diversos temas en salud como nutrición, salud sexual y reproductiva, VIH y SIDA, salud mental y atención Psicosocial, primeros auxilios, enfermedades comunes, control ambiental e higiene, uso y abuso de medicamentos, medicina NAPTÍ (medicina natural, alternativa, popular, tradicional, e indígena), y metodologías de la enseñanza, entre otros. Cada encuentro es multiplicado a nivel de las organizaciones miembros del CRPSC en talleres nacionales y posteriormente a nivel de las comunidades donde viven las y los trabajadores de salud comunitaria.

El CRPSC busca preparar multiplicadores de conocimientos que puedan incidir en la formación y la práctica de las y los trabajadores de salud dentro de la comunidad. Así, por el tipo de acciones que realizan, el CRPSC facilita conocimientos que permiten la extensión de la cobertura de servicios de salud a las poblaciones marginadas y pobres de la región. La misma dinámica de las actividades del CRPSC busca garantizar la democratización del conocimiento y la participación en la toma de decisiones sobre la salud de las comunidades.

### **Integración regional de defensa y desarrollo de la salud como un derecho de todas y todos.**

El CRPSC ha enfatizado la necesidad de profundizar sobre la relación entre la salud comunitaria y los derechos de la ciudadanía a la salud y a los servicios de salud. Está muy claro que las y los promotores comunitarios están siendo afectados intensamente por los ajustes estructurales y por los patrones del poder, tanto político como genérico.

En particular, hay un creciente entendimiento de la interrelación de los diferentes temas. En las últimas reuniones de la Comisión Coordinadora, se identificó como necesidad fundamental la integración de los conocimientos con miras a una estrategia regional de defensa y desarrollo de la salud como un derecho de todas y todos.

### **Nunca tanta pobreza y desigualdad, nunca tanta integración....<sup>1</sup>**

La revitalización de la Atención Primaria de Salud requiere un análisis profundo de la situación socioeconómica y política de los países de la región. En esta sec-

1. Alexander Segovia, Director de Investigación del proyecto "Transformación estructural en América Central" de la Universidad Centroamericana José Simeón Cañas de El Salvador. Versión resumida y editada por Envío del estudio "Integración real y grupos de poder económico en América Central. Implicaciones para el desarrollo y la democracia en la región", financiado por la Fundación Friedrich Ebert, y de una charla del autor en el seminario anual del apostolado social de la Compañía de Jesús en Centroamérica. San Salvador, septiembre 2006.

ción, compartimos un resumen de la investigación de Alexander Segovia de la Universidad Centroamericana de El Salvador. Aunque, para algunas personas, puede parecer ajena al tema de Atención Primaria de Salud, consideramos que es fundamental conocer, estudiar y reflexionar sobre la coyuntura actual. Si estamos convencidos de la necesidad de ver la salud de manera integral, tenemos que tomar en cuenta los diversos y dinámicos determinantes sociales, económicos, culturales y ambientales de la salud.

Nunca hemos visto en Centroamérica niveles tan profundos de desigualdad y pobreza. Y nunca hemos visto avanzar tan rápidamente la integración centroamericana, la cual ha desencadenado y profundizado una mayor concentración de la riqueza regional en pocas manos. El cambio que ha vivido Centroamérica, sus economías y sus sociedades en los últimos 30 años, ha sido dramático. Cuatro factores han incidido en este cambio: los conflictos armados, las reformas económicas, la globalización y los profundos cambios demográficos.

“La globalización es uno de los factores que más ha contribuido a la modernización e internacionalización de los principales grupos económicos nacionales de Centroamérica. Ante una mayor competencia internacional y ante la limitación de los mercados locales, estos grupos comenzaron paulatinamente a expandir sus operaciones hacia el mercado regional e internacional. Sus movimientos coincidieron con la mayor presencia de las empresas transnacionales en la región. Atraídas por los procesos de apertura, liberalización, privatización y desregulación de las economías centroamericanas, aumentaron sus inversiones en Centroamérica comprando empresas estatales y adquiriendo empresas privadas, principalmente las del sector industrial tradicional, históricamente propiedad de grupos familiares. Así, desde principios de los años ‘90 los grupos económicos centroamericanos y las empresas transnacionales comenzaron a “integrar” a Centroamérica expandiendo sus actividades. Cada vez más poderosos económicamente, esto aumentó su influencia política y social.”

### **A la sombra del consenso de Washington**

“El segundo factor que ha contribuido al fortalecimiento de la integración económica regional, también relacionado con la globalización, es la aplicación, en todos los países centroamericanos de las reformas económicas basadas en el Consenso de Washington. Y aunque los tiempos, los ritmos y el alcance de las reformas fueron diferentes en cada país, todas tuvieron como piedra angular -al igual que en el resto de América Latina- la liberalización del comercio, una reducción de las barreras arancelarias y no arancelarias y la negociación de tratados comerciales con países extra-regionales. Las reformas comprendieron también políticas de privatización de empresas estatales y de concesión de servicios públicos, medidas de desregulación de las actividades económicas y de los mercados -incluyendo el laboral-, reformas fiscales y reformas financieras.”

También “contribuyeron a aumentar los flujos de comercio e inversión dentro de la región. En particular, los procesos de privatización y de concesión de servicios

públicos generaron un aumento de la inversión intra-centroamericana e internacional. Y las medidas de apertura y de desregulación económica, junto con las medidas tomadas por algunos gobiernos del área para facilitar el tránsito de mercancías entre los países -El Salvador, Guatemala y Honduras han avanzado en la eliminación de barreras comerciales, simplificación de trámites aduaneros y eliminación de puestos fronterizos-, unidas al logro de una relativa estabilidad macroeconómica, influyeron en el comercio intra-regional.”

### **Ha surgido un nuevo modelo económico**

Todo esto ha producido un quiebre estructural, con dos grandes consecuencias. Ha significado el fin de las economías agro exportadoras y con ello, el fin del dominio político de las élites y oligarquías tradicionales, vinculadas con la tierra y a la producción agraria.

“El tercer factor que ha contribuido a la mayor integración económica de Centroamérica es el proceso de quiebre estructural registrado en la región en las últimas tres décadas, que provocó, entre otras cosas, el fin del modelo agroexportador tradicional, basado en el dinamismo de las exportaciones agrícolas tradicionales a mercados extra-regionales. Por primera vez en nuestra historia los países de Centroamérica ya no son economías agroexportadoras. Y por primera vez, Centroamérica ya no está dominada por élites agrarias tradicionales y oligarquías -al menos como las entendimos históricamente-, vinculadas a la tierra y a la producción agraria. En el nuevo modelo económico centroamericano, basado en el dinamismo de las exportaciones no tradicionales agrícolas e industriales (maquila) y de las actividades relacionadas con los servicios y el comercio, el mercado regional constituye el espacio natural de acumulación para los grupos económicos globalizados de la región, un espacio que conocen perfectamente.”

### **Maquilas y emigrantes: pilares del nuevo modelo**

“El nuevo modelo económico centroamericano descansa hasta hoy en tres pilares fundamentales que lo diferencian tanto del modelo agroexportador tradicional como del modelo imperante en el resto de América Latina.”

“El primer pilar es la nueva inserción internacional de Centroamérica, basada en una nueva integración con Estados Unidos a través de las migraciones y de las exportaciones de maquila. Alrededor de este pilar se articula y funciona el nuevo modelo...La maquila se ha convertido en la mayoría de los países en el rubro más importante de exportación y en una de las actividades más dinámicas, pese a sus notables limitaciones en términos de encadenamientos productivos. Como la maquila que prevalece en la región utiliza intensivamente mano de obra no calificada, contribuye a la generación de empleo, sobre todo femenino, aunque de baja calidad. La exportación de maquila contribuye también a la generación de divisas y a una incipiente transferencia tecnológica.”

“Las migraciones de centroamericanos (intraregional y) hacia Estados Unidos han generado una nueva fuente de divisas, las remesas familiares, que hasta hoy han permitido superar la restricción externa al crecimiento y han contribuido a preservar la estabilidad financiera y cambiaria. Y como las remesas representan un excedente económico adicional, contribuyen al financiamiento de la inversión, refuerzan los patrones de consumo y constituyen uno de los principales instrumentos redistributivos con que cuenta el modelo, contribuyendo de esta manera a la reducción de la pobreza. Así, en el nuevo modelo el ajuste del mercado laboral se realiza principalmente mediante la salida de trabajadores hacia el exterior y no a través del aumento del desempleo.”

### **La importancia de la estabilidad financiera**

“El segundo pilar del nuevo modelo económico centroamericano es la estabilidad financiera y cambiaria. Este pilar no es nuevo. Constituyó uno de los pilares del antiguo modelo de desarrollo. Lo nuevo es su fundamentación: a diferencia del modelo agroexportador, en el que la estabilidad cambiaria y la baja o moderada inflación descansaba en las divisas generadas por los productos primarios de exportación, ahora se sustenta en la disponibilidad de dólares proveniente de las nuevas fuentes de divisas, particularmente de las nuevas exportaciones no tradicionales y de las remesas familiares.”

“La estabilidad financiera y cambiaria tiene funciones diferentes, dependiendo de la modalidad que el nuevo modelo ha asumido en los distintos países. En la variante salvadoreña es considerada un elemento central para lograr el objetivo de convertir a El Salvador en una plaza financiera y de servicios regional y para integrar totalmente la economía salvadoreña a la norteamericana.”

“El modelo actual de Centroamérica no está fundado en bases productivas fuertes, sino en los emigrantes y sus remesas. La capacidad de consumo de las sociedades centroamericanas ha aumentado sensiblemente en los últimos quince años, y esto es bueno, porque una sociedad que consume más significa que está mejor. Pero, ¿se consume porque hay empleo? No, se consume más por esa fuente externa que son las remesas.”

Los investigadores que estudian esta evolución pronostican que en los próximos cinco, diez años, el 70% de todos los créditos de la banca centroamericana serán para el consumo personal y no para las empresas.

“El tercer pilar del nuevo modelo económico centroamericano lo constituye el mercado regional. Tampoco aquí hay novedad, porque este mercado fue uno de los pilares del anterior modelo centroamericano. Lo nuevo es su rol dentro del nuevo modelo: generar una base sólida que permita ampliar los espacios de acumulación de los principales grupos económicos nacionales y de las empresas transnacionales que operan en la región, vinculados a la banca, el comercio y los servicios, incluyendo servicios básicos como las telecomunicaciones y la electricidad. Estas empresas controlan buena parte de los servicios públicos básicos -telecomunicaciones, distribu-

ción de energía eléctrica-, que cuatro décadas atrás estaban en manos del Estado.” Al igual que en el modelo agroexportador, la participación del Estado ha sido decisiva en la configuración del nuevo modelo.

“El cuarto factor que ha incidido en el proceso de integración es el advenimiento de los procesos de paz y democratización, que generaron un clima favorable de estabilidad política y social. Además, desde principios de los años ‘90 llegaron al poder gobiernos pro-empresariales y empresariales, sobre los que han tenido una influencia significativa los grupos de poder económico. Esto les ha permitido expandirse regionalmente, lo que ha favorecido la integración empresarial. Este ambiente político es sustancialmente distinto al de la época del Mercado Común Centroamericano, cuando nuestros países eran gobernados por regímenes autoritarios, basados en alianzas entre militares y empresarios apoyadas por Estados Unidos.”

### **Consecuencias preocupantes para la democracia y el desarrollo**

“Sin duda, el actual proceso de integración económica regional ha tenido beneficios importantes para la región en inversión, empleo, mejor aprovechamiento de las capacidades productivas regionales. También ha ayudado a una nueva inserción internacional de la región. Además, representa una buena oportunidad para que las empresas centroamericanas puedan prepararse regionalmente para competir en los mercados internacionales.

Sin embargo, esta integración también ha desencadenado o profundizado tendencias preocupantes en relación a la democracia y al desarrollo de la región. Entre las más negativas destacan una mayor concentración de la riqueza regional en pocas manos y un cambio en la correlación de fuerzas políticas a favor de los grupos económicos regionales y de las empresas transnacionales. Todo esto ha ocurrido en un ambiente de elevados niveles de pobreza, la que si en la década de los ‘90 disminuyó en términos relativos, aumentó en términos absolutos.”

### **El TLC con Estados Unidos acentuará los desbalances regionales**

“A este desbalance de poder regional -social, económico y político- ha contribuido además el debilitamiento del Estado y la redefinición de su rol; la crisis de los partidos políticos y su cuestionamiento social y político; la debilidad de actores sociales como las clases medias y el movimiento sindical; la ausencia de fuerzas de izquierda modernas y propositivas; la llegada al poder de gobiernos pro-empresariales y empresariales; y la hegemonía intelectual e ideológica de la corriente neoliberal en la región, que reivindica la supremacía del mercado sobre el Estado y que convierte a los empresarios en el principal actor social dentro del modelo socioeconómico.

Este desbalance se acentuará todavía más al entrar en vigencia el Tratado de Libre Comercio entre Estados Unidos, Centroamérica y República Dominicana (CAFTA-DR), que inevitablemente contribuirá a reforzar -al menos a corto y mediano plazo- el proceso de concentración de poder económico y político en los ya influ-

yentes grupos económicos nacionales e internacionales que operan en la región. Las condiciones iniciales de partida del tratado favorecen claramente a estos grupos, que son los que tienen dinero, información, contactos e influencias suficientes para aprovechar las ventajas que ofrece el tratado y para evadir sus costos potenciales.

La situación es más preocupante si se considera que debido a la fragilidad de las finanzas públicas y a la debilidad institucional estatal, los gobiernos centroamericanos no están en la capacidad de diseñar y aplicar políticas integrales de desarrollo y de apoyo a los sectores afectados por el tratado, especialmente a la población rural pobre -la más numerosa y la que depende de actividades agrícolas-, que es la más susceptible de sufrir los impactos negativos del tratado.”

“Los grupos económicos centroamericanos que de manera creciente operan en la escala regional e internacional y las empresas transnacionales que tienen presencia en Centroamérica están integrando rápidamente a la región con sus estrategias de expansión y penetración del mercado centroamericano.... Estos grupos económicos regionales, pese a mostrar en años recientes una mayor apertura y transparencia, aún se caracterizan por mantener en secreto sus actividades, sobre todo sus inversiones y sus ganancias.”

“Con relación al PIB, la inversión extranjera directa alcanzó sus mayores niveles en el segundo quinquenio de los ‘90, debido a que en ese período ocurrieron la mayoría de privatizaciones en la región, lo que fue aprovechado por las empresas multinacionales y por los grupos económicos locales para invertir en sectores que antes les estaban vedados, como las telecomunicaciones, la energía eléctrica y el sistema financiero.”

“Esta concentración de inversiones en los servicios y el comercio señala claramente que las economías centroamericanas son fundamentalmente economías de servicios, lo cual plantea oportunidades, pero también serios retos para el desarrollo futuro de la región, ya que a diferencia de las economías desarrolladas, han hecho este tránsito sin contar con una base productiva sólida y competitiva que sustente en el mediano y largo plazo las actividades terciarias.”

“Es importante el rol de estos grupos en la integración centroamericana, es enorme su poder económico -y por tanto, político-, hoy más concentrado que nunca. Y esto ha reforzado el proceso de diferenciación y polarización que se viene registrando al interior de los sectores privados desde principios de la década de los ‘90, ya que estos poderosos grupos se han despegado literalmente del resto de sectores empresariales, conformando una estructura empresarial nacional y regional mucho más polarizada y desigual, lo que plantea serios desafíos para la democracia y el desarrollo en nuestra región.”

Así, las empresas transnacionales de bebidas, de tabaco y del sector farmacéutico se caracterizaron por contar con centros de producción en cada uno de los países centroamericanos. En algunas de las industrias de alimentos enlatados concentraron la producción regional en dos o tres centros.

*Hoy: extranjerización creciente mañana: subordinación*

“Como resultado de estos procesos, y al igual que lo ocurrido en el resto de

América Latina, se está produciendo en Centroamérica una extranjerización del aparato productivo, que está cambiando la estructura del poder económico a favor de las empresas transnacionales, al desaparecer tanto la hegemonía estatal como la de algunas industrias tradicionales nacionales.”

“Sin duda, este proceso de extranjerización de las economías de Centroamérica se profundizará en los próximos años debido a la entrada en vigencia del CAFTA-DR, ya que este Tratado de Libre Comercio de Centroamérica y República Dominicana con Estados Unidos abre nuevas oportunidades de inversión a las empresas transnacionales y les brinda mayores seguridades para sus inversiones.”

“Para nadie es un secreto que históricamente los grupos de poder económico centroamericanos han ejercido una influencia significativa en nuestras sociedades y economías. Lo novedoso de la situación actual es que, como resultado de su creciente presencia regional, su influencia se ha expandido del ámbito nacional al regional. Y que esto ha sucedido en el contexto de un debilitamiento del Estado, de los partidos políticos, de las clases medias y de las organizaciones laborales y sindicales, que en un sistema democrático sirven de contrapeso al poder empresarial”.

### **Con la magia del TLC.... Ricos más ricos y pobres más pobres**

“Este cambio en la correlación de fuerzas políticas a favor de los nuevos grupos de poder y de las empresas transnacionales ha ocurrido en un ambiente con altos índices de pobreza. Esta se acentuará aún más al entrar en vigencia el TLC (CAFTA por sus siglas en inglés), que inevitablemente contribuirá a reforzar el proceso de concentración del poder económico y político en estos grupos, que son los que tienen el dinero, la información, los contactos y las influencias para aprovechar las ventajas del Tratado.”

“Históricamente, la mayoría de los países de Centroamérica -con la notable excepción de Costa Rica- se han caracterizado por una concentración muy alta del ingreso y de las riquezas en pocas manos, lo que ha hecho que nuestra región sea una de las más desiguales del mundo. Como no existen mecanismos distributivos efectivos, los salarios son bajos y el empleo es escaso y de mala calidad, la gran mayoría de la población centroamericana padece pobreza y exclusión.”

“La situación es más preocupante al tomar en cuenta la fragilidad de las finanzas públicas y la debilidad institucional de los estados, lo que hace que los gobiernos centroamericanos no tengan la capacidad de diseñar políticas integrales de desarrollo y apoyo a los sectores más afectados por el Tratado; la numerosa población rural pobre que depende de la agricultura.”

### **¿Qué hacer hoy?**

“Los grandes grupos económicos centroamericanos son hoy más poderosos económica y políticamente que nunca antes en la historia de Centroamérica. Es paradójico: después de guerras que buscaban sociedades más equitativas y menos polari-

zadas, lo que tenemos hoy son sociedades con la riqueza mucho más concentrada en pocas familias que hace 20-30 años, sociedades más excluyentes y más polarizadas.

De esta nueva y amplia integración de las economías y las sociedades centroamericanas sabemos, desgraciadamente, muy poco todavía. El desbalance de poder que está creando la integración de los grandes grupos económicos representa un serio riesgo para la democracia de la región, al estar contribuyendo a la configuración de sociedades más desiguales en el plano económico, y más polarizadas en lo social y en lo político.”

**“Y hoy por hoy, la correlación de fuerzas no es la favorable para construir democracia participativa.**

“Hay quien compara los cambios drásticos que ha vivido Centroamérica con un tsunami, algo tan poderoso que es imposible enfrentar. ¿Habrá salida? La tiene que haber, porque el modelo económico no está funcionando bien. En los últimos años la concentración de poder y de riqueza se ha profundizado y la pobreza ha aumentado, incluso en los dos países en los que había comenzado a reducirse, El Salvador y Costa Rica. Ha aumentado la pobreza, y ya no digamos la desigualdad. Comienza a haber deterioro y descontento entre las clases medias y la gente empieza a decir que las cosas no van por donde debían ir.”

“Estamos convencidos de que una de las tareas más urgentes que enfrentan actualmente las sociedades centroamericanas es avanzar en la construcción y fortalecimiento de contrapesos que permitan equilibrar el poder regional y, por tanto, que contribuyan a la instauración de una verdadera democracia participativa. Esto es particularmente importante con la entrada en vigencia del CAFTA-RD.”

“Por estas razones, asumir un debate amplio sobre la relación entre Democracia y Mercado es una de las tareas más urgentes que enfrentan las sociedades de Centroamérica a principios del Siglo XXI.”

### **Pobreza por todos lados**

Actualmente los pueblos de Centroamérica enfrentan las consecuencias de la pobreza y exclusión social: desempleo, bajos ingresos, inestabilidad laboral, y déficit habitacional. Entre los principales problemas hay violencia estructural e intrafamiliar, desintegración familiar, narcotráfico, trata de personas - en particular niñas y niños - tanto para órganos como para la prostitución, femicidio, drogadicción, ITS, VIH y SIDA, y malnutrición. Hay alta vulnerabilidad por la destrucción ambiental y la pérdida de la biodiversidad.

El CRPSC y las coordinaciones nacionales tienen un reto enorme y una necesidad de reflexionar sobre la realidad actual para decidir sus prioridades y definir acciones conjuntas y coordinadas tanto locales como regionales. Es especialmente apremiante involucrar a la juventud de las comunidades en las actividades integrarles en instancias nacionales y regionales. La inmensa mayoría de la población está cons-

tituida por personas menores de 25 años; en Nicaragua 74% de la población son menores de 30 años. Por eso, es necesario buscar nuevas formas de promoción y participación que atraigan y comprometan a la juventud. Son retos muy grandes y requieren mucha energía y compromiso.

En los treinta y tres años del CRPSC ha tenido la capacidad de ajustarse a las realidades cambiantes de la región y las coyunturas desafiantes que han vivido, así como a la evolución de conceptos y áreas de acción.

Ahora, más que nunca, con el significado de los hechos descritos por Alejandro Segovia y su interpretación de la situación, el Comité tiene que reflexionar y planificar cuidadosamente sus acciones en los próximos años. ¿Qué puede traer el futuro? Tiene que tomar en cuenta los alcances de la integración, y algunas de las oportunidades que ofrece a las organizaciones locales y nacionales, además de decisiones regionales que pueden facilitar su trabajo y su proyección como sujeto significativo en la región.

En este tiempo, hemos podido pasar del enfoque unidimensional de la enfermedad a la visión integradora del ambiente, la salud, los derechos humanos y las comunidades. Hemos podido trascender el binomio madre-hijo incorporando la defensa de los derechos sexuales y reproductivos, la lucha contra la discriminación de género y generacional, la conciencia de que niños y niñas son seres con derechos y pueden ser protagonistas de cambio. Hemos tenido que integrar temáticas que antes no se sufrían como la del VIH/SIDA y la de las Personas que Viven con el VIH. Hemos logrado superar la arcaica idea de la minusvalía al reconocimiento de los plenos derechos de las personas con capacidades diferentes. O el paso de identificar la violencia contra las mujeres como una asunto del ámbito privado a un problema de salud pública y un delito y de género. Y así muchos más que - aunque aún persisten en la mentalidad de algunos - hoy son aspectos que forman parte del quehacer de las organizaciones y comunidades.

Dentro de este marco, un primer y trascendental reto es mantener los avances alcanzados y seguir profundizándolos, entre ellos el que el enfoque de Derecho y Equidad sigan siendo el marco global del quehacer del Comité Regional y de quienes lo integran.

Por muchos años, el tránsito entre los países de la región fue limitada por factores relacionados con el conflicto armado y luego leyes y reglamentos de cada país en función de las reglas migratorias de sus ciudadanos. Ahora, con la entrada en vigencia del C-4, fácilmente se transita entre los países miembros (Guatemala, El Salvador, Honduras y Nicaragua), sin necesidad de visas y altos costos y engorrosos trámites de aduana. Todavía hay dificultades, pero con los avances de los acuerdos aduaneros estas limitaciones serán superadas.

Hoy hay mas compañías de transporte terrestre transitando la región, con tarifas diferenciadas. Con el aumento de las tarifas de las líneas aéreas, el transporte terrestre queda como una alternativa mas económica. Posibilita intercambios entre los y las promotoras comunitarias y participación en eventos regionales, por lo menos para los Centroamericanos. La situación del Caribe es otra, con tarifas de trans-

porte aéreo muy altas. El comité tiene que hacer propuestas que no sean excluyentes y tomen en cuenta a las organizaciones de Caribe de habla española.

La Comisión Coordinadora del Comité y los miembros en general deben aceptar los desafíos de la globalización y las oportunidades que ofrecen los avances en la tecnología de información y comunicación. Todavía el uso del Internet y sus aplicaciones es limitado en algunas zonas y/o no asumidas por todas las personas relacionadas con el Comité. Hay áreas donde el acceso al Internet es costoso, y no todas las personas en el ámbito comunitario tienen los servicios disponibles. Hay individuos y organizaciones que están investigando el uso de Código abierto o Software libre para democratizar el uso de la tecnología. Se debe avanzar en esta dirección para permitir mayor accesibilidad a las oportunidades. El Internet puede facilitar las comunicaciones y toma de decisiones de los miembros de la Comisión Coordinadora y las personas que forman parte de las comisiones. Los encuentros virtuales ayudan a mantener informadas a las personas y permitir más diálogo entre ellas. La utilización efectiva de los sitios Web de los miembros y el desarrollo de uno propio del CRPSC son otras formas de asegurar una comunicación más fluida y una proyección tan necesaria de las actividades del Comité Regional. Sólo el Comité mismo puede reducir la brecha digital entre sus miembros con una política definida en el uso adecuado de las tecnologías.

Tomando en cuenta que el CRPSC tiene una visión integral de la Atención Primaria en Salud, es más que obvio que este análisis tiene que ver con las causas profundas de los problemas y los efectos de decisiones políticas de los países en el marco de la integración. Por ejemplo ¿cuáles son los efectos de los tratados de libre comercio TLC en la salud de la gente, en particular la de la gente de las comunidades empobrecidas y marginadas, las comunidades indígenas? ¿Qué efecto tiene la rápida extensión de la industria de la enfermedad: la privatización de servicios de salud, el fortalecimiento de las compañías farmacéuticas transnacionales, las inversiones de las compañías de seguros? ¿Qué puede ser el accionar de las organizaciones integrantes del Comité frente esta realidad?

Por otro lado, la región Centroamericana es altamente vulnerable a los efectos de los cambios climáticos y ha vivido constantemente situaciones de desastres “naturales” y no tan naturales, es decir inducidas por conductas riesgosas de sus habitantes. La tala y el desmonte indiscriminado, las concesiones a compañías transnacionales para realizar minería a cielo abierto y a gran escala, el uso de agroquímicos tóxicos y persistentes, la contaminación de las fuentes de agua, entre otras, son conductas riesgosas que pueden convertir a amenazas a grandes sectores de la población. ¿Qué puede hacer el Comité para concientizar su membresía sobre la necesidad de reconocer los riesgos y prevenir las amenazas? ¿Qué puede hacer para involucrar los y las activistas comunitarias en acciones que generalmente son vistas como –ámbito de acción exclusiva de los grupos ambientalistas?

Pero el reto más grande y compartido en el Comité Regional seguirá siendo que el acceso a la salud integral sea un derecho plenamente satisfecho y no un sueño para todos y todas.

## En conclusión

Queremos un mundo más justo.

Queremos un mundo en el que una vida saludable sea realidad para todas y todos, un mundo que respete y aprecie toda vida y diversidad.

Nuestra visión de un mundo mejor se basa en la equidad, el desarrollo ecológicamente sostenible y la paz... Un mundo que permita el florecimiento de los talentos y habilidades para enriquecernos unos a otros, un mundo donde las voces de los pueblos se escuchen y participen en las decisiones que afectan nuestras vidas.

Lo que queremos es un mundo más justo. (Declaración del Movimiento de Salud de los Pueblos, 2000).



# Atención primaria en salud.

## La experiencia en México.



### **Catalina Mónica Eibenschultz Hartman**

Egresada de la facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México UNAM, residencia en Endocrinología, grado Maestría en la Universidad de La Habana, Cuba y en el Ministerio de Salud Pública de Cuba. Fundadora de la Universidad Autónoma Metropolitana UAM en 1976 y de la Mtría. de Medicina Social en la UAM. Coordinadora General de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social ALAMES periodo 2007-2009. Actualmente docente-investigador titular en el Depto. de Atención a la Salud. Área de investigación estado y servicios de salud de la UAM.



## Introducción

Las preguntas centrales que me motivaron para reflexionar y escribir este artículo son: ¿Por qué la estrategia de APS que no funcionó en el caso de la salud para todos en el año 2000, va a funcionar ahora? ¿Qué contexto social nuevo se presenta para imaginar que la nueva versión de APS será posible? ¿Por qué nace entrelazada con el nuevo discurso de los Determinantes Sociales y la Equidad en Salud?

Pero antes de contestar esas preguntas, parece necesario explicar algunos antecedentes del caso en México.

## Antecedentes en México

La Atención Primaria en Salud, en su segunda versión para el S XXI, no es novedad y tiene antecedentes en la experiencia de varios países, entre los cuales se encuentra México. Nuestro país se caracteriza porque históricamente es enormemente rico en modelos de Atención innovadores, lo mismo de carácter estatal, benefactor o privado. Desde el movimiento de la Reforma Juarista (1867) y como consecuencia de la separación entre Iglesia y Estado a mediados del siglo antepasado, el Estado Mexicano se hizo cargo de la Atención a la Salud de la población, a diferencia de otros países latinoamericanos, donde la Iglesia siguió jugando un papel importante en este campo. De aquí que los modelos implantados en México sean múltiples y variados.

Entre los que tuvieron fuerte impacto en la organización de los Servicios Públicos de atención a la Salud en el medio rural, está el que se denominó Servicios Médicos Ejidales de la época Cardenista (1936-38), donde había una real participación de los campesinos, ya que era un momento culminante de la lucha por la tierra, cuando la organización era fundamental y permitía la participación en el medio rural. En 1940 se creó la Secretaría de Salubridad y Asistencia (SSA), se creó el Seguro Social en 1954 (fechas muy similares en toda América Latina). Dependiendo de la SSA se crearon muchos programas de extensión de Cobertura, con un modelo de participación de la “comunidad” que responsabilizaba a la comunidad del mantenimiento y limpieza de los Centros de Salud, más tarde el programa IMSS Coplamar, hasta llegar a una multitud de programas Instituciones públicas y privadas que se ocupaban de diferentes grupos poblacionales cada una, constituyendo un mosaico de Instituciones difíciles de coordinar y controlar y en 1984 bajo las orientaciones del Banco Mundial se hizo la llamada Reforma Sanitaria en México y también en otros países de América Latina, de la cuál me ocuparé más adelante.

## Cuestionamientos al sueño de la APS, en los '80

Ya en el año 1989, con la experiencia de 10 años de Alma Ata, durante los cuáles fui una verdadera militante de APS, me empezaba a cuestionar sobre el mode-

lo y su contexto, sigo pensando que el cuestionamiento sigue siendo válido y como nunca fue publicado, me permito retomarlo casi textualmente a continuación.

Varios de los modelos de extensión de cobertura y de medicina comunitaria comparten con la nueva APS los siguientes elementos prácticos y conceptuales: a) La capacidad de la comunidad para resolver sus principales problemas de salud; b) el supuesto de que 80% de la patología es de solución simple y no requiere servicios sofisticados; c) La necesidad de educar a la población para resolver algunos problemas de salud; d) El reconocimiento de la participación de la comunidad como un factor fundamental, e) La conveniencia de garantizar la atención cerca del lugar donde vive el paciente, sin sacarlo de su medio; f) La necesidad de conocer el medio para adecuar las medidas preventivas y curativas; g) La conveniencia de prevenir las enfermedades y no solo curarlas; h) La eficacia y eficiencia que entraña la participación comunitaria; i) La necesidad de trabajar en función de la salud y no de la enfermedad. Se podría seguir enlistando otros elementos comunes de estos modelos, pero es más importante resaltar que la APS como modelo no es del todo innovador, cabría entonces preguntarse ¿Cuál es su importancia? En esta ocasión me propongo contestar esta interrogante y de paso, desmitificar algunas ideas a este respecto, con el objeto de polemizar y suscitar una discusión constructiva.

### Importancia de la APS

No repetiré las ventajas ampliamente conocidas de este modelo, me interesa, por el contrario, resaltar aquellos elementos que no aparecen en el discurso y que son producto de la reflexión desde las ciencias sociales, que por no ser obvios son importantes de señalar:

- 1) El papel que tuvo la Reunión de Alma Ata, para la distensión y la paz mundial.
- 2) El espacio de lucha ideológica y política que abre la Atención Primaria.
- 3) El ejercicio del poder, como elemento central de este modelo.
- 4) La imperiosa necesidad de crear un nuevo conocimiento que permita esta práctica emergente.

A continuación analizo el contenido específico de cada uno de estos elementos, para aclarar su significado:

1) En cuanto a la paz mundial, la Reunión de Alma Ata tiene lugar en 1978, un momento histórico, en el que las tensiones entre los mundos capitalista y socialista llegaban casi al clímax, la carrera armamentista se desarrollaba de manera alarmante y el llamado conflicto Este - Oeste se profundizaba. En esta situación se consigue la presencia de casi todos los países alrededor de un problema común: La salud mundial, y esta presencia ocurre nada menos que en un lugar de la Unión Soviética. Se hace posible, por lo tanto, el diálogo entre países antagónicos y con profundos conflictos políticos. Al término de la Reunión se consigue obtener una declaración consen-

sual por aclamación. En tales circunstancias, no tiene por qué sorprendernos lo flexible, poco preciso y ambiguo de la declaración misma; lo importante fue que tendió un puente fundamental de diálogo entre todos los países, y se fijó un objetivo común. No parece exagerado suponer que jugó un papel importante en la política de distensión a nivel mundial y contribuyó directamente a la lucha por la Paz y el diálogo.

2) El análisis de este nuevo modelo de Atención a la Salud obligó a conocer las experiencias de otros países y puso claramente en evidencia las limitaciones estructurales que tienen los países capitalistas para asumirlo. También en esta reunión se puso en claro que los países socialistas que tenían un Servicio Nacional de Salud, eran aquellos que habían implementado modelos eficaces de la hasta entonces llamada Medicina Comunitaria, integrada a los otros niveles de atención.

Por otra parte y en cuanto a práctica emergente, abrió espacios para el trabajo desde perspectivas ideológicas diferentes, que tuvieron la oportunidad de desarrollar sus propuestas en la práctica y conocer sus deficiencias y limitaciones. La APS fue y sigue siendo un espacio importante de lucha política, científica e ideológica, que permitió un avance aunque desigual, en el desarrollo del modelo en diferentes contextos.

3) En cuanto al poder, problema que ha sido muy poco analizado o reflexionado, la APS planteó y plantea la posibilidad y la necesidad de generar nuevas formas de ejercicio de éste.

Estas nuevas formas de ejercicio del poder se plantean en 3 niveles: a) Al interior del equipo sanitario, b) En la población, como parte de la llamada participación popular o comunitaria y c) A nivel de las relaciones comunidad, equipo sanitario y el Estado.

Veamos en concreto como se expresa esta situación en cada nivel:

a) Es generalmente aceptado y reconocido por todos, el poder que ejerce el profesional de la salud sobre el paciente, con base en su conocimiento, pero se discute muy poco como se ejerce este poder al interior del llamado equipo de salud. En este sentido, sostengo que en lo general se acepta el poder del médico frente al resto de los profesionales de la salud, situación que es frecuentemente cuestionada por ellos en términos de lucha interprofesional y a veces mal entendida como un conflicto de clases. Lo más frecuente es que este tipo de cuestionamientos no logren un avance que permita o facilite el trabajo. En mi opinión, un verdadero trabajo en equipo debería poner en discusión el ejercicio del poder, no en base al nivel de conocimiento, sino en base a la complejidad del problema de salud a resolver en forma colectiva. En esta situación, la llamada distribución de funciones oculta sistemáticamente el problema del ejercicio del poder al interior del equipo de salud y reproduce el modelo dominante de ejercicio del mismo, en forma conciente o no. Una solución a este problema pudiera obtenerse mediante la construcción del objeto de estudio y trabajo en forma colectiva e interprofesional, por no decir interdisciplinaria.

Lo anterior significa reconocer que se trata de abordar problemas complejos de la realidad, mediante un trabajo en equipo que pueda hacer nuevas preguntas, crear nuevos procedimientos y nuevos métodos de trabajo grupal, que resuelvan los problemas colectivos e individuales de la salud y la enfermedad, para los cuales no existen recetas. Por lo mismo se ponen en juego los diferentes conocimientos de las diversas profesiones y se pone en juego también la relación de poder, creando probablemente un espacio para nuevas formas de ejercicio del mismo. Este es un objetivo difícil de alcanzar si no se cuestiona el poder como parte fundamental del trabajo cotidiano del equipo. Si esto se soslaya no es posible avanzar y se reproduce en forma conciente o no, la práctica dominante, lo cual dificulta enormemente la promoción de la participación comunitaria.

b) La tan mencionada participación de la comunidad, elemento que me parece central en la APS, interpretada e instrumentada de muy diversas maneras, es esencialmente una forma de ejercicio del poder en la sociedad y creo que mientras no se analice como tal, no se podrá avanzar en este campo. Varios autores, hemos sostenido que la verdadera participación de la comunidad significa la capacidad de intervenir y tomar decisiones respecto a la forma de organización y operación de los servicios de APS, pero para ello se necesita aceptar que es una forma de ejercicio real del poder y como tal debe ser entendida por la comunidad y por los servicios de salud, lo cual no es un problema de fácil solución, ya que implica diferentes tipos y grados de conocimiento, tanto en lo que se refiere a la comunidad como a los trabajadores sanitarios, y sobre todo la posibilidad de generar conflictos.

c) El poder ejercido en la APS implica la posibilidad de que se generen conflictos entre la comunidad, el equipo sanitario y naturalmente el Estado, representado, en este caso, por las instituciones de salud. Por lo tanto, la APS tiene un fuerte contenido político, tanto en lo referente a las instituciones y sus trabajadores, como a la población en general. Hablar de participación comunitaria es hablar de política, hablar de trabajo en equipo y con la población también es hablar de política y hablar de participación en salud es limitar ingenuamente la participación y el ejercicio del poder al estrecho aunque importante ámbito de la salud.

La importancia de la APS a este nivel es que hace prácticamente imposible negar el papel de la política en la salud, de esta manera se entiende la lucha de los trabajadores sanitarios y de la población, frente al Estado, y no sólo la imposición de éste sobre la población en su conjunto.

Volviendo a los elementos señalados al inicio del capítulo, me resta referirme al punto del conocimiento:

4) En cuanto a la generación de nuevo conocimiento, me parece importante señalar que es falso que la atención a los problemas de salud en el nivel primario sea sencilla, de fácil solución, con técnicas simplificadas y poco conocimiento, para de-

mostrar cuan falsas son estas aseveraciones tomemos el ejemplo de un niño desnutrido, con cuadro diarreico crónico, tos, expectoración y disnea, que vive en una comunidad campesina sin agua potable ni luz eléctrica (situación frecuente en nuestra realidad cotidiana), ¿Habrà alguien que sostenga que un cuadro así de frecuente se soluciona con medidas preventivas y simples?. O más bien es fundamental desarrollar más conocimiento médico para diagnosticar y tratar adecuadamente el caso agudo y mucho más conocimiento de otras disciplinas para poder sugerir o instrumentar medidas preventivas en este tipo de situaciones. Este ejemplo tomado de la práctica cotidiana de la Atención Primaria cuestiona profundamente la simplicidad de la atención y la prevención a este nivel, y resalta la necesidad de crear nuevo conocimiento y profundizar en el existente, si no se asume esta necesidad, no se podrán enfrentar eficazmente los retos que presenta este nuevo modelo, es decir, se necesita un nuevo paradigma, que solo se alcanzará mediante la investigación y reflexión en todos sentidos, y no solo a nivel declarativo.

El espacio que crea la APS para la creación de conocimiento es privilegiado si se sabe aprovechar, sino, se corre el riesgo de transformarla en atención médica de segunda para los pobres o en el mejor de los casos en un centro distribuidor de pacientes a los otros niveles, en el supuesto de que existan y la población tenga acceso a ellos.

La generación de nuevo conocimiento implica obviamente el abandono del modelo biologicista de la salud y su sustitución por un modelo de carácter interdisciplinario que de cuenta del problema salud en toda su complejidad.

### **“Salud para todos en el año 2000 mediante la estrategia de APS” Un sueño que se difumina a partir de los ‘80.**

La década de los ‘80 se conoce en México como la “década perdida” en la cual se adoptaron las medidas conocidas como Ajuste Estructural, no sólo en México, sino en América Latina toda. Estas medidas no son más que la receta neoliberal generada por el Banco Mundial y el FMI (Fondo Monetario Internacional) usando para ello la presión de la deuda externa.

En esta misma década se hace en México la Reforma Sanitaria y se crea el Sistema Nacional de Salud (SNS), también promovidos por el Banco Mundial que en esa década empieza a sustituir a la Organización Mundial para la Salud (OMS) y a la OPS (Oficina Panamericana de la Salud) en la generación de Políticas de Salud sobre todo en Latinoamérica.

La creación del SNS se llevó a cabo bajo el paradigma del “*mix público-privado*” cuyo resultado ha sido la apertura de los servicios públicos al capital privado, bajo esquemas indirectos porque hasta ahora no ha habido venta directa de la infraestructura de Salud al sector privado.

Para fines de la década de los ‘80 empezaron a oírse las críticas a que APS era muy caro y para los ‘90 se fue cambiando la APS en su versión integral, a la APS

selectiva, se extendió la visión de la economía de la Salud para abaratar “costos crecientes” de la Atención a la Salud. Surgieron las voces de muchos investigadores criticando esta sustitución, pero no fueron atendidas ni por el BM, ni por la mayoría de los Gobiernos Latinoamericanos.

Los Gobiernos Mexicanos sumisos ante los Estados Unidos de Norteamérica, obedecieron a pie juntillas estas recetas del BM principalmente y procedieron a dismantelar de hecho la APS, pero manteniendo el discurso de la misma por unos años más. Simplemente dejaron el discurso (años después cambió también el discurso) y dismantelaron la APS, privatizaron el Sector y mercantizaron la salud. Ya cerca del año 2000 se reconoció que había fallado la estrategia de APS lo cual significaba la imposibilidad de alcanzar la salud para todos en el año 2000. Es decir, lenta pero seguramente los gobiernos de América Latina, el mexicano en especial, contribuyeron a que el sueño se esfumara con los obstáculos que ellos mismos pusieron al obedecer el modelo neoliberal, promovido por el BM y los intereses del capitalismo mundial.

### **El renacimiento de una nueva APS. ¿Discurso o realidad?**

En México tenemos un “sistema” de salud con una sectorización de la población cada vez más marcada, sin instituciones de salud que funcionen solidariamente, con un sistema diferenciado entre ricos y pobres, con diferentes modelos de atención, con una crisis de la Seguridad Social cada vez más profunda y todo esto es un resultado del avance de una “Reforma” Sanitaria que ha transformado la salud-enfermedad en mercancía.

Además de las condiciones socioeconómicas impuestas también por una globalización neoliberal que ha bajado el gasto social, ha generado desempleo, ha disparado la migración a niveles nunca vistos, ha empobrecido y polarizado económica y socialmente a la población, los ricos son cada vez más ricos y menos en número y los pobres son cada vez más pobres y más en números relativos y no solo absolutos.

Volviendo a las preguntas iniciales, me permito contestar para impulsar el debate.

### **¿Por qué la estrategia de APS que no funcionó en el caso de la salud para todos en el año 2000, va a funcionar ahora?**

Con el desarrollo anterior está claro para nosotros que las condiciones del Sistema de Salud en México y sospecho que en toda América Latina no permiten desarrollar la Atención Primaria.

La población rural, que es donde alguna vez se pudo desarrollar la APS, se ha empobrecido enormemente, ha migrado y el sistema de Salud las divide más aún en población asegurada por el Seguro Popular y población que no tiene Seguro. Valga como denuncia que en Chiapas, ambas poblaciones se atienden en un mismo Centro

de Salud, pero tiene prioridad la asegurada en cuanto a medicamentos (existen dos farmacias) y velocidad de la consulta.

Esta segmentación de la población impide la organización para una verdadera participación en salud, tanto en el medio rural como en el urbano donde la segmentación es entre muchas más instituciones.

La tendencia a controlar y bajar el gasto social y el de salud y aumentar el privado, es otro obstáculo para la APS integral, la atención focal a ciertos problemas es un obstáculo mas para la ya criticada por costosa APS. El interés del nuevo modelo de este Sistema quedó claro con la declaración de J. Frenk Ex-Secretario de Salud de México y Ex-candidato a presidir la OMS y posible nuevo candidato próximamente, sobre el objetivo de crear conciencia en el pueblo de la *necesidad de invertir en la propia salud de cada uno de los mexicanos*. Es decir el derecho a la protección de la Salud se mantiene pero cuesta, lo que equivale a perderlo.

Creo que no hay condiciones actualmente para una nueva APS a menos que ésta se mantenga solo en el discurso.

### **¿Qué contexto social nuevo se presenta para imaginar que la nueva versión de APS será posible?**

Por lo menos en México la integralidad de la atención se rompió con la privatización, la sectorización de la población y el mix público privado.

De que nueva APS nos están hablando?, sin participación social, sin integralidad, sin solidaridad y con múltiples modelos de Atención de primer nivel que no sólo no facilita la entrada al Sistema, sino que directamente la bloquea.

Se trata nuevamente de un “canto de sirenas” que se queda solamente a nivel del discurso, en mi opinión. Por lo menos en México.

### **¿Por qué nace entrelazada con el nuevo discurso de los Determinantes Sociales y la Equidad en Salud?**

Aquí sí me permito reconocer que el punto que yo señalaba hace 20 años sobre la necesidad de avanzar en el nuevo conocimiento para generar una APS más interdisciplinaria sí se ha cumplido, la ventana abierta en la OMS para estudiar los Determinantes Sociales ha permitido avanzar mucho en el conocimiento interdisciplinario de la salud, como un fenómeno social y no solo biológico, ha permitido medir mejor las desigualdades, aunque los Determinantes Sociales se entiendan de muy diferente manera, a veces hasta antagónica según los autores que se estudien. Ha permitido conocer a más detalle la inequidad, pero hasta ahora no ha conseguido disminuirla, por lo menos en América Latina.

Tampoco se ha avanzado mucho en la discusión de la política y la salud; no me estoy refiriendo a la Política Pública de Salud, sino a la Política de verdad, la que tiene

que ver con el ejercicio del poder tanto a nivel macro como micro en la sociedad y que a veces es motivo de disputas por intereses antagónicos no negociables tanto a nivel local como global.

Actualmente se ha renovado el interés por la sociedad civil, por los ciudadanos y por las organizaciones sociales, me pregunto si este es un interés genuino para resolver los problemas de una verdadera APS o simplemente para descargar en la población los costos de la salud crecientes o reinterpretar según los intereses del Capital Mundial, las demandas de salud de una población cada vez más conciente de sus derechos.

Por otra parte y para terminar no creo que el sólo conocimiento sobre los determinantes sea suficiente para garantizar el desarrollo de una APS integral, que no ignore el compromiso político con la salud y la enfermedad.

Sin embargo quiero reconocer la necesidad de seguir de cerca esta nueva oportunidad, pero sin caer en la ingenuidad. Creo que necesitamos seguir compartiendo avances y también retrocesos en este campo.



# El Movimiento Comunal Nicaragüense y su experiencia de promoción de la APS

**Enrique Picado<sup>a</sup> y María Angélica Gómez<sup>b</sup>**

a. Estudió Ciencias Sociales y tiene conocimientos técnicos en ciencias administrativas. Es fundador del Movimiento Comunal Nicaragüense. Fue Presidente de la Organización (Coordinador Nacional) en el periodo 1992/95 y 1995/98. Posteriormente ha sido miembro de la Junta Directiva Nacional con la responsabilidad del Programa de Salud Comunitaria. Es promotor de la construcción de Política de Salud Comunitaria

b. Asesora en Desarrollo de Sistemas, Tecnología y Servicios de Salud. Maestría en Ciencias Políticas con énfasis en Políticas Públicas, título de Salubrista a través del curso de Especialización en Salud Pública y graduación en Enfermería, residente de Salud Internacional de OPS/OMS en 1989. Desempeñó diversos cargos en el sector público de salud en Brasil, desde el nivel municipal como Secretaria Municipal de Salud en el interior del estado de Sao Paulo, pasando por el nivel departamental como Asistente Técnico de Dirección en la Secretaría de Salud del Estado de Sao Paulo y otros diversos cargos en el Nivel Nacional.





## Tres épocas interesantes

El Movimiento Comunal Nicaragüense (MCN) es una organización de la Sociedad Civil, surgida en el año 1978, en el marco de la lucha del pueblo nicaragüense por su liberación nacional de la dictadura que en esa época gobernaba el país. En el año 1979, al triunfar la Revolución Popular Sandinista nuestra organización inicia con mucho auge y beligerancia la construcción de espacios de participación comunitaria a través de distintos componentes o ejes de trabajo social en ese ámbito.

Uno de ellos fue la *Salud*, asumida de forma entusiasta por la población desde la perspectiva de la participación masiva con un enfoque eminentemente preventivo y educativo. Nuestro rol fue de complementariedad a las grandes metas y acciones emprendidas por el Estado revolucionario. Asumimos la salud desde una perspectiva integral, llena de compromiso y mucha solidaridad vecinal.

Recién, en Alma Ata se había ratificado la meta “Salud para todos en el año 2000” asumiendo la concepción y estrategia de la Atención Primaria en Salud como la vía principal para su concreción. Los nicaragüenses, el Estado y la sociedad, asumimos aquella estrategia como nuestra.

Se institucionalizan las Jornadas Populares de Salud como mecanismo amplio de participación de la comunidad por su propia salud, con el compromiso y entusiasmo de la población organizada en aquel momento en los Comité de Defensa Sandinista (CDS). Se eliminan focos de insalubridad en hospitales, mercados, parques y terrenos baldíos con participación plena de la comunidad y unos 30.000 Brigadistas organizados, la mayoría jóvenes.

Con el tiempo se instaura toda una cultura por la promoción de la salud preventiva, que visto desde el presente, contribuyó significativamente a eliminar muertes y enfermedades evitables que en ese momento eran tan frecuentes que se encontraban “naturalizadas”.

Dos datos de impacto social demuestran, como indicador de la calidad de estos procesos que, la masiva participación conjuntamente con la voluntad del Estado logró la erradicación de la poliomielitis y que la Mortalidad Infantil, de 125 niñas/niños por cada 1000 nacidos vivos en el año 1978 se redujera a 63 por mil en el año 1984.

El MCN organizó la Red de Salud Comunitaria, creando un nuevo protagonista a nivel local que durante 30 años ha hecho historia en la participación en salud: *Los brigadistas populares de salud*. Se rescató además el trabajo de los colaboradores y voluntarios y, el rol de otras organizaciones, reivindicando y mejorando la calidad con entrenamiento y capacitación a las parteras, ubicándolas como un actor clave por la vida en las comunidades.

Hubo calidad y calidez en la atención, principalmente en los primeros años cuando el país no estaba tan afectado por la guerra que sufrió; los medicamentos y la atención eran gratuita y el nivel de compromiso y de entusiasmo por producir salud era igual en los trabajadores de la salud y en los actores locales surgidos del seno de las comunidades, brigadistas, promotores, Col-Vol, parteras y líderes comunitarios.

Desde entonces Nicaragua es ejemplo en participación en salud desde una lógica integral y de esfuerzos conjuntos entre las distintas entidades del Estado y las organizaciones sociales. Esta es para el MCN una época de oro en participación

comunitaria para y por la salud, en la consecución de un derecho humano que sólo es posible con voluntad política de los Estados y el rol de la comunidad organizada.

Con el cambio político llevado a cabo en el año 1990 y con el advenimiento de un sistema político, económico y social radicalmente distinto al de los años '80, se desmonta todo el sistema de atención en salud. La salud se convierte en mercancía, en instalaciones públicas o del Estado, pues en muchos de ellos se dividió la atención entre quienes podían pagar un mejor servicio y quienes no, o bien tener que llevar a la unidad pública de salud algunos materiales de reposición periódica e incluso tener que pagar por una intervención quirúrgica.

Había falta de medicamentos y por lo general el usuario o ciudadano se iba solamente con la receta y uno que otro medicamento como acetaminofen, jarabe, desparasitantes, entre otros; un hecho relevante sin embargo de esta época es el haber mantenido como política de los distintos gobiernos la realización de las Jornadas Nacionales de Salud, hecho que le dio sostenimiento a la participación del tejido social creado en los años '80 y de alguna manera, sectores de población participando en jornadas o campañas por su salud.

La participación sin embargo desde algunos sectores políticos se veía como un mal que debía erradicarse, en tanto para ellos, representaba un hecho histórico que no coincidía con sus posiciones políticas, hubo lucha permanente de distintos actores locales y liderazgos sociales por el sostenimiento de un componente clave para la vida del país como lo es la participación. Con las dificultades de esta época se logró al menos mantener, evitándose el desmontaje absoluto de toda una experiencia que como dijimos hizo historia en Nicaragua.

Podemos catalogar esta época como de sobrevivencia en el campo de la participación.

Con el arribo del Gobierno Unidad y Reconciliación Nacional, se reinstala de manera inmediata la gratuidad en la Salud en el sistema público, hecho que desde el Movimiento Comunal Nicaragüense, hemos celebrado desde el primer momento.

El gobierno, instaura su propio modelo de participación comunitaria hecho que en algunos casos ha provocado algunas contradicciones, pero que de igual manera el MCN ha considerado como legítimo el hecho de que el gobierno promueva aún más la participación a través de los Concejos del Poder Ciudadano (CPC). Por nuestra parte siempre hemos estado dispuestos a trabajar de la mano con estas organizaciones y con el Estado, particularmente con el Ministerio de Salud.

Desde nuestra realidad nacional entonces, podemos asegurar que en Nicaragua se presentan condiciones para impulsar y hacer vigente, como ayer, la Atención Primaria en Salud, como una estrategia que junto a la voluntad de los Estados asegure salud para todos y todas.

Hemos consagrado nuestro compromiso en la Política de Salud Comunitaria, instrumento rector del MCN para la promoción y defensoría de la salud como un derecho humano y hacer de la Atención Primaria en Salud nuestra conducta y nuestra práctica de participación.

# Visiones







# ¿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-

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 repri- mían.

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

---

1. 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 resolutoria 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 todas 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.

# Atención Primaria en Salud y Participación Social: Análisis del contexto histórico en América Latina, de los desafíos actuales y las oportunidades existentes



Foto: Grupo de líderes indígenas de municipios rurales de Guatemala durante el taller de planificación participativa.  
Crédito: Ismael Gómez, Centro de Estudios para la Equidad y Gobernanza de los Sistemas de Salud-CEGSS.

## **Walter G. Flores<sup>a</sup> y Ana Lorena Ruano<sup>b</sup>**

a. Director, Centro de Estudios para la Equidad y Gobernanza de Sistemas de Salud-CEGSS, Ciudad de Guatemala, Guatemala. Miembro activo de la red ALCUEHealth e Investigador invitado, Centro de Investigaciones en Salud Global, Universidad de Umeå, Suecia.

b. Asistente de Investigación, Centro de Estudios para la Equidad y Gobernanza de Sistemas de Salud-CEGSS. Estudiante de Doctorado, Escuela de Epidemiología y Salud Pública, Universidad de Umeå, Suecia.



## Introducción

De acuerdo con la declaración de Alma-Ata, la Atención Primaria de Salud (APS) es una estrategia segura y costo-efectiva capaz de prestar servicios amplios e integrales de salud. Esta declaración califica a la salud como un derecho cuya responsabilidad está a cargo de los gobiernos. Asimismo, también es una obligación que requiere de la acción colectiva y la participación popular para contribuir a la eliminación de las desigualdades en salud. La declaración también enfatiza la importancia del contexto social y político y afirma que la paz y el desarme mundial serán una fuente de salud y de desarrollo para todos los pueblos (WHO/UNICEF, 1978).

Uno de los elementos clave de la APS es la participación social. Esta busca aumentar el uso de los servicios de salud e involucrar al nivel local en los procesos democráticos de toma de decisión que contribuyen a fomentar el cambio y la equidad social (Litva y cols; Rifkin, 1996). Sin embargo, la definición original de participación social de Alma-Ata se prestó a muchas interpretaciones distintas. De esta manera, el término de participación podía incluir simplemente seguir las órdenes del médico, que la población prestara su mano de obra de forma gratuita para equilibrar costos o un proceso auténtico en donde las preocupaciones, intereses y opiniones de la población fueran escuchados y realmente tomados en cuenta (Lehoucq, 2008; Briceño-León, 1998).

Varios autores han realizado análisis detallados sobre las barreras económicas, financieras e ideológicas que impidieron el desarrollo de la estrategia de APS tal y como fue planteada por la declaración de Alma-Ata (Baum, 2007; CSDH, 2005). Por lo tanto, en este artículo nos concentraremos en analizar la evolución del concepto de participación social, los contextos sociopolíticos en donde se ha insertado dicho concepto y los desafíos y oportunidades actuales que presenta la participación social ante el relanzamiento de la APS a nivel de América Latina.

### La participación social: evolución del concepto

Para alcanzar las metas trazadas en Alma-Ata se enfatizó la atención primaria en salud y la participación comunitaria. Sin embargo, en los treinta años desde la conferencia, muchos cambios sociales, económicos y políticos han influenciado la forma en que se define, percibe y concibe la participación social dentro del sistema de salud. Originalmente, la declaración de Alma Ata definió a la participación comunitaria como:

*‘[el] proceso por el que los individuos y las familias asumen la responsabilidad de su salud y bienestar particular o colectivo, contribuyen a su desarrollo económico y comunitario, conocen mejor sus problemas y necesidades de salud y pueden ser agentes activos de su desarrollo social y sanitario’ (WHO/UNICEF; 1978).*

El propósito de la participación comunitaria era el facilitar el empoderamiento de las comunidades a través de involucrarlas en el proceso de toma de decisiones y de implementación de políticas públicas y servicios de salud. A pesar del compromiso

adquirido, los países involucrados implementaron formas distintas de participación que incluyeron aspectos superficiales que favorecieron la existencia de procesos de participación simbólica (Arnstein, 1996). Esto contribuyó a que la participación social fuera considerada como un arreglo cosmético para las intervenciones en salud al mismo tiempo que buscaba reducir costos. En algunos casos, la participación se entendía como una medida ‘utilitaria’, en donde la comunidad proporciona recursos como tierra, mano de obra o financiamiento como contrapeso de la inversión del Estado o de algún donante. (Vásquez y cols 2002; Morgan 2001). Sin embargo, otra visión de la participación buscó involucrar a las comunidades en la prestación de servicios y toma de decisiones en salud con el propósito de satisfacer las necesidades locales de acuerdo a las propias circunstancias (Rifkin 1996).

En el desarrollo del concepto de participación social apareció la noción de la participación ciudadana hacia finales de la década de 1990. Ésta hace énfasis en las reglas democráticas para implementar procesos que permitan la discusión, la consulta y la movilización social para influenciar instituciones y políticas públicas (Morone & Kilbreth, 2003; Gaventa 2002). La participación se concibe como un derecho que tienen los ciudadanos y debe ser activa, libre y significativa. En comparación con la participación comunitaria, la participación ciudadana crea una relación entre el ciudadano y su Estado en la que ambos tienen la obligación de reducir la distancia entre ellos por medio de procesos de diálogo y la creación de agencia (Mahmud, 2004).

La participación ciudadana permite la planificación, implementación y utilización de los servicios de salud pero tiene un objetivo diferente. Mientras en la definición original de Alma Ata buscaba mejorar la cobertura, la participación ciudadana se enfoca en conseguir autonomía local y control sobre la infraestructura y la tecnología disponible para la atención primaria en salud (Houtzager y colaboradores. 2004; Vásquez y colaboradores. 2002; Gaventa, 2002; Serrano, 1998).

### El contexto sociopolítico de la participación social en América Latina en las décadas de 1970 a 1990

La declaración de Alma-Ata se firmó a finales de la década de 1970. En ella los países firmantes se comprometieron a hacer cambios profundos en sus sistemas de salud basados en el empoderamiento a partir de la participación de los niveles locales y de la población rural. Sin embargo, el contexto mundial influyó la forma en que estos procesos de participación ocurrían y las posibilidades de generar el cambio social esperado. Esto es importante si tomamos en cuenta que Alma-Ata llamaba a implementar procesos democráticos de participación en sociedades que, como las de América Latina, estaban en medio de procesos de dictaduras militares y de represión política.

Históricamente, América latina se ha caracterizado por tener Estados económicamente dependientes, sociedades altamente segmentadas y altos niveles de exclusión y marginalidad social (Almeida, 2002). Durante la década de 1970 catorce de los dieciocho países de la región tuvieron gobiernos basados en una dictadura y para la década de 1980, diez países aún las tenían. Estos gobiernos totalitarios se caracte-

rizaron por tener niveles de represión que eliminaban la posibilidad de participación de los ciudadanos en todas las actividades del Estado (Lehoucq, 2008; Rosenberg, 1995). El contexto de la guerra fría y la lucha contra el comunismo influenciaron la vida política latinoamericana. El uso de técnicas de tortura, de desapariciones forzadas, asesinatos y otras formas de violencia y represión contribuyeron a crear a una ciudadanía apática que se alejó de la participación social. Por su parte, los gobiernos represivos entendían la participación como una idea subversiva con raíces ‘comunistas’ (Lehoucq, 2008; Briceño-León, 1998; Rosenberg, 1995).

La capacidad de muchas de las dictaduras de la región para mantener el poder fue seriamente afectada por la crisis y por la inestabilidad económica de la década de 1980. Aquí surgió la nueva era de gobiernos democráticos en la región. Sin embargo, su posibilidad de éxito se encontraba condicionado por la crisis económica. Para responder a ella, los países establecieron políticas ortodoxas de estabilización orientadas a recortar el gasto público. Esto llevó a serios cortes presupuestarios del gasto social, específicamente del gasto en salud y educación. Los programas de ajuste estructural se caracterizaron por no poder contener el empobrecimiento de la población y por debilitar las democracias recién establecidas de los Estados latinoamericanos. Aún cuando disminuyeron las acciones de represión política hacia la participación social, la crisis económica y financiera tampoco brindó las condiciones para poder recuperar los niveles de participación social de los ciudadanos (Stahl, 1994).

### El contexto actual en América Latina y sus desafíos para la participación social en salud

Es innegable que en relación a libertades políticas, los países de la región han transitado un camino importante con gobiernos electos democráticamente, con alternancia política y con relativa estabilidad. Más importante aún, la mayoría de constituciones políticas de los países reconocen la salud como un derecho. Sin embargo, estos avances se dan en un contexto de desafíos importantes. Los procesos de globalización han limitado la capacidad de los Estados para dirigir las políticas públicas de salud (como en los casos de la propiedad intelectual en patentes de medicamentos y otros), y ha contribuido con la migración del recurso humano calificado. Además, los países latinoamericanos recién terminaron un ciclo reformista que redujo considerablemente el tamaño y capacidad de los Estados. Eso incluye a los procesos que privatizaron buena parte de los sistemas de salud. Asimismo, existe evidencia de una profundización de las desigualdades sociales tanto entre países como al interior de ellos (Homedes & Ugalde 2005; PNUD 2004; Almeida 2002)

Lo anterior indica que ciertamente existen mejores condiciones para la participación social en la mayoría de países de la región. Sin embargo, la posibilidad de influenciar las políticas públicas se dificulta por los compromisos que la mayoría de Estados aún tienen con las agencias financieras internacionales, así como en el énfasis de crear economías que respondan al modelo de la globalización y no una economía solidaria que disminuya la desigualdad social entre la población.

## Nuevas oportunidades: El marco de derechos humanos, la emancipación ciudadana y la autonomía ciudadana.

Los desafíos alrededor de la participación social en el contexto actual de la región son mayores. Sin embargo, ahora se cuenta con herramientas legales y políticas que no existían hace tres décadas. El marco de derechos humanos, y particularmente los derechos económicos, sociales y culturales, constituyen un referente para guiar los procesos de participación social que respete las reglas del juego democrático. Debido a su aplicación a nivel individual y colectivo, local, nacional y transnacional, el marco de derechos humanos también es un referente importante para que la ciudadanía también pueda influir en la construcción y balance de poder de las reglas del juego democrático (Bret & Rodas, 2008; Abramovich, 2006; Miranda & Yamín, 2005).

Otra herramienta poderosa para afrontar los nuevos desafíos lo constituye el aprendizaje social y la evolución del concepto de participación social como un ejercicio de participación ciudadana. Este tipo de participación tiene como eje las relaciones de poder que se dan entre el Estado y la ciudadanía y entre los ciudadanos. En la visión actual de la participación social no se busca satisfacer únicamente necesidades sociales sino implementar una redistribución de poder que permita la gobernabilidad democrática. Los conceptos de emancipación ciudadana y autonomía ciudadana son centrales en ésta visión. La discusión sobre ambos conceptos comenzó en la década de 1960. Sin embargo, su combinación e inserción en el marco de derechos humanos les ha dado un nuevo sentido. Los mismos se describen a continuación.

### *La emancipación ciudadana*

De acuerdo con Gaventa y Valderrama (1999), la emancipación ciudadana se debe entender como el proceso en el cual la ciudadanía lucha por mejorar la distribución de poder en el Estado y, en el contexto de salud, mejorar la distribución y la calidad de sus servicios. De Negri (2008) la define como el proceso que permite a la ciudadanía ejercer todos sus derechos civiles en el cuestionamiento, debate, toma de decisiones y acciones subsecuentes en la política pública y otros aspectos de la vida diaria.

La definición de De Negri está basada en la perspectiva de derechos humanos. Entender la emancipación ciudadana de esta manera permite construir puentes entre distintos grupos de la ciudadanía para mejorar la cohesión social. Otros autores también señalan que esta perspectiva le permite a los ciudadanos la libertad de actuar afuera de las estructuras que el Estado ha preestablecido y que, gracias a prácticas clientelistas o corruptas, han probado no ser efectivas (Arangurén, 2005; Yamin, 2005; Velásquez & González, 2003; Parranguéz, sin año).

El proceso de emancipación le permite a la ciudadanía tener más control y poder sobre las decisiones relacionadas con las políticas públicas y se basa en la educación como una herramienta de liberación y transformación cultural. Desde la perspectiva de derechos humanos contribuye al enriquecimiento de la vida diaria a través de mejoras en los sistemas políticos y sociales (D'Angelo Hernández, 2005; Sanabria Ramos 2004; Parranguéz, sin año). La emancipación ciudadana está rela-

cionada con el proceso de descentralización, que crea nuevas oportunidades de participación a nivel local e idealmente permite un proceso participativo más ligado a las necesidades de las personas que toman las decisiones (Franco, 2003).

La participación social es un componente clave de la descentralización y ésta se ve fortalecida por los procesos de emancipación. Es a través de la participación que los ciudadanos pueden velar por sus derechos y obtener una distribución más equitativa de los recursos, de poder y mejores servicios (Contreras 2001). Los procesos de participación basados en la emancipación buscan satisfacer necesidades reales de la sociedad basándose en el derecho de autodeterminación y no en la lógica racional económica del mercado. Esto mejora el nivel y la calidad de la participación y contribuye a trazar metas de mediano y largo plazo que permiten construir estrategias y servicios sostenibles. Este proceso le devuelve responsabilidades a la ciudadanía sin que el Estado deje su función de garante y prestador de servicios (Di Negri Filho, 2008; Arangurén, 2005; Yamin, 2005; Velásquez y González, 2003).

#### *La autonomía ciudadana*

Los procesos de emancipación tienen como propósito lograr la autonomía ciudadana. Esta es la capacidad que tiene la ciudadanía de influenciar los procesos de toma de decisiones a través de medios democráticos que les permiten a los ciudadanos vivir de forma digna y de acuerdo a sus propios valores (Varelíous, 2007; Gaventa & Valderrama, 1999). La autonomía se deriva del Estado porque el papel de éste es proteger al ciudadano y garantizarle todos los bienes básicos que se necesitan para construir una vida plena (Contreras, 2001). Para que esto pueda ocurrir es necesario que existan estructuras sociales fuertes y espacios de participación abiertos que le permitan a la ciudadanía organizarse para incidir a nivel local, provincial y central. Esta participación les permitirá vivir vidas más sanas (Di Negri Filho, 2008; Arangurén, 2005; Yamin, 2005; Sanabria Ramos, 2004).

La autonomía ciudadana es una alternativa viable a la democracia representativa y a la historia de autoritarismo de América Latina. Ésta es capaz de crear una democracia que refleja los intereses de la ciudadanía y que potencialmente genera una mejor y más equitativa distribución del poder. Sin embargo, para que esto exista es necesario que haya trabajo en común entre todos los sectores de la sociedad que forje relaciones igualitarias y recíprocas (Contreras, 2001).

Cuando la ciudadanía autónoma participa lo hace de forma más activa y en espacios que permiten la toma de decisiones vinculantes en donde se les involucra tanto en el proceso como en las decisiones tomadas (Gaventa & Valderrama, 1999). Esto mejora la implementación de programas y contribuye a tener mejores procesos de auditoría social. Desde el punto de vista territorial, la ciudadanía contribuye a crear institucionalidad en contextos sociales complejos que, a su vez, ayudan a mejorar la gobernabilidad (Di Negri Filho, 2008; Velásquez & González, 2003).

Es importante notar que no se debe confundir la autonomía ciudadana como una estrategia que facilita la reducción del Estado. Frecuentemente se comete el error de calificar a la autonomía ciudadana como una herramienta que le permite al Estado

reducir su carga de responsabilidades y funciones (Franco 2003). Por lo contrario, lo que la autonomía ciudadana busca es que, a través de procesos liberadores y de emancipación, la ciudadanía pueda ejercer un control más preciso sobre el Estado de tal manera que éste cumpla con los compromisos que tiene con la población que habita dentro de sus fronteras (Yamin, 2005).

## Conclusión

Actualmente, Latinoamérica es una región políticamente estable. Muchos de los Estados de la región atraviesan procesos de descentralización y esto ha contribuido a enfocar la atención en la participación social. Sin embargo, treinta años después de la firma de la declaración de Alma-Ata, el concepto ha evolucionado. Mientras que en el contexto de la guerra fría o de conflictos armados la participación social podía incluir acciones como seguir las órdenes médicas o donar mano de obra para equilibrar costos económicos, ahora existe un nuevo paradigma de la participación. La participación ciudadana le permite a la sociedad civil participar desde la perspectiva de los derechos humanos. Esto quiere decir que los procesos participativos tienen una nueva meta, muy similar a la originalmente trazada en la conferencia de Alma-Ata: lograr una distribución más efectiva y equitativa del poder y lograr una calidad de vida más digna y justa.

Participar desde la perspectiva de derechos humanos emancipa a la ciudadanía y esto le permite ejercer todos sus derechos civiles en el cuestionamiento, debate, toma de decisiones y otros aspectos de la vida política pública y privada. Sin embargo, para que esto ocurra se necesitan estructuras sociales fuertes que utilicen a la educación y la información como una herramienta liberadora que le permita al ciudadano una relación autónoma con su Estado basada en principios democráticos y en espacios de participación abiertos. Gracias a esto la ciudadanía puede intervenir no sólo a nivel local sino provincial y central y generar una mejor y más equitativa distribución del poder.

## Bibliografía

- Abramovich, V. 2006. 'Una Aproximación al Enfoque de Derechos Humanos en las estrategias y políticas de Desarrollo'. *Revista de la CEPAL*: 35-50.
- Almeida, C. 2002. 'Reforma de los sistemas de servicios de salud y equidad en América Latina y el Caribe: algunas lecciones de los años 80 y 90'. *Cad. Saúde Pública*. 18(4): 905-925.
- Arangurén, G. 2005. 'La participación ciudadana, posibilidades y retos'. *Aposta revista de ciencias sociales*. 22(noviembre).
- Arnstein, SR. 1996. 'A ladder of citizen participation'. In *The city reader*. 2<sup>nd</sup> Edition. Richard T. Gates and Frederic Stout, Eds. Routledge Press.
- Baum, F. 2007. '¡Salud para todos, ahora! Reviviendo el espíritu de Alma Ata en el siglo XXI'. *Medicina social*. 2(1). 37-46.

- Brett, R. & Rodas, F. 2008. *Democracia y Derechos Humanos: Voz ciudadana*. Guatemala, PNUD.
- Briceño-León, R. 1998. 'El contexto de la participación comunitaria en América Latina'. *Cad. Saúde Pública*. 14(Supl. 2): 141-147.
- Contreras, MA. 2001. 'Ciudadanía, pluralidad y emancipación: perspectivas democráticas de un debate en ciernes'. *Cuadernos del CENDES*. 18(43):1-41
- CSDH. 2005. *Actions on the social determinants of health: Learning from previous experiences*. Commission of Social Determinants of Health. World Health Organization. Tomado de [http://www.who.int/social\\_determinants/resources/action\\_sd.pdf](http://www.who.int/social_determinants/resources/action_sd.pdf) el 13 de junio 2008.
- D'Angelo Hernández, O. 2005. *Educación ciudadana para una democracia emancipatoria: el aprendizaje social desarrollador*. Ponencia presentada en la convención intercontinental de psicología y ciencias sociales y humanas. HOMINIS. La Habana. Noviembre.
- De Negri Filho, A. 2008. 'A human rights approach to quality of life and health: applications to public health programming'. *Health and Human Rights*. 10(1).
- Franco, R. 2003. *Descentralización, participación y competencia en la gestión social*. VIII Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública. Panamá 28-31 de octubre.
- Gaventa, J. 2002. 'Introduction: exploring citizenship, participation and accountability'. *IDS Bulletin*. 33(2).
- Gaventa, J & Valderrama, C. 1999. *Participation, citizenship and local governance*. Background note prepared for the workshop on 'Strengthening participation in local governance'. Institute of Development Studies. June 21-24.
- Homedes N & Ugalde A (2005) Las reformas de salud neoliberales en América Latina: una visión crítica a través de dos estudios de caso. *Rev Panam Salud Pública* v.17 n.3 pp 210-220
- Houtzager, P; Gurza Lavalle, A & Acharya, A. 2003. 'Who participates? Civil society and the new democratic politics in Sao Paulo, Brazil'. *IDS working paper 210*.
- Lehoucq, F. 2008. 'The third wave of democracy'. *Latin American Research Review*. 43(1): 245-254.
- Litva, A; Coast, J; Donovan, J; Eyles, J; Shepherd, M; Tacchi, J; Abelson, J & Morgan, K. 2002. *The public is too subjective: involvement at different levels of health-care decision making*. *Social Science and Medicine*. No. 54. 1825-1837.
- Mahmud, S. 2004. 'Citizen participation in the health sector in rural Bangladesh: perceptions and reality'. *IDS Bulletin 35.2 New Democratic Spaces?*.
- Miranda, J. & Yamín AE. 2005. "Frameworks of understanding dilemmas of health care in a globalised world: a case study of reproductive health policies in Peru." *Politics and Ethics Review* 1(2): 177-187.
- Morgan, LM. 2001. 'Community participation in health: perpetual allure, persistent challenge'.
- Morone, JA & Kilbreth EH. 2003. 'Power to the people? Restoring Citizen Participation'. *Journal of health politics, policy and law*. 28(2-3) April-June 2003
- Paranguez, MJ. Sin año. *Modelo de participación por afección. Un modelo para el desarrollo de la ciudadanía local*. Universidad Bolivariana. Colombia.
- PNUD (2004) *Democracia en América Latina: Hacia una democracia de Ciudadanas y Ciudadanos*. Nueva York. Programa de Naciones Unidas para el Desarrollo.
- Rifkin, S. 1996. *Paradigms lost: towards a new understanding of community participation in health programmes*.

- Acta Tropica. Vol 61. 79-92.
- Rosenberg, T. 1995. 'Overcoming the legacies of dictatorship'. *Foreign Affairs*. May/June.
- Sanabria Ramos. 2004. 'Participación social en el campo de la salud' *Revista cubana de salud pública*.
- Serrano, C. 1998. *Participación social y ciudadana, un debate del Chile contemporáneo*. MIDEPLAN.
- Stahl, K. 1994. 'Política social en América Latina. La privatización de la crisis'. *Nueva Sociedad*. 131:48-71
- Vásquez, ML; Siquiera, E; Kruze, I; Da Silva, A & Kettlem UC, 2002. 'Los procesos de reforma y la participación social en salud en América Latina'. *Gaceta Sanitaria*. 16(1). 30-38
- Varelious, J. 2007. 'Autonomy and duties to distant strangers'. *Trames*. 11(61/56):4:419-431.
- Velásquez, F & González, E. 2003. *¿Qué ha pasado con la participación ciudadana en Colombia?* Fundación Corona. Bogotá.
- WHO/UNICEF. 1978. *Primary health care*. Report of the international conference on primary health care, Alma-Ata 6-12 September 1978. Geneva. World Health Organization.
- Yamin, AE. 2005. 'The future in the mirror, incorporating strategies for the defense and promotion of economic, social and cultural rights into the mainstream human rights agenda'. *Human Rights Quarterly*. 27(2005): 1200-1244.

# La Reforma de Salud: Un Contexto Adverso para el Desarrollo de la Atención Primaria en Salud Integral en El Salvador



## Eduardo A. Espinoza

Ex-Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de El Salvador y fundador de la Maestría en Salud Pública de la misma Universidad. Miembro del Comité Internacional Organizador de la II Asamblea Mundial por la Salud de los Pueblos, (Cuenca, Ecuador, Julio de 2005). Docente/Investigador en Sistemas y Políticas de Salud de la Maestría en Salud Pública de la Universidad de El Salvador; Director del Observatorio de Políticas Públicas y Salud de la Universidad de El Salvador; Miembro del Cuerpo Académico de la Universidad Internacional para la Salud de los Pueblos (IPHU), del Movimiento por la Salud de los Pueblos.



## Introducción

La Reforma de Salud es un concepto ambiguo, no sujeto a convenciones universalmente aceptadas, ni revelador en sí mismo de la direccionalidad que se pretende dar al Sistema de Salud de un país determinado. Podría ser un proceso de contenido progresista tendiente a generar mayor equidad, mayor participación de la sociedad y un amplio trabajo intersectorial a fin de producir más salud en la población y reducir el impacto en los hogares de la carga de enfermedad. Una Reforma de Salud de esta naturaleza concibe a la salud como un derecho humano fundamental y está en Sintonía con la Declaración de Alma Ata<sup>1</sup>, la Carta de Ottawa sobre la Promoción de la Salud<sup>2</sup> y la Declaración para la Salud de los Pueblos<sup>3</sup> proclamada en la Primera Asamblea Mundial de la Salud de los Pueblos celebrada en 2000 en Bangladesh, por citar algunos de los documentos mas relevantes que han dado aportes a su sustentación teórico-conceptual. Pero la Reforma de Salud también podría tener una direccionalidad completamente opuesta y estar orientada al incremento de la participación privada lucrativa en la gestión de los fondos públicos asignados a salud, al incremento del gasto de bolsillo de los hogares, a la introducción de sistemas fraccionados de aseguramiento basados en la capacidad de pago de los usuarios, a la privatización de los servicios de salud, especialmente de la atención hospitalaria y especializada y al relegamiento de la población socialmente frágil sobre todo en las áreas rurales a “canastas” o “paquetes” básicos de servicios. La Reforma de Salud así esbozada se orienta ideológicamente por el documento “Invertir en Salud”<sup>4</sup> que fuera publicado como el informe anual del Banco Mundial en 1993. Esta Reforma de Salud no sólo profundiza las actuales inequidades, sino que genera nuevas. La Situación Económico Social en El Salvador El Salvador es el más pequeño país del continente americano y uno de los más inequitativos del subcontinente más inequitativo del planeta: Latinoamérica<sup>5</sup>. En sus 21,056 kms<sup>2</sup> se aglomeran cerca de 6 millones de habitantes<sup>6</sup> lo que lo hace también el país más densamente poblado del continente. Durante las décadas de los años ‘70 y ‘80, especialmente en esta última, el país se desangró en una guerra civil entre el ejército gubernamental apoyado fuertemente por el gobierno norteamericano y un fuerte movimiento insurgente nacido al calor de una opresiva tiranía militar que apoyaba un modelo de profundas desigualdades sociales surgidas de una economía agroexportadora sustentada en el monopolio de la tierra para la producción de café, algodón y caña de azúcar y una explotación desmedida de la población rural que constituía el 60% de la población del país que producía cultivos de subsistencia (gra-

1. OMS. Declaración de Alma Ata. OMS. Almaty, Kazakhstan, septiembre 1978.

2. Carta de Ottawa. Primera Conferencia Mundial sobre Promoción de la Salud. Ottawa. Noviembre 1986.

3. Declaración para la Salud de los Pueblos. Savar-Savar, Bangladesh, diciembre 2000.

4. World Bank, 1993 World Development Report. Invest in Health. Washington, D.C.; World Bank; 1993.

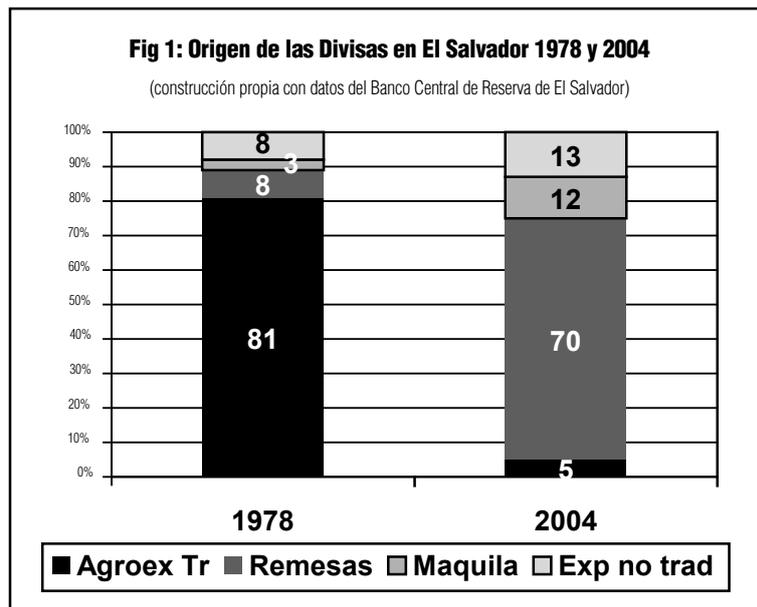
5. CEPAL. Panorama Social de América Latina 2008. <http://www.eclac.org/publicaciones/xml/2/34732/PSE2008-SintesisLanzamiento.pdf>

6. VI Censo de Población y V de Vivienda 2007, Dirección General de Estadística y Censos (DIGESTYC), Ministerio de Economía. <http://www.censos.gob.sv/util/datos/Resultados%20VI%20Censo%20de%20Población%20V%20de%20Vivienda%202007.pdf>

nos básicos) para complementar los escasos ingresos generados por la cosecha de los mencionados cultivos de exportación.

El agotamiento del modelo económico y la Guerra Civil condicionó por razones económicas, políticas y de supervivencia, dos grandes corrientes migratorias: a) de la población del campo a la ciudad, especialmente a la capital, generando un masivo, rápido y desordenado crecimiento urbano con predominio de las villas marginales, lo cual invirtió la Relación Población Urbana/Población Rural, siendo actualmente un 60% urbana y un 40% rural<sup>7</sup>. b) Desde El Salvador hacia el exterior, especialmente hacia los Estados Unidos de Norteamérica, estimándose que entre un 25% y un 33% de la población salvadoreña total se encuentra en el exterior<sup>8</sup>.

El modelo económico también sufrió una transformación sustancial pasando del tradicional modelo económico agroexportador a una economía de servicios con predominio de la banca, el comercio y el sector informal como los sectores más dinámicos del nuevo modelo. Este cambio ha sido condicionado por los sectores dominantes locales a fin de captar la mayor fuente de divisas actualmente para el país: Las Remesas Familiares enviadas por los salvadoreños en el exterior. La figura 1 ilustra esta situación: durante el auge del modelo agroexportador, antes de la guerra civil, las divisas provenían en un 8% de las remesas y en un 81% de las exportaciones agrícolas. Actualmente un 70% de las divisas proviene de las remesas<sup>9</sup>.



7. ibid

8. ibid

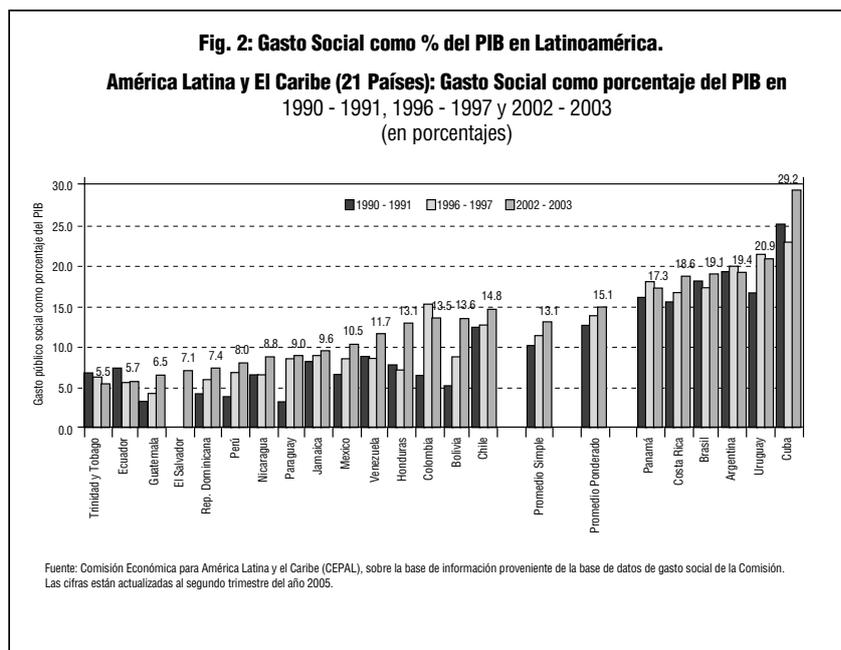
9. Ingresos mensuales en concepto de remesas familiares. Banco Central de Reserva de El Salvador. [http://www.bcr.gob.sv/estadisticas/Sector\\_externo/sectorexterno\\_remesas\\_familiares.html](http://www.bcr.gob.sv/estadisticas/Sector_externo/sectorexterno_remesas_familiares.html)

El otro elemento estimulado desde el estado como una alternativa de desarrollo económico y alivio a la presión social por más empleo, ha sido el establecimiento de grandes parques industriales (sobretudo de industrias de transformación textil o “maquilas”) e incentivos fiscales y restrictivos a las organizaciones laborales<sup>10</sup> a fin de estimular el establecimiento de grandes empresas transnacionales que aprovechen los bajos salarios, el ambiente de impunidad laboral y la abundante mano de obra salvadoreña, desarrollando en forma compensatoria este tipo de empleo precario.

En 1992 se firmaron los Acuerdos de Paz que dieron fin a la Guerra Civil en El Salvador. Dichos acuerdos contemplaban el fin de la Dictadura militar, la desmilitarización del país y la no ingerencia del estamento militar en el gobierno, reduciendo sustancialmente su tamaño y limitando sus funciones a la defensa de la soberanía nacional. También introdujeron reformas importantes al Sistema Electoral, a la administración de justicia, a la configuración de una nueva y única Policía Nacional Civil y a la inserción a la vida civil a los ex-combatientes de ambos ejércitos, el gubernamental y el insurgente.

Los acuerdos también estipulaban el establecimiento de un amplio Foro Económico y Social para posibilitar una distribución más equitativa de la riqueza, aspecto que 16 años después continúa relegado al olvido. La indiferencia oficial a este tema se refleja en la escasa inversión social que es de las más bajas del continente<sup>11</sup>.

En las últimas dos décadas sucesivos gobiernos de corte neoliberal han intro-



10. OIT. <http://noticias.terra.com/articulo/html/act474509.htm>

11. Machinea, José Luis: Presentación de la síntesis del Panorama Social 2005 de Latinoamérica, elaborado por la CEPAL con datos actualizados al 2º trimestre de 2005. Revisado en Enero 2008 en [http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/4/23024/PSE2005\\_Presentacion\\_JoseLuisMachinea.pdf](http://www.eclac.cl/publicaciones/xml/4/23024/PSE2005_Presentacion_JoseLuisMachinea.pdf)

ducido reformas sustanciales en la gestión pública y en el manejo de las relaciones comerciales del país, lo que ha incluido entre otras la privatización de numerosas instancias y servicios públicos. (Ver Figura 3)

El mantenimiento de la red vial en el interior del país y las ciudades está en franco deterioro debido a que fue “descentralizado” a los gobiernos locales sin una paralela transferencia de recursos, conservando el estado únicamente la construcción y mantenimiento de las grandes vías de acceso a los parques industriales y calles importantes en la capital. La moneda nacional, el Colón, fue suprimido y la Economía completamente dolarizada a partir de 2001.

**FIGURA 3: PROGRAMA DE MEDIDAS NEOLIBERALES EN EL SALVADOR, (CUADRO ORIGINAL DE SOCIAL WATCH, INFORME 2003, MODIFICADO POR ESPINOZA)<sup>12</sup>**

PRESIDENTE	AÑO	MEDIDAS
Cristiani 1989 -1994	1989	Privatización de las exportaciones de café y azúcar
	1990	Privatización del Hotel Presidente
	1991	Privatización de la Banca, cierre del Instituto Regulador de Abastecimientos (IRA) y del Instituto de Vivienda Urbana (IVU)
Calderón Sol 1994 - 1999	1992	Privatización de la Escuela Nacional de Agricultura
	1994	Privatización de la Escuela Nacional de Enfermería
	1995	Privatización de los Ingenios Azucareros
	1998	Privatización de las Telecomunicaciones, Fondos de Pensiones y distribución de la Energía Eléctrica
	1999	Privatización de la emisión de la emisión de Licencias para conducir vehículos (SERTRACEN) y Documentos de identidad personal.
Flores Pérez 1999 -2004	2001	Dolarización de la economía
	2002	Subcontratación de hospitales privados por la Seguridad Social para la atención de partos y operaciones de próstata. Privatización de la Consulta especializada y de los servicios de Seguridad, Cocina, Lavandería y Limpieza

El Salvador es signatario de varios TLC’s que ya entraron en vigencia, específicamente con Estados Unidos (Marzo 2006), México (Marzo 2001), Chile (Junio 2002), República Dominicana (Octubre 2001) y Panamá (Octubre 2002). Estos son tratados regionales suscritos también por el resto de países centroamericanos. Otro TLC más ha sido suscrito por parte de El Salvador y Honduras con Taiwan (Marzo 2008). Actualmente están en marcha negociaciones para más TLC’s con Canadá, Colombia y la Comunidad de Naciones del Caribe (CARICOM).<sup>13</sup>

12. Alvarado Jeannette, Guzmán Gloria, Hernández Rosalía, Paniagua Mario A: *La privatización: un proceso con fisuras* en Informe 2003 Los Pobres y el Mercado. Pp 120-121. Social Watch 2003.

13. Ministerio de Economía. Tratados de Libre Comercio. <http://www.minec.gob.sv/default.asp?id=70&mnu=70>

## El Impacto de las Reformas Neoliberales en la Salud de los Salvadoreños y en la Economía de los Hogares

No fue sino hasta recientemente (Octubre de 2007) que la Asamblea Nacional Legislativa aprobó la Ley del Sistema Nacional de Salud<sup>14</sup>, ante las críticas cada vez más fuertes desde la sociedad civil para definir el rumbo de la Reforma de Salud. Sin embargo, las reformas estatales de orientación neoliberal ya descritas, venían también siendo implementadas en menor medida en el sector público de la salud.

De esta manera en las pasadas dos décadas los salvadoreños vieron incrementarse las cuotas de usuario en el Sistema Público (user fees) bajo el eufemismo de “cuotas voluntarias” en concepto de pago por exámenes de gabinete y laboratorio, hospitalización y tratamientos especializados. También se impulsó la privatización entre otros de los servicios alimenticios, de vigilancia y de ambulancias en la red pública de servicios y la consulta especializada en la Seguridad Social. Se estableció la subcontratación de hospitales privados por la misma Seguridad Social para la atención de partos y otros servicios hospitalarios, así como a la subcontratación de servicios privados por la red pública del Ministerio de Salud para la realización de cirugías especializadas (oftalmológicas, cardiovasculares) y diagnósticos con ultrasonido, tomografías y otras aplicaciones de alta tecnología.

Los sistemas paralelos complementarios de seguridad social para otros segmentos del sector público como los maestros y los militares vivieron, en el caso de Bienestar Magisterial la transformación total de sus servicios en una mera administradora de los fondos provenientes del sector público y las cuotas de sus usuarios para subcontratar farmacias y proveedores privados de servicios o, en el caso de Sanidad Militar, la apertura de sus servicios a la prestación privada a fin de poder complementar el estancamiento o reducción progresiva de los fondos asignados a su funcionamiento y evitar el cierre de sus instalaciones.

Paralelamente a esta mayor participación del sector privado lucrativo en la gestión de los fondos y los servicios públicos de atención a la enfermedad se estancó o redujo el presupuesto nacional de salud, la disponibilidad de medicamentos en el sector público entró en una crisis recurrente y proliferaron las denuncias de corrupción ligadas principalmente a la participación de altos funcionarios en los servicios privados subcontratados con fondos públicos y a las licitaciones públicas<sup>15</sup>.

Organismos financieros multinacionales como el Banco Mundial y Agencias de cooperación como USAID interesados en incrementar la participación privada, aprovecharon la crisis generada por el daño a la infraestructura hospitalaria pública por los terremotos del 13 de enero y 13 de febrero de 2001<sup>16</sup> para introducir crédi-

14. Decreto No. 442 de la Asamblea Nacional Legislativa. Octubre 26 de 2007. Ley de Creación del Sistema Nacional de Salud. Diario Oficial 214 tomo 377.

15. Periódicos, Tribunal de ética.

16. Reportes periodísticos.

tos<sup>17</sup> que ligaban la reparación de la red hospitalaria a fondos paralelos para la subcontratación de Organizaciones no gubernamentales que prestaran “servicios de Atención Primaria en Salud” en el área rural<sup>18, 19</sup>. Paradójicamente a 7 años de la controversial aprobación de estos créditos, el componente del préstamo orientado a reparar los daños del terremoto a la red hospitalaria pública ha sido ejecutado con una extrema lentitud a diferencia de las acciones y objetivos previstos para el componente de préstamo asignado para la subcontratación de ONG’s

El gasto de bolsillo de los hogares salvadoreños como componente del gasto total en salud es uno de los más elevados de Latinoamérica<sup>20</sup>. Este va paralelo con la carga de enfermedad típica de un país subdesarrollado que soporta la población, especialmente la población en mayor grado de fragilidad social. Ello coincide y se potencia con el hecho de que El Salvador es uno de los países que tienen la más baja inversión social en latinoamérica, para impactar negativamente en la población.

## El Conflicto Generado por la Orientación Actual de la Reforma de Salud

Los reiterados intentos por privatizar el sistema, reforzando el sistema medicalizado con su consecuente incremento en el gasto de bolsillo de los hogares y las crecientes limitaciones a la accesibilidad a los servicios de atención a la enfermedad, han generado una creciente conflictividad particularmente agudizada en el sector salud pero que también en cada episodio de reactivación ha contado con un amplio respaldo de la sociedad civil organizada y de la población en general. La cronología de los conflictos más relevantes es:

En 1998 estalló una huelga en el ISSS que tuvo una duración de dos meses en protesta por porque en el plan de modernización del Seguro Social se abren las puertas a las concesiones y compra de servicios a entes privados, entre ellos: vigilancia, rayos x, laboratorios e incluso tres mil partos de bajo riesgo anuales en el Hospital de Pro familia<sup>21</sup>.

A finales de 1999 inicia un segundo proceso de huelga que tuvo una duración de cuatro meses hasta marzo de 2000 en protesta por el desplazamiento de personal administrativo y de salud generado por el incremento en las medidas de contratación de servicios como cocina, limpieza y otros servicios de salud como operaciones de próstata y de ojos fuera de la red Hospitalaria del Seguro Social

17. Decreto No. 687 de la Asamblea Nacional Legislativa, diciembre de 2001. Autorización al Ministro de Hacienda para suscribir el Convenio de préstamo con el BIRF-BM por 142.6 millones de dólares.

18. Entrevista con Rafael Cortez, funcionario del BM encargado de la supervisión del préstamo del BM al proyecto RHESSA. En sitio web de La Prensa Gráfica revisado el 25 de enero de 2008 <http://www.laprensagrafica.com/nacion/750444.asp>

19. Proyecto de Reconstrucción de hospitales y extensión de servicios de salud (RHESSA) en el sitio web del Banco mundial, revisado y actualizado al 25 de enero de 2008. <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/BANCOMUNDIAL/EXTSPPAISES/LACISPANISHEXT/ELSALVADORINSPANISHEXTN/contentMDK:21274696~pagePK:141137~piPK:141127~theSitePK:454643,00.html>

20. CEPAL. Panorama Social de América Latina 2007.

21. Sistema de Salud en El Salvador: Diagnóstico y Lineamientos de Reforma, Amparo Cruz-Saco Oyague, Noviembre de 2000.

En Septiembre de 2002 se desata un nuevo conflicto. Una huelga en el Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS) que tiene una duración de nueve meses en la que a diferencia de las huelgas anteriores, participa en forma predominante el Sindicato de Médicos Trabajadores del Seguro Social **-SIMETRISSE-**, seriamente afectados con las nuevas condiciones de flexibilización laboral que prioriza nuevas formas de contratación en desmedro de los derechos laborales de sus agremiados.

## El Trasfondo Ideológico de la Privatización de la Salud

En atención a los hechos anteriormente relatados, para hacer avanzar en El Salvador el modelo concebido por el Banco Mundial, es posible identificar dos grandes estrategias que se impulsan alternativamente en grados variables en dependencia de la intensidad de la respuesta de la sociedad civil organizada y la población.

Estas estrategias son:

- a) La privatización creciente de la atención hospitalaria y la consulta especializada en las zonas urbanas, donde se concentra la población con capacidad de pago.
- b) La subcontratación de ONG's para la prestación de servicios de "Atención Primaria en Salud" a la población pobre y extremadamente pobre especialmente en el área rural

Ambas estrategias persiguen los mismos fines: generar un modelo de aseguramiento fragmentado y estratificado según la capacidad de pago de la población y amortiguar el impacto social de esta medida compensando a los pobres con la entrega de una canasta extremadamente básica.

A fin de facilitar la Implementación de las estrategias se combinan con:

- a) El estancamiento y deterioro deliberado de la red pública de servicios, cuya manifestación más visible es el estancamiento del presupuesto de salud. Éste ni siquiera crece al ritmo del crecimiento de la población; es más: está teniendo desde hace tres años una inversión decreciente con respecto al PIB de la nación.
- b) La concesión al usuario, con cada nuevo modelo de aseguramiento que se introduce, de dejar a su "libre albedrío" la decisión de abandonar el sector público para cotizar en el sistema privado

El objetivo fundamental de las estrategias planteadas y acciones paralelas que se emprenden para fortalecer estos ejes tienen a la base el incremento de la participación privada en la provisión de los servicios de salud. Como las acciones de promoción y prevención no generan ganancia o reproducción del capital invertido, éstas son deliberadamente obviadas o asignadas al sector público que con su cada vez más escaso presupuesto no es capaz de implementarlas. De esta manera el modelo

biologicista- medicalizado se fortalece continuamente en desmedro de la promoción. Un elemento importante de esta mayor participación privada lo constituye el mercado de medicamentos. El gasto en medicamentos es el componente más importante del gasto de bolsillo en salud de los hogares. Para que esto suceda se necesita de la confluencia tanto de una reducida disponibilidad de medicamentos en el sector público (alrededor del 50% según estudio reciente<sup>22</sup>) y precios elevados en las farmacias privadas con ganancias que tienen una media de más del 3,000% con respecto a los precios internacionales de referencia según el mismo estudio<sup>23</sup>, lo que ubica a El Salvador como uno de los países con los precios de medicamentos más altos del mundo. A pesar del escándalo mediático que constituyó la publicación de los datos de esta investigación, hasta el momento no ha habido ninguna medida por parte del gobierno central o la cartera de salud para propiciar precios para los medicamentos más accesibles para la población ni tampoco acciones tendientes a mejorar la disponibilidad de los mismos en el sector público.

### Salud: ¿Un Derecho o una Mercancía?

Para que estos ejes puedan tener un desarrollo fluido y las acciones no encuentren impedimentos legales o molestos cuestionamientos éticos, es importante desvirtuar el concepto de que la salud es un derecho humano fundamental y concebirla como un servicio.

La constitución de la república y numerosos tratados internacionales suscritos por el estado salvadoreño establecen las bases jurídicas que sustentan la concepción de que es un derecho humano<sup>24, 25, 26, 27</sup>. Sin embargo en la práctica las leyes secundarias conciben o norman todas las actividades encaminadas a promoverla, mantenerla o recuperarla como “servicios”, lo que permite que estas actividades entren al mercado de bienes y servicios, el cual es susceptible de ser progresivamente liberalizado de acuerdo a las rondas que con este objetivo convoca periódicamente la Organización Internacional del Comercio (OMC).

Los Intereses de las grandes Empresas Farmacéuticas Trasnacionales ligados a los de los importadores y comercializadores locales de medicamentos, la banca internacional ligada a la banca local y a las compañías aseguradoras locales e internacionales, las empresas de alta tecnología ligadas a los representantes y distribuidores locales y a las empresas médicas comercializadoras de los exámenes que utilizan estas técnicas son ya poderosos grupos de presión que pugnan por condiciones que les

22. Disponibilidad de medicamentos esenciales.

23. *ibid.*

24. Constitución Nacional.

25. Constitución Nacional.

26. Constitución Nacional.

27. otros.

permitan magnificar sus márgenes de ganancia, estimulando una mayor participación privada y limitando cualquier iniciativa tendiente a, por ejemplo, regular los precios de los medicamentos para hacerlos más accesibles o a sancionar las frecuentes denuncias de corrupción en la asignación de los contratos por servicios que cada vez se presentan con mayor frecuencia.

## La Revitalización de la Atención Primaria en Salud como Alternativa

El alto nivel de conflictividad y los reiterados intentos de reformar el Sistema de Salud han hecho que cada una de las 4 administraciones gubernamentales nombre un organismo *ad-hoc* para darle seguimiento al proceso de Reforma. El último de estos organismos ha sido la Comisión Nacional de Seguimiento a la Propuesta de Reforma Integral de Salud (CNSPRIS), esta Comisión gubernamental elaboró un informe en el que haciéndose eco de diagnósticos similares del Sistema por sus organismos predecesores consigna:

“El Sistema de Salud salvadoreño se caracteriza por ser fragmentado, inadecuadamente financiado a pesar de los recursos existentes, con baja cobertura, énfasis en acciones curativas y con importantes grupos de población sin acceso a la atención en salud” igualmente señala “de allí la importancia de diseñar una propuesta encaminada a la integración del sector salud que incluya: la organización de redes integradas de servicios de salud que optimicen el uso de los escasos recursos, asegurar el acceso equitativo y oportuno a la población e implementar estrategias de extensión de la protección social en salud”.

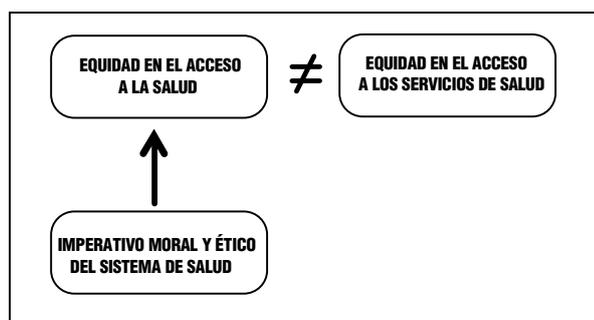
A pesar de que las medidas planteadas tienen graves limitaciones circunscribiéndolas al ámbito de los servicios de salud, no sólo no se han tomado en consideración sino que la situación ha continuado deteriorándose como ya se ha descrito arriba. Pretender resolver esta situación desde los servicios de salud no conduce a ninguna parte más que a abonar el camino a la privatización con su secuela de inequidades, pobreza e insalubridad.

Una salida viable sólo es posible a través de la Revitalización de la Atención Primaria en Salud, lo que supone retomar la APS Integral (APS-I en oposición a la

APS selectiva que impulsa programas verticales que desnaturalizaron los planteamientos de Alma Ata).

Revitalizar la APS supone fortalecer la intersectorialidad una dimensión olvidada de la APS que propugna por el trabajo integrado con sectores mas allá del sector salud a fin de enfrentar exi-

FIGURA 4: EQUIDAD EN SALUD



tosamente los determinantes de la salud y de las inequidades en salud. Si este trabajo no se implementa no sólo no se trasciende sino que se refuerza el modelo curativo.

Ello supone que conceptualmente debe evolucionarse del “acceso a los servicios” al “acceso a la salud” lo cual tiene profundas implicaciones prácticas y un salto de calidad en la comprensión conceptual y la búsqueda constante de la equidad.

Igualmente la revitalización de la APS supone superar la postergación que hasta hoy ha tenido la participación social efectiva, entendiendo que el contenido fundamental de ésta es la toma de decisiones y no otras formas de manipulación de la comunidad que se han venido asumiendo como participación. Ello requiere de un impulso consciente y decidido para el establecimiento de los mecanismos para la participación en cada nivel del sistema, especialmente en el nivel local, enfatizando el desarrollo de capacidades y de la organización comunitaria, así como los mecanismos de contraloría social.

Como es posible apreciar en el actual proceso de Reforma salvadoreña, las estrategias que se impulsan y las acciones que las sustentan están en contraposición a los principios de la APS, configurando un contexto adverso para su revitalización. En un sistema Nacional de Salud como el que emerge de la implementación de las estrategias citadas, no hay lugar para la participación social ni para la intersectorialidad y está en franca oposición a la organización de la comunidad, lo que permite prever que conducirá indefectiblemente a generar más y peores inequidades de las que ya tenemos.

Es por ello que a pesar de la ruta conflictiva que se avizora, la sociedad salvadoreña debe redoblar su lucha contra la privatización de la salud y propugnar por la revitalización de la Atención Primaria en Salud, en los términos en que fue planteada en Alma Ata y que ha sido enriquecida con el desarrollo reciente del abordaje de los Determinantes Sociales de la Salud y de las inequidades en salud y desde la perspectiva de que la salud es un derecho humano fundamental.



# La Atención Primaria en Salud en un modelo de prestación de servicios de salud orientado al mercado

**Carlos Rodríguez<sup>a</sup> y Guillermo Garzón**

a. Médico Cirujano del Hospital Clínico de la Universidad de Barcelona, Doctorado en Medicina de la Universidad Karl Rupert de Alemania y Maestría en Administración de Servicios de Salud y Salud Pública de la Universidad de Granada. Experiencia profesional de 20 años como docente, Investigador, gerente de proyectos y consultor internacional de Desarrollo de Sistemas de Salud, Atención Primaria en Salud, Epidemiología, reducción de violencia y promoción de la salud en jóvenes. Actual director de la Fundación para la Asesoría a Programas de Salud Fundaps en Cali, Colombia.





## Introducción

La Declaración del Milenio ha puesto de relieve la importancia de la salud como puntal del desarrollo social y económico. Ha enfatizado la integralidad del conjunto de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, muy al estilo de lo que décadas atrás proclamara la Declaración de Alma Ata con la estrategia de Atención Primaria en Salud - APS. Actualmente las evidencias indican una baja probabilidad de cumplir con los indicadores planteados en la Declaración del Milenio. Un reducido número de países en América Latina y el Caribe muestran un compromiso serio con las metas establecidas para la salud de la gente. En la mayoría persisten tasas de mortalidad materna muy elevadas, con extremos como el de Haití con 680 muertes maternas por 100.000 nacidos vivos. Actualmente entre un 25% a un 35% de las madres gestantes son adolescentes, tendencia que va en franco aumento. Desde hace un década se ha desacelerado el ritmo de decrecimiento de la mortalidad infantil, de seguir esta tendencia la reducción esperada alcanzaría sólo el 54%, valor muy inferior a los dos tercios esperados para el intervalo 1990 - 2015 (CEPAL, 2004).

Desde 1993 en todo América Latina y el Caribe, inspirados en el poderoso y controvertido informe “Invertir en salud” del Banco Mundial, se suscitó una explosión de reformas del sector de la salud. La esperanza de mayor equidad en salud fue puesta en las reformas del sector y se fue extinguiendo el interés en la APS. El bajo impacto de las transformaciones en términos de la situación de inequidad, ineficiencia y baja calidad en la prestación y acceso a los servicios de salud de muchos de los países ha propiciado una verdadera avalancha de críticas a las políticas implementadas. La Declaración del Milenio reafirma el papel de la salud, se desvanece el ímpetu de las reformas y resurge un nuevo interés por la Atención Primaria. En el último tiempo diversos autores y declaraciones internacionales reviven el enfoque de la Atención Primaria (Tejada, 2003; UNDP, 2003; WHO, 2003; OPS/OMS, 2005; Hall et al., 2003) y éste sigue formando parte de las políticas de cooperación en salud de un buen número de agencias para el desarrollo. El interés renovado internacionalmente en torno a la APS ofrece una nueva oportunidad para enfrentar las inequidades exacerbadas por los cambios introducidos con la reforma al sector salud.

## Las Reformas de los Sistemas de Salud

Los años ‘80 y ‘90 dos décadas que terminaron sepultando los planteamientos progresistas del enfoque en salud de las décadas anteriores. Es la época de una recesión económica mundial prolongada, catastrófica para los países de América Latina. Es el tiempo del “neoliberalismo” y de los planes de ajuste estructural. Un período que vuelve a reafirmar el carácter material y remedial de la salud, en el que la banca multilateral eclipsa con las reformas de salud a la OMS. Los préstamos del Banco Mundial a este sector alcanzaban en 1999 la suma de US\$ 16.800 millones (Govindaraj, et.,al., 2000). De esta forma se impuso un lenguaje y una práctica en el sector salud

que se resumen en reducción del gasto social, recuperación de costos, eliminación de subsidios, descentralización, privatización de servicios y mercados regulados.

A inicios de 1990 la mayor parte de los países de América Latina y el Caribe se aventuraron en reformas del sector de la salud. Cambios que estuvieron asociados a reformas generales del Estado y en países económicamente dependientes. Sociedades con grandes desigualdades, fracturadas y amplios sectores poblacionales excluidos y en extrema pobreza. Con instituciones débiles para la implementación de políticas y capacidad de regulación social y estructuras de derechos de ciudadanía extremadamente frágiles y parciales (Almeida, 2002; Londoño, et al., 2000; Szekely, 2001).

Las reformas se inspiraron en el modelo de política sanitaria del Banco Mundial, “Invertir en salud” presentado en el informe sobre el Desarrollo Mundial en 1993 (World Bank, 1993). Una política sanitaria acorde con el pensamiento económico y político del momento. Los procesos se centraron en cambios estructurales, financieros y organizacionales de la prestación de los servicios de atención médica. La salud pública como responsabilidad de la sociedad y de sus instituciones quedó al margen (Muñoz, et al., 2002). Las reformas emprendidas tomaron básicamente como banderas el mejoramiento del acceso a los servicios de los más pobres, la limitación de los gastos del sector, la administración eficiente de los recursos y el mejoramiento de la calidad. Después de una década de costosos experimentos no fueron alcanzados los objetivos propuestos y tampoco el impacto esperado (Homedes, et al., 2005; LACHSR, 2004; Whitehead et al., 2001; Alec et al., 2005). El acento en busca de una eficiencia técnica que intentó maximizar resultados a partir de unos insumos determinados, perdió de vista la eficiencia del conjunto del sistema, es decir la optimización de resultados a partir de los esfuerzos y sinergias de todo el sector (Green, 2004). Los países de América Latina y el Caribe han invertido grandes esfuerzos y recursos en implementar una reforma no adaptada a las necesidades y problemas de su contexto ni a la capacidad de sus instituciones. Las reformas no han contribuido a la reducción de las desigualdades en la distribución de los recursos y el acceso a los servicios de salud (OPS, 2004; OPS, 2002).

Se promovió en la práctica un modelo de salud que profundizó las inequidades, fortaleciendo la coexistencia de sistemas en función del ingreso y capacidad contributiva de la gente. Al igual que la fragmentación de diversas entidades en cada subsistema produciendo doble y triple cobertura en las mismas personas. Los usuarios de los servicios quedaron a merced del proveedor con muy poco control estatal. Estudios realizados en Brasil, Chile, Guatemala y Nicaragua arrojaron evidencias que muestran cómo la privatización de los servicios terminó favoreciendo a las capas de población de mejores ingresos aumentando el subsidio de éstos en detrimento de los más pobres (OPS, 2005). Las compañías de seguros privados como intermediarios del sistema fueron los grandes ganadores, de unas reformas que no partieron de evidencias y datos rigurosos (Alec et al., 2005; Armada et al., 2001; Waitzkin, 2003).

En la mayor parte de los países se definieron “paquetes básicos de salud”, como el instrumento por excelencia para atender las necesidades de los más pobres.

Su contenido se basó en acciones de salud con un enfoque de “atención primaria selectiva” relegando las actividades de promoción y prevención (Bossert et al., 2003; Roberts et al., 2004; Gauri et al., 2002). En muy pocos países los procesos de reforma mejoraron la calidad de los servicios y definieron desde su origen criterios de evaluación (OPS, 2002; OPS/OMS, 2004). La participación de la población, antes y durante las reformas fue la gran ausente (OPS, 2005; OPS, 2002).

## El Sistema Nacional de Salud en Colombia

Colombia a partir de la década de los '80 inicia un conjunto de reformas fiscales, políticas y sociales orientadas a expandir una economía de mercado. Al igual que en muchos otros países de América Latina el Sistema Nacional de Salud colombiano se organiza en un modelo de competencia regulada de mercado, con un sistema de financiación mixto de origen privado y público. Se asegura el riesgo (régimen contributivo, subsidiado y población pobre no asegurada) y se definen paquetes de servicios y tarifas para los regímenes de aseguramiento (Planes de beneficios). Además se separan las funciones de Dirección (Consejo Nacional de Seguridad Social, Ministerio de Salud, Direcciones departamentales y municipales), Financiamiento (FOSYGA, Fondo de Solidaridad y Garantía); Aseguramiento (Empresas Promotoras de Salud EPS y Administradoras de Régimen Subsidiado ARS); Prestación de Servicios (Instituciones Prestadoras de Servicios, IPS y Empresas Sociales del Estado, ESE), y Vigilancia y Control (Superintendencia de Salud).

Las aseguradoras reciben del Estado una unidad de pago per cápita (UPC) por cada afiliado de cada régimen que se actualiza cada año con el índice de precios al consumidor. La atención de la población pobre no asegurada (cerca de 20 millones de personas) recae sobre los prestadores públicos (ESE) que la financian con subsidios de oferta.

## La profundización de las Inequidades en Salud en el Valle del Cauca

Lejos de atender la gran deuda social que durante décadas se tiene con la salud de la población, especialmente con las personas más desprotegidas, los cambios en el sistema de salud colombiano exacerbaron las inequidades en todo el territorio nacional. Especialmente frente a la morbilidad y mortalidad prevenible, el acceso a servicios básicos de salud y la participación de la comunidad.

El Departamento del Valle del Cauca conformado por 42 municipios está localizado en el sur - occidente del país, entre la cordillera central y el océano pacífico. Tiene una extensión de 21.140 Km.<sup>2</sup> y alrededor de cuatro millones de habitantes. En economía de la región predomina el sector de servicios que contribuye al 65% del PIB, le sigue la industria y el sector de la construcción con un 22% del PIB y finalmente el sector agropecuario con un 9,4%. El 53% de la población está por debajo

de la línea de pobreza y el valor del Índice de Desarrollo Humano (IDH) alcanzó para el Valle del Cauca en el año 2000 un 0,76, un punto por encima del reportado para el resto del país (0.75).

La tendencia de mortalidad por edad en la región tiene la apariencia en “J”, es decir, altos niveles de mortalidad en edades tempranas (infantil) y una tendencia ascendente con la edad. Por años la mortalidad violenta se ha mantenido como la primera causa de defunción en el sexo masculino especialmente en la población joven, seguida por las enfermedades cardiovasculares y los accidentes de tránsito. La mortalidad materna que venía en descenso empieza a fluctuar a partir de 1995 y las enfermedades perinatales muestran un súbito y considerable aumento a partir de 1997. De igual forma las enfermedades infecciosas y parasitarias que venían mostrando una tendencia descendente, al igual que las enfermedades nutricionales, hasta el año 1998, inician una tendencia ascendente que se mantiene hasta ahora (Gobernación del Valle del Cauca, 2005). Son ya 14 años de funcionamiento del modelo de salud implantado por la reforma en 1993. Tiempo suficiente para acumular evidencias, que permiten afirmar que no solo los resultados en salud han sido pobres sino que se han agravado las inequidades en salud. Una mujer embarazada en la ciudad de Cali, tiene hoy 3.5 veces mayor riesgo de morir si vive en un estrato poblacional bajo. Los niños pobres que habitan en zonas marginales, crecen menos que los niños del resto de la ciudad. Si una familia cambia de residencia en la ciudad de Cali, es probable que su hijo joven tenga cuatro veces mas riesgo de morir asesinado (CEDETES, 2007).

El modelo de competencia regulada responde a una determinada concepción de la salud y de sus determinantes. Una decisión política que como tal, respondía a unos intereses y a una tendencia de pensamiento. La reforma impuso un modelo de salud en el que subyace una lógica que reduce el concepto del bienestar a la tenencia de un seguro de atención médica, “Si usted tiene un seguro médico, Ud. está bien”. Esta concepción reducida de la salud terminó debilitando los avances de una visión más comprensiva de la salud en la región, que durante más de medio siglo se habían construido. Las implicaciones que se han derivado de hacer que el sistema de salud funcione en torno al aseguramiento son preocupantes.

El mayor flujo de recursos financieros orientado a ampliar la cobertura de asegurados, creó un fuerte incentivo financiero que convirtió y redujo la salud a una mercancía, un paquete de servicios de atención en salud (planes de beneficios). Los aseguradores y prestadores de servicios de salud en el Valle del Cauca diseñaron su modelo de atención, su oferta y la distribución geográfica de sus instituciones en función del mercado de esa mercancía. No hay presencia institucional para la atención de la población más vulnerable que habita en las zonas rurales del Departamento o en las zonas marginales de sus Municipios. Se exacerbaban las inequidades al dificultar su acceso a los servicios de salud.

El sistema no definió la misma mercancía para todos los ciudadanos. A los pobres los clasificó en dos clases. A los que no tienen acceso a nada los llamó “pobres no asegurados”, y definió unos recursos insuficientes para su atención, dejando

su responsabilidad al sector público. A la otra clase de pobres les otorgó un “paquete mínimo” (régimen subsidiado) por el que compiten públicos y privados. Los ciudadanos con capacidad de contribuir a su atención en salud (régimen contributivo) tiene un plan de beneficios más amplio. Esta decisión política creó barreras de acceso por limitación de la oferta, selección adversa de prestadores y aseguradores, servicios diferenciales, etc.

Para el conjunto del sistema la lógica del aseguramiento trajo consigo una serie de prácticas y de conductas nocivas. La pugna por la factura, la evaluación por actividades y no por resultados en salud ha llevado a los aseguradores y prestadores locales a incrementar los exámenes y procedimientos médicos, muchas veces de forma irracional para cumplir con las metas y volúmenes de contratación. La salud se terminó medicalizando aún más. Se perdió el interés por el perfil epidemiológico y por la participación de los profesionales de las ciencias sociales en el desarrollo de la salud. La comunidad fue sustituida por individuos afiliados a un tipo de seguro y perdió sentido el trabajo intersectorial para abordar los determinantes sociales de la salud. En la región hay Municipios con un 100% de cobertura de aseguramiento y sin agua potable. Los Alcaldes de estos municipios ven en el aseguramiento la respuesta a los problemas financieros de las entidades de salud a su cargo y la forma de mostrar una imagen de cumplimiento de sus responsabilidades en salud. Se desmotivó la preocupación y sentido de lo público frente a los problemas colectivos del bienestar de la población.

La reforma introdujo un lenguaje complejo, un marco normativo contradictorio y sólo interpretable por expertos. No se desarrollaron competencias ni capacidades suficientes para entender el modelo y gestionar su funcionamiento, generando serios problemas a la comunidad y a las propias instituciones del sector de la salud. Son tales hoy las asimetrías de información que los ciudadanos tienen grandes dificultades para hacer prevalecer sus derechos, al margen de los innumerables trámites y barreras que ponen las aseguradoras para hacerlos efectivos. La participación de la comunidad quedó reducida a la interposición de derechos tutelares individuales para acceder a un servicio de atención médica. La institucionalidad pública de salud del departamento que tiene la función de rectoría, enfrenta serios problemas de gobernabilidad. En la práctica la separación de funciones (aseguramiento, prestación y rectoría) no se dio. Las municipalidades prestan, contratan y vigilan y las aseguradoras tienen sus propias prestadoras de servicios de salud.

La debilidad en las competencias técnicas, la fragmentación de la población beneficiaria, la desarticulación, el clientelismo de la red de servicios, los escasos espacios de concertación o de trabajo intersectorial y la ausencia de una comunidad organizada en torno a los asuntos de salud, terminaron desdibujando el rol de autoridad sanitaria en lo político, en el ejercicio del control y la vigilancia del sector y en su responsabilidad de garante del derecho a la salud de la población.

## La Política Departamental de Salud “Salud es vida - inclusión con equidad”.

Las intervenciones en la salud, sujetas siempre a coyunturas políticas y económicas, pueden caracterizarse en función de criterios como el significado que se da a la salud, la importancia que se le otorga dentro de las estrategias para el desarrollo y el peso asignado a sus componentes materiales (asistenciales) o relacionales (organización social). La gran mayoría de las políticas de salud han reproducido la hegemonía de lo material sobre los aspectos del relacionamiento social. Alma Ata y la Atención Primaria en Salud - APS fue la respuesta política más contundente a los enfoques tradicionales. Un concepto que definió la salud en términos del bienestar, la colocó como corazón del desarrollo y por primera vez puso de relieve la conjugación obligada de los aspectos materiales, relacionales y políticos de la salud. Las experiencias de APS han suscitado a través de los años mucha controversia, tanto desde el punto de vista de su concepción como de las diversas formas en que se implementó (WHO, 2003; Tarimo et al., 1997; Cueto, 2004; Tejada, 2003; Unger et al., 1986). Las evidencias acumuladas permiten señalar que la APS continúa siendo la estrategia más idónea para vincular la salud al desarrollo, de una forma comprensiva que atiende lo individual y lo colectivo y la relación con el entorno (Roses, M., 2007).

La experiencia de APS en el Valle del Cauca trajo grandes beneficios para la población rural y de áreas urbano-marginadas. Permitió el fácil acceso de la población más vulnerable a la atención materno infantil, desarrolló la educación y la promoción de la salud, impulsó los programas de saneamiento básico y abrió la puerta a procesos de organización de la comunidad en torno a la salud. Si bien quedaron muchos aspectos por desarrollar, mantuvo viva la discusión de la importancia de la intersectorialidad, el sentido de comunidad, la necesidad de reorganizar los servicios y del papel de la salud y de la gente en la política de desarrollo. La actual Política Pública de Salud “Salud es Vida - Inclusión con Equidad”, a partir de la APS expresa la voluntad departamental de recuperar una atención sin barreras, hacer de nuevo visible la comunidad, rescatar el sentido de pertenencia a las instituciones, propiciar la concertación y ejercer la vigilancia para garantizar el derecho a la salud, enfatizando la acción sobre la población más empobrecida.

El marco normativo vigente estipula que los prestadores de servicios tanto públicos o privados tienen la facultad de proponer su modelo de atención. Aprovechando este espacio la autoridad departamental de salud concertó con todas las instituciones de salud de la región una estrategia de renovación de la APS en 42 municipios, que busca cambiar la dinámica de la relación “institución – afiliado” por otra “individuo – familia – comunidad y presencia institucional”.

## La estrategia para la renovación de APS

El nuevo modelo de salud basado en la Atención Primaria en Salud busca una atención en salud sin barreras, para toda la población independientemente del régi-

men de afiliación al sistema de seguridad social de salud. A partir de equipos locales y regionales multidisciplinarios, con movilidad y asociados a organizaciones de las comunidades, se establece una georeferenciación fija para hacer un reconocimiento y seguimiento periódico y continuo a un número específico de familias. Se cubren zonas especialmente difíciles por las condiciones de vida de sus habitantes. Los equipos visitan dos a tres veces al mes las familias, mantienen la comunicación de los habitantes con las instituciones de salud, establecen un sistema de información de base comunitaria y un sistema único de riesgo individual y colectivo. La estrategia se apoya en un sistema administrativo único que ordena procesos y procedimientos, flujos de actividades de los equipos locales, eliminación de barreras administrativas (autorizaciones, documentación, información sobre derechos, etc.).

Las visitas familiares son concertadas por los forjadores (equivalentes a promotores de salud). El equipo de salud llega a los hogares, caracteriza las condiciones de vida de la familia y establece un plan de necesidades de atención en salud, de riesgo familiar y de seguimiento. La base de información está diseñada para verificar derechos, hacer visible la dinámica de la relación familiar, las condiciones del hábitat, los riesgos individuales y familiares y la situación actual de salud de las personas. Los médicos, enfermeras y auxiliares de los equipos prestan atención médica básica si es necesario (consulta, toma de exámenes y medicamentos), transfieren casos cuando se amerita y realizan actividades de promoción de la salud. Los profesionales de la psicología y la higienista oral realizan atención primaria, identifican riesgos y también remiten consultas si es necesario. Los forjadores animan la cohesión de las familias, elaboran la cartografía social de la zona, participan en las gestiones con otras entidades, siempre en compañía y respaldo de los equipos locales y regionales. Estos equipos forman parte de las instituciones de salud de cada Municipio.

La estrategia cumple un año de implementada. Tiene en operación 100 equipos locales de trabajo (1000 personas) adscritos a 100 instituciones de salud del Departamento. Se tiene un sistema de información de base comunitaria de alrededor de 100.000 familias que recoge la situación de el estado de salud individual, la dinámica familiar y los riesgos del ambiente de alrededor de medio millón de habitantes. Apoyando el sistema de información se dispone a nivel municipal y departamental de una única base de datos parametrizada que es alimentada y puede ser consultada electrónicamente vía internet con posibilidades de acceso regulado de la comunidad en general.

La implementación de la estrategia es muy reciente. Todavía no se han realizado evaluaciones de impacto y en muchos de sus componentes se están llevando a cabo los ajustes pertinentes. Sin embargo, ya está en la agenda el debate político de la idea que involucra los sectores público y privado de la salud. La corta experiencia ha suscitado múltiples controversias sobre el modelo de atención vigente, especialmente en el primer nivel de atención. Los hospitales que atienden esta baja complejidad viven hoy dos formas de asumir su responsabilidad con la salud de la población de sus localidades; una centrada en el aseguramiento, que solo registra individuos, enfermedades y facturas y sustenta su razón de ser en listados de procedimientos y activi-

dades médicas realizadas, respaldadas por un conjunto de normas y números de decretos ley. La otra que se centra en la garantía del derecho a la salud, ejerce la acción curativa y retoma la preocupación por la protección y generación de la salud, recupera lo colectivo e invita a la solidaridad y al trabajo con la gente.

Con el Ministerio de la Protección Social avanzan las negociaciones para que en el reciente Plan Nacional de Salud se incluya la estrategia de APS como un componente obligatorio de todos los planes de beneficios de todos los regímenes de aseguramiento. De esta forma en el modelo actual de competencia regulada quedaría la obligatoriedad para todos los actores (sector público y privado) de replantear la relación que tienen con sus usuarios. Este pequeño paso abriría la puerta al fortalecimiento de una APS renovada.

## Bibliografía

- Alec, I., Scali, H. (2005) Acciones sobre los factores sociales determinantes de la salud: Aprendizaje de las experiencias anteriores. Documento para la primera reunión de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud OMS, Ginebra, 2005, pág 11.
- Almeida, C. (2002) Reforma de sistemas de servicios de salud y equidad en América Latina y el Caribe: algunas lecciones de los años '80 y '90. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 18(4):905-925.
- Armada, F., Muntaner, C., Navarro, V. (2001) Health and social security reforms in Latin America: the convergence of the World Health Organization, the World Bank, and transnational corporations. *Int J Health Serv.* 2001;31(4):729-68.
- Bossert, T. J., Larranaga, O., Giedion, U., Arbelaez J. J., Bowser, D. M. (2003) Decentralization and equity of resource allocation: evidence from Colombia and Chile. *Bull World Health Organ*; 81(2):95-100.
- CEDETES (2007) La situación de salud en Santiago de Cali. Una mirada desde la salud pública. Proyecto Modelo de Salud para Cali de la Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali (abril de 2007)
- CEPAL (2004). Informe Panorama Social de América Latina
- Cueto, M. (2004) Origins of Primary Health Care and Selective Primary Health Care. *American Journal of Public Health*, November 2004, Vol. 94, No.11: 1864-74.
- Gauri, V., Khaleghian, P. (2002) Immunization in Developing Countries: Its Political and Organizational Determinants. *World Development* 2002;30(12):2109-2132.
- Gobernación del Valle del Cauca (2005) Política Pública de Salud. Inclusión con Equidad. Secretaría Departamental de Salud. Documento técnico, septiembre de 2005
- Govindaraj, R., Reich, M. R., Cohen, J. C. (2000) World Bank pharmaceuticals discussion paper. Washington, D.C.: World Bank; 2000.
- Green, A. (2004) Have health sector reforms strengthened PHC in developing countries? *Primary Health Care Research and Development* 2004; 5: 289-295
- Hall, J. J., and Taylor, R. (2003) Health for all beyond 2000: the demise of the Alma-Ata Declaration and primary health care in developing countries. *MJA* Vol. 178, 6 January 2003 178: 17-20

- Homedes, N., Ugalde, A. (2005) Las reformas de salud neoliberales en América Latina: una visión crítica a través de dos estudios de caso. *Revista Panamericana de Salud Pública/Pan Am J Public Health* 17(3)
- LAC HSR (2004). Retos para el fortalecimiento de los sistemas de salud; Boletín Fortaleciendo los Sistemas de Salud y las Reformas. Número 7 - Diciembre 2004; Iniciativa organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud (PAHO/WHO).Área de Desarrollo Estratégico de la Salud (SHD) Unidad de Políticas y Sistemas de Salud (HP)
- Lodoño, J., Szekely, M. (2000) Persistent poverty and excess inequality: Latin America 1970-1995. *Journal of Applied Economics* 2000;3(1):93- 134.
- Muñoz, F., López A. D., Halverson, P. (2002); Las funciones esenciales de la salud pública: un tema emergente en las reformas del sector salud .*Revista Panamericana de Salud Pública* Vol. 8, Nos. ½, julio – agosto 2002, página 126).
- Organización Panamericana de la Salud. (2002) Análisis de las Reformas del Sector Salud en la Sub-región de Centro América y la República Dominicana. Centro América y República Dominicana.
- Organización Panamericana de la Salud -OPS; Hermida, J. (2,004). Presentación Foro Regional: Fortaleciendo los Sistemas de Salud. La Nueva Agenda de la Reforma del Sector Salud OPS/OMS. Asegurando la calidad en salud. Antigua, Guatemala, Julio 2004.
- Organización Panamericana de la Salud -OPS (2005). Reformas. Lecciones Aprendidas: Primer Ciclo de Monitoreo y Evaluación de las Reformas Monitoreo y Análisis Procesos de Cambio Sistemas de Salud 15-17 agosto, Washington, Priscilla Rivas-Loría.
- Organización Panamericana de la Salud -OPS; López-Acuña, D. (2,004). Presentación Foro Regional: Fortaleciendo los Sistemas de Salud. La Nueva Agenda de la Reforma del Sector Salud OPS/OMS. Antigua, Guatemala, Julio 2004.
- Organización Panamericana de la Salud -OPS; Organización Mundial de la Salud OMS (2,005). Renovando la Atención Primaria de Salud en Las Américas. Un Documento de Posición de la Organización Panamericana de la Salud/OMS Mayo 2005, pág 49.
- Roberts, M., Hsiao, W., Berman, P., Reich, M. (2004) Getting health reform right; A guide to improving performance and equity. Oxford: Oxford University Press.
- Roses, M.; *Rev Panam* (2007) *Salud Pública* Vol.21, Nos. 2/3, febrero - Marzo 2007
- Szekely, M. (2001) The 1990s in Latin America: Another decade of persistent inequality, but with somewhat lower poverty. Washington, DC: IDB; 2001.
- Tarimo, E., Webster, E.G. (1997) Primary health care concepts and challenges in a changing world. Alma-Ata revisited. ARA Paper Number 7 (WHO/ARA/CC/97.1). Geneva: WHO, 1997.
- Tejada de Rivero, David A. (2003), Alma-Ata: 25 años después. *Revista Perspectivas de Salud OPS*, Volumen 8, Número 1, 2003.
- United Nations Development Program -UNDP. (2003) Human Development Report 2003. Milenium Development Goals: A compact among nations to end human poverty. New York: UNDP; 2003.
- Unger, J., Killingsworth, J. (1986) Selective primary health care: a critical review of methods and results. *Soc Sci Med* 1986; 22: 1001-1013. (Werner D. Health hazard: user fees. *New Internationalist* 2001; 31(Jan): 22-23)

- Waitzkin, H. (2003) Report of the WHO Commission on Macroeconomics and Health: a summary and critique. *Lancet*. 2003; 361:523-26.
- Whitehead, M., Dahlgren, G., Evans, T. (2001) Equity and health sector reforms: can lowincome countries escape the medical poverty trap? *Lancet* 2001; 358: 833-836.
- (World Bank, 1993) World Bank. World development report 1993: investing in health. New York: Oxford University Press, 1993.

# Las nuevas oportunidades para América Latina



## **Pol De Vos**

Es investigador en el Departamento de Salud Pública de Instituto de Medicina Tropical de Amberes, Bélgica. Temas de investigación: la organización de los servicios de salud, las reformas del sector salud y las políticas de salud pública, en diferentes países de América-Latina. Desde 1996 participa en una colaboración institucional con el departamento de Epidemiología del INHEM (La Habana), trabajando en investigaciones enfocadas en la atención primaria en salud: (re)organización de los servicios, planificación participativa, determinantes de la salud, etc).



## La promesa de 'salud para todos'

La Conferencia de Alma Ata de 1978 confirmó la definición de la salud de la OMS como “*un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de una enfermedad*”. La salud se describe como “*un derecho fundamental (...) cuya realización requiere una acción de muchos otros sectores sociales y económicos además del sector salud*”. Se avanza un enfoque integral hacia los determinantes políticos, sociales, económicos y ecológicos de la salud, incluyendo el desarrollo integral de servicios de salud accesibles y de calidad. Además, la declaración confirma que “*los gobiernos tienen la responsabilidad de la salud de sus ciudadanos*” y que el pueblo “*tiene el derecho y el deber de participar individualmente y de manera colectiva en la planificación y la implementación de sus cuidados de salud*”.<sup>1</sup>

Estas propuestas de la OMS fueron el resultado de un balance de fuerzas a finales de los años '70 del siglo anterior. La Segunda guerra Mundial había resultado en un alto prestigio para la Unión Soviética y una importante extensión del campo socialista. Además llegó a ser un impulso para un amplio movimiento de descolonización. Una fuerte lucha ‘*contra el colonialismo y el imperialismo*’ se desarrolló en varias regiones del mundo, llevando a revoluciones y/o independencia formal en China, Argelia, Cuba, Vietnam, Mozambique, Angola, Zimbabwe, etc... Países independientes, sobre todo del ‘Tercer Mundo’, se organizaron en un Movimiento No Aliado, y hablaron con una voz unificada en la escena internacional. En el sector salud, Alma Ata era la expresión de un nuevo balance de fuerzas, a través de del cual un agenda progresista – aunque con limitaciones importantes<sup>2</sup> – podía ser definido y defendido.

### Crisis de la deuda externa y políticas de ajuste

Pero los tiempos estaban cambiando. El *boom* económico de la posguerra había terminado. Sobre un período de 25 años, las corporaciones transnacionales se habían desarrollado como fuerte sector de la economía mundial, con inversiones y producciones regadas sobre docenas de países. A partir de la recesión global de 1974-75, la evolución económica general en los países industrializados era (y es) una de deterioro paulatino, con tasas reales de crecimiento económico industrial que se cayeron de un promedio de 4.9% anual en los ‘60s a 3.8% en los ‘70s, 2.7% en los ‘80s, hasta justo arriba del 1% en los ‘90s. Las economías occidentales necesitaban ‘una salida’...

El estancamiento de las inversiones productivas empujó a los bancos occidentales a prestar miles de millones de dólares a países del Tercer Mundo con intereses muy bajos.

Unos años más tarde, la combinación de una disminución de los precios de exportación con un importante aumento de la tasa de intereses de los préstamos,

1. Alma Ata Declaration. International Conference on Primary Health Care. Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978. [http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration\\_almaata.pdf](http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf).

2. Navarro V. A critique of the ideological and political position of the Brandt report and the Alma Ata declaration. *International Journal of Health Services* 1984;14(2):159-72.

dificultó grandemente el pago de las deudas. En 1982 México no logró realizar sus pagos, llegando a ser una amenaza real para el sistema internacional de crédito. El problema de la deuda había nacido.

En nombre de la buena administración, del desarrollo económico y de la reducción de la pobreza, el Fondo Monetario Internacional impuso sus programas de ajuste estructural y articuló una serie de condicionamientos para nuevos préstamos<sup>3,4</sup>, llevando a una espiral negativa de nuevos préstamos para poder pagar las deudas existentes. Estas 'soluciones' lograron el objetivo propuesto de proteger el sistema monetario internacional, pero dejaron el Sur en miseria<sup>5</sup>. No sin razón, para muchos países del Sur los años '80 eran vistos como 'la década perdida': Entre 1983 y 1992 el flujo neto de capitales del Sur al Norte era seis veces el monto transferido a Europa después de la Segunda Guerra Mundial bajo el Plan Marshall<sup>6</sup>. La dependencia de préstamos externos aumentó, y el problema de la deuda externa llegó a ser insostenible para los pueblos de la región<sup>7,8,9</sup>.

También el sistema de salud fue sometido a una serie interminable de reformas, con reducciones graduales de financiamiento del sector público, un deterioro de la calidad de los servicios, un aumento de las contribuciones financieras de los pacientes y la implementación de cobros a diferentes niveles de atención, etc...<sup>10</sup>

A partir de 1990 las instituciones financieras internacionales cambiaron radicalmente la definición de su misión, profundizando las reformas de las estructuras económicas nacionales. Políticas 'temporales' de estabilización se desarrollaron hacia la imposición de reformas estructurales, en términos de liberalización del comercio, reformas profundas de los mercados financieros y laborales, reducción del sector público y privatización de los bienes públicos, complementado con un cambio dramático de las políticas sociales, inclusive los servicios de salud y los sistemas de seguridad social<sup>11,12,13,14,15,16</sup>. Estas políticas llevaron a un incremento enorme de la distribución desigual de la riqueza entre los grupos socio-económicos, o sea: los ricos se enriquecieron más, mientras que los pobres continuaron con casi nada (y hasta perdieron el

3. [www.jubileeresearch.org](http://www.jubileeresearch.org)

4. Chossudovsky M. Policing Countries Through Loan Conditionalities. The Globalisation of Poverty. Third World Network, Penang 1997.

5. Payer C. Lent and Lost. Foreign Credit and Third World Development, Zed books Ltd, London, 1992.

6. George S. L'effet Boomerang 1998, Editions La Découverte, Paris.

7. UNCTAD. Statistical Pocket Book 1989, in: Brown M.B., Fair Trade, ZED books Ltd. London, 1993.

8. UNCTAD. Handbook of international trade and development: Statistics 1990, New York, 1991.

9. UNDP. Human Development Report 1992, p.73.

10. Chernomas, R. The debt-depression of the less developed world and public health. *Int.J.Health.Serv.* 1990; 20(4):537-43.

11. Granados T.R. Las reformas neoliberales de los sistemas de salud: implicaciones para Latinoamérica y el Caribe. 2000.

12. Fairfield G. Managed care: origins, principles and evolution. *BMJ* 1997; 314:1823.

13. Bienen H. and Waterbury J. The political economy of privatization in Developing Countries, in: The political economy of development and underdevelopment, Mc Graw Hill, Fifth Edition, 1992, 376-402.

14. Brand H. The World bank, the Monetary Fund, and poverty. *Int.J.Health.Serv.* 1994; 24(3):567-78.

15. Burkett, P. Poverty crisis in the Third World: The contradictions of World bank policy. *Int.J.Health Serv.* 1991; 21(3):471-9.

16. Petras, J and Vieux S. Myths and realities: Latin America's free markets. *Int.J.health Serv.* 1992; 22(4): 611-17.

‘casi’...)<sup>17, 18</sup>. En 1999 el OMS reconoció que – si no se aumentaría el financiamiento público para los programas sociales y de salud – la situación se deterioraría aún más<sup>19</sup>.

## Consecuencias para las políticas de (servicios de) salud

En este contexto de cambios políticos y económicos drásticos, era inevitable que se lanzaran ataques hacia el enfoque integral de Alma Ata hacia la Atención Primaria. Primero, defensores de la ‘atención primaria selectiva’ se pararon, defendiendo que las propuestas de Alma Ata eran ideológicas, idealistas e irrealizables, y propusieron iniciativas verticales, selectivas y baratas<sup>20</sup>. En 1993, el informe del Banco Mundial ‘Investing in health’ (Invirtiendo en salud) era un paso cualitativo nuevo<sup>21</sup>: se presentó una visión comprensiva de reformas de salud neoliberales, que en poco tiempo llegó a ser la *Biblia* para todos los programas de reformas del sector en la década venidera.

La mayoría, si no todos los sistemas nacionales de salud en América Latina, caracterizados tradicionalmente por la coexistencia de un sector público, una seguridad social, y un sector privado, fueron drásticamente reorganizados. Los elementos centrales de estas reformas fueron similares en todo el continente: reducción del financiamiento del sector público, prioridad para el papel del sector privado, y la creación de un ‘mercado’ de servicios de salud<sup>22</sup>. Los gobiernos de América Latina no tenían otra opción de adoptar estas exigencias, muchas veces introducidas como condiciones para recibir nuevos préstamos del FMI<sup>23, 24</sup>.

Atención de salud gerenciada (managed care), en realidad un ‘mercado de servicios de salud’, demuestra el estadio final de la privatización: un modelo dominado por grandes ‘Organizaciones de Atención Gerenciada’ privadas (MCO’s - Managed Care Organizations) funcionando con el apoyo del gobierno<sup>25</sup>. La expansión de la atención gerenciada en América Latina está directamente relacionada con la evolución de la economía estadounidense<sup>26, 27, 28</sup>. Como el mercado norteamericano se está

17. United Nations Development Program, Human Development report 1994, p.67.

18. World Health Organization, The World Health Report 1995: Bridging the gaps, Geneva 1995.

19. WHO. World Health Report 2000. Making a difference. WHO, Geneva 2000.

20. Newell KW. Selective primary health care: the counter revolution. Soc Sci Med 1988;26:903-6.

21. World Bank. Investing in health. World Development Report 1993. World Bank, 1993.

22. Franco-Aguledo S (2002) Sistemas Previsionales, Salud y Reformas en América latina. Revista de Salud Pública 3. <http://www.medicina.unal.edu.co/ist/revistas/vol3n3/vol3n3e2.htm> (accessed 14 November 2002).

23. Armada F, Muntaner C & Navarro V (2001) Health and social security reforms in Latin America: the convergence of the World Health Organization, the World Bank, and transnational corporations. International Journal of Health Services 31, 729–768.

24. Iriart C, Merhy E & Waitzkin H (2001) Managed care in Latin America: the new common sense in health policy reform. Social Science and Medicine 52, 1243–1253.

25. De Vos P, Dewitte H., and Van der Stuyft P. Unhealthy European Health Policy. International Journal of Health Services 34(2): 255–269, 2004.

26. Lewis JC (1996) Latin American managed care partnering opportunities. Presented at the Eighth Congress of the Association of Latin American Pre-paid Health Plans, Sao Paulo, Brazil.

27. Ginzberg E & Ostow M (1997) Managed care – a look back and a look ahead. The New England Journal of Medicine 336, 1018–1020.

28. Iriart C, Merhy E & Waitzkin H (2000) La atención gerenciada en América Latina. Transnacionalización del sector salud en el contexto de la reforma. [Managed care in Latin America: transnationalization of the health sector in the context of reform]. Cadernos de Saúde Pública 16, 95–105.

saturando cada vez más y la tasa de ganancia disminuye, las MCOs y las corporaciones de seguros se ven forzadas de buscar nuevas oportunidades en el exterior<sup>29</sup>.

El sector privado de salud está cada vez más dominado por unas pocas corporaciones transnacionales. El valor global de las fusiones y adquisiciones en el sector salud a nivel mundial saltó de 336 millones de dólares en 1996 a 3.4 mil millones en 1997 y 9.1 mil millones en 2001<sup>30</sup>. La reforma de salud en América Latina satisface las necesidades de estos grandes monopolios, asegurándoles nuevos mercados y oportunidades de inversión.

Existe evidencia que la introducción de atención gerenciada restringe el acceso de grupos vulnerables a los servicios de salud y reduce los fondos para servicios clínicos mientras aumenta los costos administrativos<sup>31</sup>. Además, la introducción de las MCOs tiende a promover un sistema de salud dual, donde las MCOs están atrayendo pacientes más sanos con mayores recursos, mientras que los enfermos crónicos, los ancianos y los pobres deben de contentarse con el sector público subfinanciado<sup>32, 33</sup>.

Más en general, las políticas neoliberales tuvieron un impacto tremendo. En 2003, el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) analizó las consecuencias dramáticas para el mundo en desarrollo de la llamada ‘globalización’ de los años ‘90 “Unos 54 países son más pobres de lo que eran en 1990”. “En 21 países una gran proporción de la población tiene hambre. En 14 países más niños se mueren antes de llegar a los 5 años”. “En 12 países las inscripciones a la enseñanza básica estuvo bajando”. El PNUD subraya que en los años ‘90 “21 países vieron bajar su índice de desarrollo humano (una medida de resumen, basada en la habilidad de los habitantes de un país de vivir una vida larga y sana, de ser educados y de disfrutar un nivel de vida decente)”. Como si esto todavía no era suficiente, “los ‘90 también vieron disminuir la ayuda para el desarrollo de los países ricos, vieron incrementar el problema de la deuda externa en los países pobres, y observaron caídas continuas de los precios de productos primarios – de los cuales muchos países pobres dependen para gran parte de sus ingresos por exportación.”<sup>34</sup>. Hasta en los países que tuvieron un crecimiento económico importante, como Brasil o México, se observó una creciente polarización entre ricos y pobres, llevando a resultados de salud negativos.

El fenómeno de inequidades crecientes en la situación social y de salud no es específico para los países en desarrollo. También en los países industrializados el abismo de ingresos ha ido aumentando cada vez más.

Tomemos el ejemplo de los Estados Unidos, donde el abismo crece dramáticamente entre los Americanos más ricos, que reciben importantes reducciones a sus

29. Ginzberg & Ostow 1997.

30. UNCTAD (2002) World Investment Report. UNCTAD, Geneva.

31. Iriart C, Merhy E & Waitzkin H (2001) Managed care in Latin America: the new common sense in health policy reform. *Social Science and Medicine* 52, 1243–1253.

32. Estrada A, Barilari E, Sepulveda J & Soto M. 1998. Atención gerenciada en Chile. Centro de Investigación y Capacitación en Salud, Santiago, Chile.

33. Iriart C, Faraone S & Leone F (1998) Atención gerenciada en Argentina. Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

34. UNDP. Human Development Report 2003. Oxford, Oxford University Press, 2003.

impuestos, y sus compatriotas con ingresos medios y bajos, para quienes los ingresos se estancan y cuyas cargas de impuestos aumentan. Los precios de los servicios de salud, de la vivienda, de la educación, del gas y de la comida han ido aumentando. En 1973 el 20% más rico recibió 44% del ingreso total de los EEUU, mientras que en 2002 su parte había saltado a 50%, a costa de todos los otros estratos. Para el 20% más pobre, su parte disminuyó de 4.2% a 3.5%<sup>35</sup>. En 2006, una de cada ocho personas en los EEUU US – 36.5 millones de personas – vivía por debajo el nivel de pobreza. 15.8% – 47 millones de personas – no tenían un seguro de salud. 13 millones de niños (el 17.4%) era pobre, y 11.7% de ellos (8.7 millones) no tenían seguro<sup>36</sup>.

### Paradigmas en conflicto

El proceso de la reforma impuesto por las organizaciones multilaterales no ha sido capaz (y realmente no tenía el propósito) de aliviar los problemas de salud de la población en la región. Al contrario, ha profundizado la inequidad y reforzado la polarización epidemiológica, y ha sido un obstáculo adicional para el desarrollo<sup>37,38,39</sup>.

Mientras que el discurso oficial se refiere a equidad, participación, enfoques intersectoriales, promoción y prevención, el énfasis actual en la descentralización<sup>40</sup>, programas de recuperación de costos, y la competición para promover iniciativas de privatización ilustran claramente que una mayor reducción de la responsabilidad del estado está al centro de todos los cambios introducidos, generando una transformación paulatina hacia un sistema basado en un 'mercado de salud', y cambiando los principios básicos de 'la salud como un derecho para todos' hacia 'la salud como una mercancía para los ricos y una caridad para los pobres'<sup>41,42</sup>.

## Experiencias alternativas durante los años '80 y '90

### 1980s – El caso de Nicaragua

En Nicaragua, las consecuencias del bloqueo económico y la guerra defensiva en contra de los 'contras' financiados por los EEUU durante el gobierno sandinista

35. Associated Press, August 17, 2004.

36. USA Census Bureau, 2007.

37. Kanji N, Manji F. From Development to Sustained Crisis: Structural Adjustment, Equity and Health. *Soc Sci Med* 1991;33:985-93.

38. Barten F, Utrera J, Pérez R. Tendencias Mundiales de Reforma. International Conference "Experiencias Locales Innovadoras en Salud y Reforma". Managua, november 2000.

39. Pérez R, Barten F, Utrera J. La reforma de Salud en Centroamérica. International Conference "Experiencias Locales Innovadoras en Salud y Reforma". Managua, november 2000.

40. Collins C and Green, A. Decentralization and primary health care: some negative implications in developing countries. *Int.J.HealthServ.* 1994; 24(3):459-75.

41. Laurell A.C., and López Arellano, O. Market commodities and poor relief: the World bank proposal for health. *Int.J.Health Serv.* 1996; 26(1):1-18.

42. Lob-Levy J. Compassion, economics, politics... What are the motives behind health-sector aid? *Health Pol Plann* 1990;5:82-7.

de los años ochenta, agravaron mucho la situación económica. Pero las políticas públicas de esa época tenían la capacidad de limitar los daños de estas circunstancias adversas<sup>43, 44, 45, 46, 47</sup>. Una serie de experiencias en salud innovadoras, participativas e intersectoriales formaban parte de una política nacional más amplia. El sistema nacional único de salud (SNUS), desarrollado por el gobierno sandinista, era reconocido y promovido por la OMS en 1983 como un “modelo de Atención Primaria en Salud”<sup>48</sup>.

Los cambios profundos de 1990 en la política Nicaragüense terminaron la guerra impuesta y el bloqueo. Se impusieron medidas de ajuste, incluyendo reformas drásticas del estado y del sector salud<sup>49</sup>. Avanzando la necesidad de limitar el tamaño y el poder del ‘estado ineficiente’, el sector público se ha reducido dramáticamente.

Cambios radicales en la política social llevaron a una desintegración de la atención integral en salud, en educación y en otras iniciativas del sector social<sup>50</sup>.

Las reformas generaron una transformación paulatina del sistema público de salud con planificación central hacia un sistema basado en un ‘mercado de salud’<sup>51, 52</sup>.

Enfrentado a un resurgimiento de necesidades de salud de la población, organizaciones de la sociedad civil comenzaron una serie de iniciativas nuevas o adaptaron iniciativas existentes al nuevo ambiente político-social. Experiencias muy ricas se han desarrollado, especialmente en el terreno de la participación comunitaria y la organización comunal.

A través de estas iniciativas organizaciones no-gubernamentales, comunidades locales y organizaciones populares intentan participar en la (re)construcción y la defensa de su situación de salud. Jugaron un papel importante en la oposición a las políticas dominantes, a través de su práctica concreta y a través de una lucha política en defensa de propuestas alternativas de reforma. En su enfoque, la búsqueda de soluciones para los problemas de salud existentes estaban integrada en una visión de desarrollo comunitario y la satisfacción de necesidades básicas<sup>53</sup>.

También las organizaciones internacionales, como la USAID, el Banco Mundial y otros, reforzaron su trabajo directamente con las iniciativas de la sociedad civil

43. Donahue JM. Planning for primary health care in Nicaragua: a study in revolutionary process. *Soc.Sci.Med.* 1986; 23(2):149-157.

44. Roemer MI. *National Health Systems of the World. Volume I: The countries.* 1997.

45. Frieden T and Garfield R. Popular participation in health in Nicaragua. *Health Policy and Planning* 2:162-170, 1987.

46. Braveman P. and Siegel D. Nicaragua: a health system developing under conditions of war. *Int.J.Health Serv*1987. 17: 169-178,.

47. Garfield,R.M., War-related changes in health services in Nicaragua. *Soc.Sci.Med.* 28: 669-676, 1989.

48. <http://lahaine.org/internacional/historia/logrossandinistas.htm>; <http://www.sandinovive.org/opiniones.htm>

49. Garfield R., Letter from Nicaragua. *Desocializing Health Care in a Developing Country.* *JAMA* 1993;270:989-93.

50. Lane P., Economic hardship has put Nicaragua's health care system on the sick list. *Can.Med.Assoc.J.*; 152(4):580-582, 1995.

51. Garfield,R. and Williams,G. *Health care in Nicaragua: primary care under changing regimes.* Oxford University Press, 1992.

52. Curtis,E. Child health and the international monetary fund: the Nicaraguan experience. *Lancet*; 352: 1622-24, 1998.

53. Espinoza E.A. Pertinencia de la investigación Rescate. International Conference "Experiencias Locales Innovadoras en Salud y Reforma". Managua, november 2000.

o crearon nuevas estructuras, combinando apoyo financiero con una canalización de energías populares hacia iniciativas que no enfrentaron los fundamentos de las reformas neo-liberales<sup>54, 55</sup>. Las necesidades financieras en un ambiente económico bastante difícil, llevaron a los grupos locales a plegarse en menor o mayor grado a cambios de su política en la dirección de las agendas de las agencias financieras. La lucha para un paradigma sociopolítico alternativo como marco global de las actividades locales, se deslizó hacia las necesidades de una sobrevivencia del proyecto local'. En este contexto complejo, las respuestas de la sociedad civil a la desintegración del sector salud inevitablemente quedaron fragmentadas, no integradas, e impulsadas de manera creciente por agendas ajenas a las necesidades locales.

Aún así, estas experiencias mantuvieron algunos enfoques innovadores (o lograron mantener y desarrollar a nivel local algunos de los enfoques de los '80). Ciertas iniciativas demostraron un alto potencial de abordar los determinantes de salud de manera integrada, de mejorar la accesibilidad y la calidad de la atención en salud, o de impulsar la participación comunitaria: Por ejemplo el enfoque de salud integral en León, la iniciativas de las 'casas materna' en Estelí y después en toda la región norte del país, o el proyecto de abastecimiento de medicamentos esenciales a través de una red de farmacias populares en la zona rural de Matagalpa.

Las dificultades para mantener el enfoque integral, en el cual la salud y la educación, la reforma agraria y la organización comunitaria se estaban complementando, demuestra la necesidad para las iniciativas populares de encontrar la manera para organizarse más allá del nivel local, a través movimientos sociales más amplios con un agenda popular nacional.

## Los '90 – La resistencia de Cuba y de su sistema nacional de salud

De 1959 en adelante, Cuba inició un proceso de mejorar la calidad de vida de la población, de satisfacer sus necesidades básicas, incluyendo la vivienda, la salud y la educación, la cultura y el deporte, ... Esto no hubiera sido posible sin una participación masiva de la población a través de organizaciones sociales, sindicatos y el partido comunista.

Después de la caída de la Unión Soviética, el comercio exterior de Cuba bajó casi el 80% en unos pocos años. Entre 1989 y 1993, el Producto Nacional Bruto (BNP) cayó el 34% y el déficit presupuestario aumentó hasta el 37% del BNP. Encima de este desastre, los Estados Unidos reforzaron su bloqueo económico que ya tenía 30 años de existencia<sup>56</sup>.

54. Smith, B.H. *More than Altruism, The politics of privat foreign aid*. Princeton University Press, 1990.

55. Bendaña A. *Imperialist nation building. Nicaragua's and Latin America's "lessons" for Irak*. Transcend-network. March 2004. ([www.transcend.org/t\\_database/articles.php?ida=511](http://www.transcend.org/t_database/articles.php?ida=511))

56. Kuntz, D. *The politics of suffering: the impact of the U.S. embargo on the health of the Cuban people*. Report of a fact-finding trip to Cuba. *International Journal of Health Services* 24(1): 161-79, 1994.

Pero mientras que muchos países conocieron revueltas populares en periodos de crisis agudas relacionadas con las políticas impuestas de ajuste y reestructuración, esto no era el caso con Cuba, donde se logró mantener una política social unificada. El gobierno llamó esta fase un 'periodo especial en tiempos de paz'. Antes de que una medida fuera implementada, era ampliamente discutida en las empresas y los barrios. Sólo las medidas que estaban apoyadas por un amplio consenso social fueron implementadas. A través de este proceso participativo, las personas lograron entender mejor a la problemática, y comprendieron que las medidas eran implementadas para mantener en las conquistas sociales de su sociedad el mayor grado posible. El uso del dólar fue legalizado, se introdujeron ciertos impuestos, los mercados de productores agrícolas se reabrieron, y los precios del teléfono, de la electricidad y del gas se aumentó<sup>57</sup>.

El impacto de la crisis era importante. El estado nutricional de la población cubana se deterioró paulatinamente, y la incidencia de tuberculosos se elevó de 5 casos por 100.000 habitantes en 1991 a 15 casos por 100.000 en 1994 (aunque estas cifras siguieron siendo las más bajas de toda la región<sup>58</sup>).

El saneamiento general se empeoró paso a paso, llevando a una incidencia creciente de enfermedades gastrointestinales agudas. La deficiencia de vitaminas causó una 'epidemia' de neuropatía, con pérdida gradual de la visión (hasta que se encontró la causa y se pudo suplir las vitaminas deficientes).

En 1995, 1996 y 1997 la economía empezó a crecer de nuevo, con 2.5%, 7.8% y 2.5% respectivamente. Los servicios de salud continuaron funcionando de manera eficiente y a partir de 1995 la tendencia de degradación pudo ser revertida<sup>59, 60</sup>.

El sistema de salud continuó a ofrecer servicios preventivos, curativos y de rehabilitación gratuitos y de buena calidad<sup>61, 62</sup>, mientras que se desarrollaron planes de racionalización y de aumento de la eficiencia. Los principios de responsabilidad del Estado, de equidad y de cobertura universal eran ratificados<sup>63</sup>. El desarrollo de la atención primaria fue la prioridad número uno, con un programa de refuerzo de la medicina de familia, y el desarrollo de la acción intersectorial y la participación comunitaria. El énfasis estaba puesto en la salud materno-infantil, la enfermedades infecciosas y crónicas no-infecciosas, y la atención a la población mayor de edad<sup>64, 65, 66</sup>.

57. Vandepitte, M. De gok van Fidel. Cuba tussen socialisme en kapitalisme? EPO, Berchem-Antwerp, 1998.

58. Dirección Nacional de Estadística. La Salud Pública en Cuba. Hechos y Cifras. MINSAP, La Habana, 1999.

59. *Ibidem*.

60. Marrero, A. Caminero, J.A., Rodríguez, R., and Billo, N.E. Towards elimination of tuberculosis in a low income country: the experience of Cuba 1962-97. *Thorax* 55(1): 39-45, 2000.

61. Delgado, G. Desarrollo histórico de la salud pública en Cuba. *Revista Cubana de Salud Pública* 24(2): 110-118, 1998.

62. Feinsilver, J.M. *Healing the Masses. Cuban Health Politics at Home and Abroad*. Berkeley, Los Angeles, London: University of California Press, 1993.

63. Rojas-Ochoa, F., and Lopez-Pardo, C.M. Economy, politics and health status in Cuba. *International Journal of Health Services* 27(4): 791-807, 1997.

64. Veeken, H. Cuba: plenty of care, few condoms, no corruption. *British Medical Journal* 311(7010): 935-937, 1995.

65. PAHO. Cuba. In *Health in the Americas 1998*, pp. 206-219. PAHO, Washington, 1998.

66. Van der Stuyf, P., De Vos, P., and Hilderbrand, K. USA and shortage of food and medicine in Cuba (Letter). *Lancet* 349, 363, 1997.

A final de cuentas, una revisión de los indicadores de salud de los años '90 demuestra que los efectos nocivos de la crisis en la situación general de la salud se quedaron bastante limitados, y – al contrario – muchos indicadores siguieron mejorando, aún durante los años de crisis<sup>67, 68, 69</sup>. La orientación socio-política de la sociedad cubana y de su sistema de salud, logró minimizar los daños.

## América Latina hoy: una nueva perspectiva

La década de los '90 era un periodo de 'acuerdos de paz' y de imposición del agenda neoliberal en el continente. En términos de la salud, la situación se agudizó: El continente sólo utiliza el 2.5% de su PNB en la atención de salud, mientras que los países industrializados gastan 6.3% de su PNB (mucho más alto)<sup>70</sup>. El Informe de la Salud Mundial de la OMS en 1999 reconoce que, si el financiamiento público de los programas sociales y de salud no se aumenta drásticamente, será imposible de mejorar la situación<sup>71</sup>.

En la medida en que estas consecuencias desastrosas se desarrollaron, la protesta social fermentaba. Disturbios y confrontación abierta con las fuerzas policiales llevaron a un sinnúmero de muertos y heridos. Del *Caracazo* de 1989 al *Argentinazo* de 2001, el empobrecimiento y la miseria aguda llevaron a explosiones sociales violentas. En 1994, los Zapatistas lanzaron en el sur de México su ataque contra el acuerdo de libre comercio con los Estados Unidos. A través de foros sociales, movimientos políticos y sociales masivos, lucha armada y estrategias electorales, la búsqueda de alternativas viables continuaba. Hasta que – empezando con Venezuela en 1998 – en diferentes países la oposición popular empezó a materializarse en gobiernos progresistas.

Hoy, la situación del continente latino-americano es radicalmente diferente del 'Nuevo Orden Mundial' inicios de los años '90. Cuba está desarrollando su sistema bajo nuevas condiciones prometedoras de crecimiento económico y cooperación internacional<sup>72</sup>, la revolución Bolivariana de Venezuela continúa su transformación social radical<sup>73</sup>, y en una serie de otros países el movimiento popular logró imponer presidentes progresistas (Bolivia, Ecuador, Brasil, Nicaragua,...). En otros países, como México y Perú, el movimiento progresista perdió las elecciones, pero ganó en extensión, en profundidad y en fuerza, y está preparándose para el futuro. Mientras que

67. Kuntz, D. The politics of suffering: the impact of the U.S. embargo on the health of the Cuban people. Report of a fact-finding trip to Cuba. *International Journal of Health Services* 24(1): 161-79, 1994.

68. Rojas-Ochoa, F., and Lopez-Pardo, C.M. Economy, politics and health status in Cuba. *International Journal of Health Services* 27(4): 791-807, 1997.

69. Chelala C. Cuba shows health gains despite embargo. *British Medical Journal* 316(7130): 497, 1998.

70. UNDP. World Development Report 1999. UNDP, New York, 1999.

71. WHO. World Health Report 2000. Making a difference. WHO, Geneva, 2000.

72. De Vos P., De Ceukelaire W., Bonet M., Van der Stuyft P. (2007). Cuba's international cooperation in health: an overview. *International Journal of Health Services* 2007; 37(4):761-776.

73. De Vos, P. Venezuela : Anti-impérialisme et socialisme. *Etudes Marxistes* 2007; 77:11-79. INEM, Bruxelles.

los Estados Unidos desarrollan estrategias en contra de estas evoluciones, sus posibilidades de intervención en la región se ven dramáticamente limitadas por los problemas causados por la fuerte resistencia popular a la ocupación de Irak y Afganistán.<sup>74</sup>

Aún si el contexto global sigue siendo complejo, las evoluciones actuales en América latina demuestran las posibilidades de un cambio político que puede tener una influencia positiva en los determinantes sociales de la salud. Las propuestas de Alma Ata para asegurar la salud de toda la población están, después de décadas de marginalización, un paso más cerca de su implementación.

Como el liderazgo, la cohesión y la fuerza de los movimientos populares son diferentes de país en país, también el avance, la estabilidad y le resistencia a oposiciones de diferente índole de los procesos son bastante diferentes. Pero las relaciones de fuerza entre las clases sociales en el continente están experimentando evoluciones importantes.

Los cambios en América latina pueden tal vez mejor ser ejemplificadas por el caso de Venezuela y su impacto en toda la región<sup>75</sup>. Confrontándose a una fuerte y agresiva oposición de las élites locales, el gobierno Venezolano desarrolla programas para poner los recursos nacionales en función de las necesidades populares, para iniciar transformaciones radicales en la economía, la tenencia de la tierra, las condiciones de vida, la educación y la salud, para estimular el desarrollo endógeno y la colaboración regional. Los determinantes de la salud y las políticas de salud sufrieron cambios radicales y positivos. El desarrollo de los consejos comunales<sup>76</sup> y el concepto de ‘poder popular’ incluida en la nueva constitución Venezolana de 2007 ampliamente abren el camino hacia este cambio<sup>77</sup>.

Su colaboración estrecha con Cuba, se desenvuelve no solamente en una relación mutuamente benéfica, pero también llevó a la formulación de una propuesta concreta para oponerse al ‘Acuerdo de Libre Comercio de las Américas’ (ALCA) que los Estados Unidos quieren imponer a la región. Con la ‘Alternativa Bolivariana para las Américas’ (ALBA) se está gestando como un proyecto de integración regional, solidaridad, y relaciones comerciales mutuamente benéficas<sup>78</sup>.

## Estrategias renovadas para ‘Salud para Todos’

### Participación y empoderamiento

En el mundo actual, el Estado, las ONGs y los movimientos populares se definen todos como ‘representantes del pueblo’. Su papel y su interrelación están

74. Grandin, G. Latin America's New Consensus. *The Nation*, April 19th 2006. ([www.venezuelanalysis.com/articles.php?artno=1709](http://www.venezuelanalysis.com/articles.php?artno=1709)).

75. *Ibidem*.

76. Steven Mather. Venezuelan Government Announces \$5 Billion for Communal Councils in 2007. [www.venezuelanalysis.com](http://www.venezuelanalysis.com). 10 januari 2007.

77. La reforma constitucional de Venezuela. ([www.venezuela-eu.gob.ve](http://www.venezuela-eu.gob.ve)).

78. Hugo Chavez. Toespraak in Mar del Plata, 7 november 2005.

influenciados frecuentemente por objetivos políticos. Como esto es inevitable y lleva a intereses compartidos y/o opuestos, estos intereses deben ser analizados y explicitados claramente.

Según diferencia experiencias de empoderamiento iniciadas por las ONGs, las que son desarrolladas por los movimientos populares, y las que son iniciadas por el Estado muchas veces en colaboración con las ONGs<sup>79</sup>.

Según ella, las iniciativas de las ONGs generalmente son más innovadoras pero muchas ONGs tienden a trabajar dentro de un contexto político dado sin confrontarlo.

Como se puede esperar, los movimientos populares frecuentemente son más ambiciosos en lo que se refiere a estrategias para romper con el estatus quo político y social.

Además, son más amplios que las ONGs y tienen más posibilidades para atacar los problemas en sus raíces.

Iniciativas por el Estado en conjunto con las ONGs son más amplias y más fáciles a reproducir que las iniciativas de ONGs, pero se pueden ver fuertemente limitadas por una serie de requerimientos burocráticos y presión política.

Zakus and Lysack (1998) anotan que los gobiernos pueden utilizar los enfoques de empoderamiento para sus propias agendas, desviando los objetivos o dilutando su implementación<sup>80</sup>. Por otro lado, el Estado puede ser facilitador de participación y empoderamiento, como por ejemplo en Venezuela donde la 'ley sobre los consejos comunales' fue un paso muy concreto de la democracia participativa que fue inscrita en la constitución de 1999<sup>81</sup>.

## Más allá de la comunidad

Cuando se discute estrategias hacia 'Salud para Todos', creemos que es necesario de abrir el horizonte hacia la sociedad en su conjunto, ya que muchas causas fundamentales de las inequidades en la salud se deben de buscar en niveles que van mas allá de la comunidad.

El Estado, por ejemplo, y también el nivel internacional, muchas veces se quedan fuera del análisis. Pero las relaciones de las personas con el Estado y también con instituciones nacionales e internacionales son elementos relevantes cuando se discute estrategias hacia la salud.

Una comunidad es un espacio importante, en la cual la historia local, las tradiciones, y la reproducción de las relaciones sociales juegan un papel signifiante. Pero esta realidad compleja forma parte de un contexto más amplio, que condiciona su desarrollo a través las condiciones socio-económicas y políticas dominantes<sup>82</sup>. La

79. Sen G., Empowerment as an approach to poverty, Working Paper Series, Nº 97.07, December 1997

80. Zakus D. & Lysack C., Revisiting community participation, Health Policy and Planning, 13 (1):1-12, Oxford University Press, 1998

81. Mather S., Venezuelan Government Announces \$5 Billion for Communal Councils in 2007. [www.venezuelanalysis.com](http://www.venezuelanalysis.com). January 10th, 2007.

82. Vazquez A, and Davalos R., Comunidad y descentralización. Una reflexión desde los 90. In: Vazquez A and Davalos R. Participación Social. Desarrollo urbano y comunitario. 1er Taller de Desarrollo Urbano y Participación. Universidad de La Habana. Facultad de filosofía e Historia / Departamento de Sociología. December of 1996.

salud es un asunto de definición de prioridades nacionales. Para sobrepasar el impacto limitado de iniciativas a pequeña escala, las iniciativas de salud deben de formar parte de un movimiento más amplio que lucha para cambios a nivel de sociedad, dando respuesta a la exclusión económica, política y social de grandes partes de la población en la ‘economía global’ actual.

## Análisis de clase

Considerando que las comunidades y la sociedad no son entidades homogéneas, creemos que el concepto de ‘clase social’ sigue siendo de mucha utilidad para describir subgrupos cuando se discute de empoderamiento.

Mientras que muchos autores reconocen los elementos sociales y políticos del concepto de empoderamiento, solo pocos reconocerán sus aspectos económicos fundamentales.

Pero cuando se trata de relaciones de poder en una comunidad y en la sociedad, no podemos menospreciar el hecho de que estas relaciones están íntimamente relacionadas con el estatus económico de las personas. Por esto creemos que el análisis de clase debería ser un aspecto importante de cualquier modelo para analizar las estrategias de salud y sus determinantes.

Proyectos de ONGs, implementados de manera vertical, dependiendo fuertemente de un financiamiento internacional, sólo pueden formar una respuesta parcial a la crítica situación de los sistemas de salud en los países de América Latina.

Solo desarrollos políticos en el marco de (una lucha para) un enfoque sistémico, a ser implementado después de un largo periodo de discusión y lucha por gobiernos progresistas y democráticos, pueden realizar cambios sostenibles en las vidas de los pobres. Movimientos populares que luchan de manera colectiva para obtener – a veces pequeñas – mejoras locales, comprometidos con una perspectiva política más amplia de cambios de sociedad, son esenciales para avanzar en este camino.

## Conclusión

Aunque existe un amplio consenso internacional sobre la necesidad de mejorar el funcionamiento de los sistemas de salud, las reformas neoliberales impuestas durante los años ‘90s no dan respuesta a los problemas de salud y a las necesidades de los pueblos de la región. Nuevas experiencias demuestran que caminos alternativos son posibles. Futuras reformas deben ser basadas en los elementos centrales siguientes:

Salud como un derecho humano fundamental para todos es un interés de toda la sociedad, y por eso una responsabilidad del Estado; Una verdadera participación de la población en todas las fases de la formulación, la toma de decisiones, la implementación y la evaluación de las políticas de salud; un avance consecuente hacia mayor equidad en salud y en el desarrollo general, con un apoyo por parte del sector

salud de los esfuerzos políticos, sociales y económicos para eliminar la pobreza; El respeto por parte de las agencias multinacionales de las iniciativas nacionales de reforma, promoviendo estudios de las experiencias a nivel local y micro-regional, promoviendo la incorporación de los resultados en los procesos de reforma; Ni una atención primaria selectiva, ni políticas que tratan de concentrarse en la población excluida a través de 'paquetes básicos', debieran continuar a ser promovidas como 'soluciones rápidas' para la región. Nuevos paradigmas deben de sobrepasar los mitos del 'estado ineficiente' y de 'la supremacía del mercado' que en realidad no hacen más que promover formas explícitas o enmascaradas de privatización.

Los cambios en las relaciones de fuerza en América Latina aumentan radicalmente las posibilidades de retomar las experiencias de organización popular en las estrategias de la salud, y de reforzar y desarrollarlos. Pasos importantes se están dando. Pero las experiencias en curso deberán ser analizadas con cuidado para aprender como aumentar su fuerza interna a través de una participación popular a todos los niveles, pero también para reforzar su resistencia a amenazas externas. Aún si el contexto político internacional actual es favorable para el desarrollo de los movimientos populares y de su influencia en las políticas a nivel nacional y del continente, las condiciones económicas básicas a nivel internacional siguen siendo las de un sistema económico internacional en crisis estructural, en el cual los Estados Unidos continúan sus intentos – con todos los métodos posibles – de reforzar o de mantener su dominación global en los terrenos económico, político y militar en la región y en el mundo. Por ende, las evoluciones no deben de ser analizadas en términos técnicos solamente, pero sobre todo en términos de intereses y de (relaciones de) poder, o sea en términos políticos.

Para comprender de manera correcta lo que está pasando hoy en América Latina, y como este proceso puede progresar, se necesita un análisis concreto de cada país respecto a las organizaciones populares, los sindicatos, los movimientos políticos, los profesionales de la salud, etc... para ver como los pueblos están defendiendo sus intereses y como están participando en los procesos u oponiéndose a ellos.

Importantes contradicciones persisten. Las élites no están dispuestas a abandonar sus privilegios, y continuarán oponiéndose a los avances, frecuentemente con un apoyo explícito de poderes políticos y económicos internacionales con intereses claros.

La experiencia cubana demuestra que estas estrategias de desestabilización externa continuarán por un periodo largo, pero demuestra también que es posible oponerse a ellas y resistir con éxito.





# Un abordaje radicalmente nuevo para la salud global. Salud para Todos

**Françoise Barten<sup>a</sup>, Ted Schrecker<sup>b</sup>  
y David Woodward<sup>c</sup>**

a. Egresada de la facultad de medicina de la Universidad de Nijmegen, maestría en epidemiología (CIES, Nicaragua), en salud comunitaria (LSH& TM), doctorado en medicina ambiental (KUN). Vivió y trabajó durante 1978-1989 en Centro América por el Ministerio de Salud y ONGen APS rural y urbana. Docente/Investigadora en Sistemas y Políticas de Salud de Radboud Universidad Nijmegen, depto. Atención Primaria en Salud y Salud Pública; Prof. Honoraria de la UNAN León, Nicaragua (2005); de la UMSS, Cochabamba (2000); de la Escuela de Salud Pública de Nicaragua (1995). Desde 2004 participa en comité de gerencia del proyecto ALCUEHealth (Françoise coordinó programas de formación de recursos humanos en salud, programas intersectoriales y tomó la iniciativa con otros investigadores por la investigación Rescate de experiencias innovadoras en salud en Centro América (1995-2001).

b. Investigator y Profesor Asociado de la Universidad de Ottawa, Institute of Population Health.

c. Consultor independiente en asuntos de desarrollo y anteriormente director del programa Nueva Economía Global de la Fundación New Economics en Londres.





## Introducción

A pesar de grandes avances en conocimiento, un aumento sin precedentes en la riqueza a nivel global, e importantes compromisos políticos como los Objetivos del Milenio, las inequidades en salud, entre ricos y pobres, siguen aumentando, tanto dentro como entre los países. Pobreza, pobres condiciones de vida y de trabajo, y la incapacidad de incidir en estas condiciones, están directamente relacionadas con calidad de la salud de la población. El informe 2008 de la OMS Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud observa que, “la injusticia social está matando gente en gran escala..”.

El informe de la Organización Mundial de la Salud es uno de tres publicados recientemente que subraya la necesidad urgente de mejorar el acceso universal a la salud. Este abordaje que está ganando *momentum* entre especialistas/profesionales de la salud a nivel global, incluye abordar los determinantes de la salud de manera integral – con un enfoque de sistemas en lugar de sectores – y abordar las causas socio-económicas de la salud y de la inequidad en salud

No es la primera vez que se hace una propuesta similar. La Declaración de Alma Ata (1978) que estableció la estrategia global de salud para todos en el año 2000, enfatizó la necesidad de un nuevo orden a nivel mundial como precondition esencial para reducir la inequidad en salud. Este orden nuevo no se realizó. El llamado actual de revisar la esencia de Alma Ata asume urgencia especial en momentos que los gobiernos están repensando la operación de la economía global en el marco de la crisis financiera del 2008. Además, se hace en un momento de cambios profundos en la política global de salud, ya que los financiadores privados asumen un papel cada vez más influyente. Basado en las lecciones aprendidas de las tres publicaciones recientes – el informe de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud, el informe de la OMS 2008, y el Global Health Watch (Observatorio Global de Salud), Este artículo analiza la situación actual y apunta hacia abordajes para reducir las inequidades en salud, inclusive. Lo que se debería de hacer, como y por quien. Subraya no solo la necesidad de reorientar las políticas globales de salud y sus prioridades, pero también la necesidad de cambios fundamentales en la economía global y una real democratización de la gobernanza global.

## Desde Alma Ata hacia Almaty

El paisaje global de salud ha cambiado considerablemente en la última década. Hay más dinero disponible que nunca antes para destinar a iniciativas de salud, un gran porcentaje del cual ha venido de fondos privados y de parcerías publicas-privadas (PPPs). Algunos expertos han aplaudido estos cambios, mientras que otros tienen considerables reservas. A pesar de desarrollos positivos, como el acceso incrementado a la terapia antiretroviral para pacientes con HIV/SIDA, la situación de salud en los países pobres /empobrecidos y en las comunidades pobres en los países ricos sigue siendo abominable. Es muchas veces en los países más pobres que el

porcentaje más alto de los gastos en salud se enfrenta con pagos privados, del bolsillo de la gente. Esto crea trampas de pobreza que es imposible para la gente escapar.

Ha sido reconocido de manera extensiva que la salud de una población es influenciada por factores que se extienden más allá de la provisión de los servicios de salud. Los ambientes sociales y físicos son determinantes importantes de la salud. La gente está expuesta a una variedad amplia de riesgos en salud, cuyos efectos muchas veces contribuyen a múltiples enfermedades. La desigualdad en salud se refiere a los distintos niveles de exposición, los riesgos y efectos en salud que varían de acuerdo a espacio geográfico, clase social, género, edad, ocupación, educación, etnicidad, estatus de migrante, raza etc. Por ejemplo, en África Sub-Sahariana, la prevalencia de HIV en la población urbana es 1.7 veces la de áreas rurales. En Kenia, el promedio de las tasas de mortalidad infantil y de niños es más bajo en Nairobi moderno que en áreas rurales, pero en los asentamientos informales de Kibera y de Embakasi en la misma capital, son tres o cuatro veces el promedio de Nairobi. Es una gran preocupación que en muchos países en desarrollo los servicios urbanos – la infra-estructura – no ha crecido a la par con el crecimiento rápido de la población urbana. Poner más énfasis en las muchas causas sociales interrelacionadas de salud es un elemento central del reciente llamado para una nueva estrategia internacional de la salud. Este abordaje debe ser integral en lugar de tecnocrático y sectorial. El fortalecimiento de capacidades y la apropiación local de procesos nacionales de desarrollo debe reemplazar la mera implementación de intervenciones específicas de control de enfermedad diseñadas externamente. Este concepto se hace eco de la Declaración de Alma Ata en 1978. Alma Ata ha recibido un fuerte nuevo ímpetus por la publicación en 2008 por tres informes prominentes de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la OMS Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (CSDH) y el Global Health Watch (GHW). El reto ahora se plantea a todos los actores: gobiernos donantes, instituciones multilaterales, gobiernos de países en desarrollo y los nuevos donantes privados.

## Una arquitectura cambiante

Entre 2000 y 2007, la cooperación mundial en desarrollo para salud se ha casi duplicado, desde un justo US\$ 7 billones hacia más de US\$ 13 billones. Actores establecidos desde hace mucho, como la OMS y las agencias bilaterales de desarrollo, han sido juntados por una proliferación de PPPs, incluso la Alianza Global para Vacunas e Inmunizaciones (GAVI Alliance, Global Alliance for Vaccines and Immunization) y el Fondo Global para Combatir HIV/SIDA, Tuberculosis y Malaria (Global Fund to Fight HIV/AIDS, Tuberculosis and Malaria) – también llamado el Fondo Global – lo cual sigue un aumento anterior en el papel del Banco Mundial en los últimos 10-20 años. En sus primeros 5 años de operación el Fondo Global, que fue establecido por el G8 y la Sesión Especial para HIV/SIDA de las Naciones Unidas en 2002, desembolsó US\$ 2.6 billones de fondos de donantes en fondos para África Sub-Sahariana y probablemente pudo haber logrado mucho más si los donan-

tes hubieran estado dispuestos en proveer los recursos necesarios. La Fundación Bill y Melinda Gates tiene recursos que la sitúan en una categoría aparte. Tan solo en 2006, contribuyó US\$ 2.25 billones para la atención en salud, más que el doble del presupuesto medular de la OMS. La pionera de promoción de la salud Ilona Kickbusch y su colega Lea Payne han descrito esto como “un escándalo de gobernanza global en salud” en el cual los estados miembros de la OMS “están abandonando su principal instrumento para conducir la política en salud y de asegurar la seguridad en salud”. En una manera menos normativa, David Fidler de la Universidad de Indiana, Estados Unidos, describe un cambio genérico “de un contexto Westfaliano a un contexto post-Westfaliano en el cual tantos actores del estado y actores no-estatales crean respuestas a amenazas transnacionales y oportunidades”. El explicar el cambio, trasciende el enfoque de este artículo, pero las influencias mayores incluyen:

- La inherente complejidad de los retos globales en salud actuales, comparados con generaciones anteriores de retos de control de enfermedades infecciosas;
- Los límites del presupuesto de la OMS y burocracia;
- La acumulación de capital privado la cual hace posible una iniciativa de la escala de la Fundación Gates;
- El aumento de organizaciones de la sociedad civil con recursos y sofisticación que posibilitan una participación de alto-nivel en discusiones de política global (los informes GHW son una ilustración de esta tendencia);
- Un cambio ideológico, promovido de manera agresiva por gobiernos de derecha en el mundo industrializado y en corporaciones transnacionales, que ha sido descrito de manera sucinta por la socióloga histórica Margaret Somers como “haciendo romance al mercado, injuriando el estado”.

## El impacto del financiamiento adicional

Que se ha logrado con la duplicación del total de fondos bilaterales, multilaterales y privados? Hay signos de mejora en la salud global. La prestación de tratamiento y de intervenciones para controlar la malaria, ha contribuido a importantes mejoras en partes de Etiopía, Rwanda, Zanzíbar y Kenya, pero a través de Africa como un conjunto, 4 de cada 3 niños no tienen mosquiteros impregnados con insecticida. Notables mejoras se han logrado a través de la integración de la prestación de mosquiteros impregnados de insecticida en campanas existentes de vacunación contra el sarampión, y aumentos en la cobertura de la inmunización de sarampión desde 2000 son directamente relacionados con una reducción estimada de la mortalidad relacionada al sarampión de 750,000 en el año 2000 hacia 197,000 en el 2007. Además, el número de pacientes que reciben una terapia anti-retroviral para HIV/SIDA se ha incrementado mas que 7 veces desde el año 2002, hasta casi 3 millones a finales del 2007. Pero ésta representa, menos que una de tres personas con necesidad de terapia anti-retroviral. La brecha entre la necesidad de tratamiento y prestación de

servicios es más larga en términos absolutos en Africa Sub-Sahariana, la región con el número absoluto más alto de casos de SIDA, pero es comparablemente grande en términos porcentuales en Asia. En algunas regiones el impacto de la pandemia de HIV/SIDA, en combinación con un incremento de la pobreza, inseguridad alimentaria, conflictos violentos de largo plazo y de migración, han contribuido a un retroceso de mejoras previas en salud y en prestaciones en salud.

A pesar que una falta de recursos es lejos de ser la única razón por lo anterior, es un factor importante. En 2007 se estimó que anualmente se requería US\$ 40 por persona para apoyar lo que la OMS Comisión de Macro-económica en Salud llamo “un sistema algo mínimo de salud”. En comparación, el gasto anual en salud en los países menos desarrollados – donde viven 770 millones de la población mundial- tiene un promedio de US\$ 15 per capita de todas las fuentes tanto públicas como privadas. Durante los años 1990s en Tanzania, el gasto público era un promedio de US\$3.46 por persona por año. Esto significa, que entre otras cosas, pláticas/charlas para lograr sistemas sostenibles sin dependencia de recursos externos es una ilusión. Esto es particularmente cierto en Africa Sub-Sahariana, donde los sistemas de salud que ya fueron debilitados por un sub-financiamiento – muchas veces originado bajo programas de ajuste estructural- son aún más comprometidos por un drenaje de cerebros de profesionales de la salud hacia países de alto-ingreso, donde son muy demandados.

## Fondos privados: amigos o enemigos de salud global?

¿Cómo juzgan observadores informados a los nuevos actores en la política global de salud? Algunos son positivos sobre el cambio, y consideran la “infusión” de financiamiento privado – como la de la Fundación Gates – como una adición bienvenida a los recursos aun limitados para mejorar la salud de los pobres a nivel mundial. Además, ellos consideran los “PPPs” (parcerias publico -privadas) no solamente como un mecanismo para movilizar recursos adicionales, sino también para hacer que el diseño y la prestación de los programas sean más efectivos. Si solamente, las agencias existentes (en particular la OMS) hubieran sido más creíbles y más rápidas para responder a los retos emergentes, ellos argumentan, hubieran existido pocos incentivos para crear el Fondo Global. La crítica continua a la OMS es reflejada en un 2008 artículo en El Lancet, el cual acusó a la Ofician Regional para Africa de la OMS de “fallar” a la región.

Sin embargo, existen también muchas críticas dirigidas a los donantes privados y los PPPs. Muchas de estas criticas surgen de la preferencia frecuente de estos donantes para los programas verticales “específicos por enfermedad” que según algunos expertos han contribuido poco a fortalecer los sistemas de salud o a abordar las condiciones subyacentes de la inequidad en salud. En algunos casos, los programas específicos por enfermedad puedan actualmente debilitar los sistemas nacionales de salud. Por ejemplo, un estudio del sector salud en Tanzania comisionado por el Danish International Development Agency (DANIDA, agencia internacional para el desarrollo de Dinamarca) advirtió en 2007 que “el gran aumento en financiamiento externo

para HIV/SIDA algunas veces distorsiona prioridades y drena recursos, por ejemplo de “salud materna e infantil”. Se han hecho críticas similares a algunos programas bilaterales, como el US Presidents’s Emergency Plan for AIDS Relief (PEPFAR). La preferencia por programas verticales puede trazarse hacia el interés entendible de los donantes de ver resultados tangibles, positivos en un tiempo relativamente breve. La miríada de nuevas iniciativas a nivel global y de fondos privados que existen en la actualidad también han sido criticados por su rendición de cuentas limitada. A la vez, los programas verticales, específicos por enfermedad (“disease-specific”) pueden ser muy efectivos, en particular a corto y mediano plazo. Un acceso incrementado a tratamiento antiretroviral, que mejora las tasas de sobrevivencia de padres, profesores y médicos, es un resultado positivo. Sin embargo, se reconoce cada vez más que es insuficiente cuando el número de nuevos pacientes infectados siguen siendo más alto que el número de pacientes que reciben tratamiento. A veces también se argumenta que un enfoque en “single issues” / problemas singulares pueda contribuir a liberar los recursos del sistema de salud para ser utilizados para combatir otras condiciones.

Un desarrollo prometedor es el llamado “abordaje diagonal”, en el cual iniciativas específicas por enfermedad son diseñadas de manera cuidadosa para fortalecer los sistemas de salud en el cual se implementan – en un contexto en el cual se aumenta de manera considerable la cooperación al desarrollo. Sin embargo, este tipo de programas al final no puede remediar la falta de iniciativas que simultáneamente fortalezcan los sistemas de salud y aborden los determinantes de la salud que están encima del control de los ministerios de salud.

El impacto de las *Jornadas Populares de Salud* en los primeros años de la Revolución Nicaragüense es un ejemplo muy relevante. Aplicando la estrategia multiplicadora exitosa (formación de formadores) de la *Cruzada Nacional de Alfabetización*, miles de *brigadistas de salud* fueron entrenados e involucrados en campañas periódicas de vacunación y de limpieza y en acciones de rehidratación oral – las cuales contribuyeron en pocos años a una erradicación de la poliomielitis y una reducción de la mortalidad infantil. Es importante recordar, sin embargo, que las campanas en Nicaragua, fueron insertadas en un contexto más amplio de un plan de desarrollo nacional, un sistema universal de salud, campanas de alfabetización, abordajes multisectoriales y basadas en áreas, y que Nicaragua fue considerada por la OMS un modelo en Atención Primaria en Salud. Este es la esencia del problema y el asunto que está de nuevo en la mesa: la necesidad de un abordaje *integral* en salud.

## El camino para avanzar: revisando lecciones anteriores

APS está de nuevo en la agenda global, pero debe ser APS *integral*. Mejoras sostenidas en salud y en equidad en salud demandan no solo un acceso mejor a la salud y ambientes sociales y físicos más saludables. Lo último también demanda un abordaje a largo plazo que toma en cuenta los factores socio-económicos y contextuales que afectan la salud y las inequidades en salud. Para abordar los determinantes

sociales de la salud, se requiere acción intersectorial. Por ejemplo, las instituciones nacionales que toman decisiones de política comercial deben ser organizadas para asegurar que las implicaciones directas e indirectas en la salud, sean tomadas en cuenta. Y las políticas sociales y de mercado laboral deben ser diseñadas en colaboración con ministerios de salud y profesionales de la salud para asegurar que los beneficios en salud de la reducción de la pobreza y de mejores estándares laborales sean tomados en cuenta – un asunto de especial importancia en el marco de la crisis financiera actual. Esta es la esencia del “nuevo” abordaje que ahora se promueve, y que en realidad es “viejo”. Este fue ya planteado anteriormente en la Declaración de Alma Ata. Porque entonces no se asumió?

De acuerdo a Halfdan Mahler, quien fue elegido en 1973 por primera vez por tres términos consecutivos como Director General de la OMS, la iniciativa de implementar la APS fue abortada unos meses después de su concepción. Esto se debió en parte a la promoción de una estrategia de APS “selectiva” por la Fundación Rockefeller, la cual fue dirigida principalmente a la sobrevivencia infantil y apoyada fuertemente por instituciones como el Banco Mundial. Aunque ésta logró algún progreso- es importante de reconocer que la expectativa de vida en general mejoró y que la mortalidad infantil disminuyó en la mayoría de los países y de las regiones, aunque no todas, desde 1978 – la implementación de programas selectivos a través de paquetes costo-efectivos de intervenciones médicas ignoró los determinantes sociales de la salud. Una verdadera estrategia de APS integral por lo tanto nunca fue implementada. Un factor importante que contribuyó fue la restricción de gastos asociada con los programas de ajuste estructural del Fondo Monetario Internacional (IMF) y el Banco Mundial en respuesta a la crisis de la deuda en muchos países en desarrollo que inició a finales de los 1970s y principios de los 1980s, y la relacionada promoción por muchos donantes (en particular el Banco Mundial) de programas de “reforma” del sector salud organizados alrededor de la recuperación de costos y la imposición del pago por servicios con la prestación y el financiamiento de los servicios públicos considerados como excepción ante la preferencia normativa de la adquisición privada y el seguro privado.

### **Un nuevo *momentum*?**

A pesar de las diferencias en los procesos mediante el cual fueron producidos, el mensaje central de los tres informes recientes (ver cuadro) es similar. Tomados en conjunto, ellos proveen una evidencia contundente que “salud para todos” es posible – no a través de un enfoque en programas específicos de enfermedad, pero mediante un énfasis en sistemas, poder y el imperativo de abordar las causas subyacentes y estructurales de la inequidad en salud. El renovado interés en APS/ Salud para Todos (con ideas como equidad en salud, justicia social, participación, abordajes intersectoriales y determinantes sociales de la salud) atraviesa la OMS, la CSDH, al Movimiento por la Salud de los Pueblos, asociaciones profesionales y académicos. Se expresa en resoluciones, declaraciones, conferencias, publicaciones, revistas especiales

dedicados a APIS, y explicitados en iniciativas globales de investigación. Aun muchos actores pueden pensar de manera diferente sobre APS. Existe en realidad una gama amplia de perspectivas sobre APS y sobre principios claves como la participación comunitaria. Se entiende participación principalmente como un medio para llegar a un determinado fin (eficiencia y efectividad) o se reconoce también como un fin en sí mismo (empoderamiento) y como una premisa para la sostenibilidad y la equidad?

Claramente, la complejidad de los temas de pobreza, ambiente y salud, demanda un compromiso político sostenido y una estrategia a largo plazo. Aun, cuando existen instituciones democráticas formales, el espacio de tiempo dentro del cual se debe planificar e implementar acciones es mucho más largo que los ciclos electorales en los cuales los gobiernos típicamente están capaces de responder políticamente. Esto implica la necesidad de institucionalizar y de mantener una participación a largo plazo de parte de la sociedad civil. Esto es importante porque la pregunta clave ahora es: ¿Quién debe hacer qué y cómo? ¿Cómo podemos asegurar que un renovado interés en un abordaje integral no muere una muerte silenciosa como lo hizo hace tres décadas?

### **¿Quién debe actuar?**

Los agentes del cual depende últimamente un abordaje integral son los gobiernos, instituciones multilaterales y los grandes fondos privados. La Fundación Gates ha sido criticada por su orientación fuertemente biomédica y enfocada en tecnología. De esa manera, su influencia no es muy prometedora para el futuro de políticas para la reducción de inequidades mediante un abordaje de los determinantes sociales. Sin embargo es posible, aunque no fácil, de visualizar PPPs organizados para reducir inequidades en el acceso a los determinantes sociales claves de la salud. Por ejemplo, al asegurar la disponibilidad de fondos para facilitar el diseño y la implementación participativa de intervenciones coordinadas en atención en salud, apoyo al ingreso, vivienda, prestación de infra-estructura de agua y de saneamiento, con una revisión científica y de requerimientos de informes sobre desempeños análogos a los que están siendo aplicados a los fondos administrados por el Fondo Global.

En cuanto a los gobiernos, a nivel nacional es importante revertir la tendencia de privatización y de corporativización de los servicios públicos esenciales para la salud, como el servicio de agua, el saneamiento, la recolección de basura y los servicios sociales – una tendencia que tiende a excluir a los pobres y a profundizar las inequidades aun cuando los servicios permanecen nominalmente bajo el control de gobierno.

De manera más fundamental, y como el informe de la CSDH enfatiza, “la implementación de las recomendaciones de la Comisión depende de manera crítica de cambios en el funcionamiento de la economía global”. Este punto fue enfatizado por la Directora General de la OMS, Margaret Chan en un discurso a la Asamblea Mundial de la OMS en Octubre 2008. Si la OMS debe ser relevante para la perspectiva de la comisión y debe realizar una incidencia efectiva para estos cambios, será necesario reinventarse a sí misma y adoptar una orientación transdisciplinaria. Su

personal está constituido en su mayoría por médicos y profesionales con una orientación biomédica fuerte. La OMS no sólo deberá añadir experiencia científica social a su personal, pero también deberá involucrarse de manera fuerte con organizaciones internacionales económicas como el FMI, el Banco Mundial y la OMT, y con otras agencias del sistema de las Naciones Unidas, que tienen considerablemente más experiencia en ciencias sociales y políticas de desarrollo. Deberá también ayudar a construir coaliciones para movilizar recursos adicionales para nuevas operaciones y asegurar los cambios en el sistema económico global y la gobernanza global que son esenciales para asegurar la equidad en salud global y salud para todos.

## Aprovechando el cambio global

El renovado interés en Alma Ata en 2008 ha emergido en un contexto de cambio y de retos a nivel global sin precedentes, incluyendo la crisis financiera mundial, el cambio climático, la inseguridad financiera, conflictos a largo plazo y emergentes, la urbanización rápida e incontrolada y un incremento en la migración. Muchos, si no todos, de estos retos serán sentidos primero y de manera mas fuerte por las poblaciones social y económicamente marginalizadas, especialmente en los países de bajo y de mediano ingreso. Pero, los efectos pueden rápidamente pasar al mundo industrializado – por ejemplo a través de un incremento de flujos de migrantes que ocupan (muchas veces literalmente) los rincones entre las torres donde los ricos y poderosos viven y trabajan. Esta interconexión tiene importantes implicaciones para salud y desarrollo, y por su relación con la necesidad urgente de reforma económica global. La voz de la sociedad civil representada en este informe de GHW está ansiosa por una acción clara que diseñe un modelo alternativo de desarrollo económico y de cambios necesitados en el ámbito global – incluyendo una reforma verdaderamente democrática de gobernanza global económica.

### Box 1

#### La Declaración de Alma Ata de 1978

En 1978, líderes mundiales se reunieron en la “Conferencia Internacional de Alma Ata” en la anterior Unión Soviética, ahora Kazajstán. El resultado fue la Declaración de Alma Ata de 1978, la cual denunció el incremento de las inequidades en salud, tanto dentro como entre los países, como inaceptable desde el punto de vista moral, social y político. La declaración definió la atención primaria en salud (APS) no solo como un nivel de atención y un paquete de actividades, pero como una filosofía, una estrategia y un nuevo abordaje de la salud. Esto representó un cambio radical en el pensamiento sobre salud, atención en salud, y desarrollo de la salud. Promovió la necesidad de combinar no sólo la reorientación de sistemas de salud hacia las necesidades primarias de la población con acción intersectorial a todos los niveles para mejorar los determinantes sociales de la salud. Por ejemplo, para abordar la intoxicación por plomo de niños en barrios adyacentes a fuentes industriales emisoras de plomo en Managua o en casas dilapidadas del centro de París, se requiere mas que atención medica. Es un imperativo mejorar las

condiciones de vida y de trabajo, y la política económica y social debe ser capaz de abordar también las fuerzas motrices de los procesos de urbanización y los derechos laborales. La Declaración de Alma Ata enfatizó la necesidad de un nuevo orden económico mundial como una precondition para mejorar la equidad en salud. Como una forma de alcanzar "salud para todos" la OMS, decidió, adoptar la estrategia de APS como su política central. Sin embargo, la implementación de la estrategia dejó mucho que desear, y una verdadera APS nunca fue puesta en práctica.

#### Box 2

##### Tres informes por un cambio de abordaje

En su Informe Mundial de Salud del 2008, *Primary Health Care: Now More than ever* (APS: *ahora más que nunca*), la OMS hace explícito su compromiso renovado con los principios y valores morales de la Declaración de Alma Ata de 1978. El informe acentúa la necesidad de reformas de cobertura universal para asegurar la equidad en salud; reformas de prestación de servicios para asegurar que los servicios de salud sean más centrados en las personas; reformas de políticas públicas en salud para proteger y promover la salud; y reformas de liderazgo para asegurar que las autoridades de salud sean más "accountable".

La fragmentación, le especialización excesiva, la comercialización y la crisis de recursos humanos son subrayadas como problemas a ser abordados. El informe fue lanzado en Almaty (anteriormente Alma Ata) Kazajstán el 14 de Octubre 2008. Para leer el informe, véase [www.who.int](http://www.who.int).

La Comisión de Determinantes Sociales (CSDH), un grupo independiente de científicos y de políticos presididos por Sir Michael Marmot, fue establecido en 2005. El objetivo central de la CSDH fue mejorar la salud y promover la equidad en salud en países de todos los niveles de ingreso y desarrollo al abordar las condiciones en las cuales la gente trabaja y vive. El proceso involucró a nueve redes de conocimiento en una colaboración global entre tomadores de decisión, investigadores, representantes de la sociedad civil, la OMS y gobiernos nacionales. El informe final *Closing the gap in a generation* (Cerrando la brecha en una generación), fue presentado en una conferencia llamada "Cerrando la brecha en una generación: la equidad en salud a través de la acción sobre los determinantes sociales de la salud" (6-7 de Noviembre 2008, Londres) para mas información, véase [www.who.int/social\\_determinants](http://www.who.int/social_determinants).

##### Global Health Watch (GHW)

Representa a un colectivo de 131 individuos y 76 organizaciones que comparten el deseo de mejorar el estado de salud global y de enfrentar las injusticias sociales y políticas que conducen a la precaria salud. El primer informe GHW fue publicado en 2005 por el People's Health Movement, Medact y Global Equity Gauge Alliance. El segundo informe GHW, *Global Health Watch-2*, cubre un rango amplio de temas, incluyendo medicina, agua y saneamiento, migración, urbanización, guerra y conflicto y una evaluación crítica de las políticas y acciones de actores claves. El informe fue lanzado el 16 de Octubre 2008 en el University College London y ha sido lanzado después en muchos otros países. Véase [www.ghwatch.org](http://www.ghwatch.org).





# 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**

Medico, 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 aspecto esencial 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, posibilita 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.

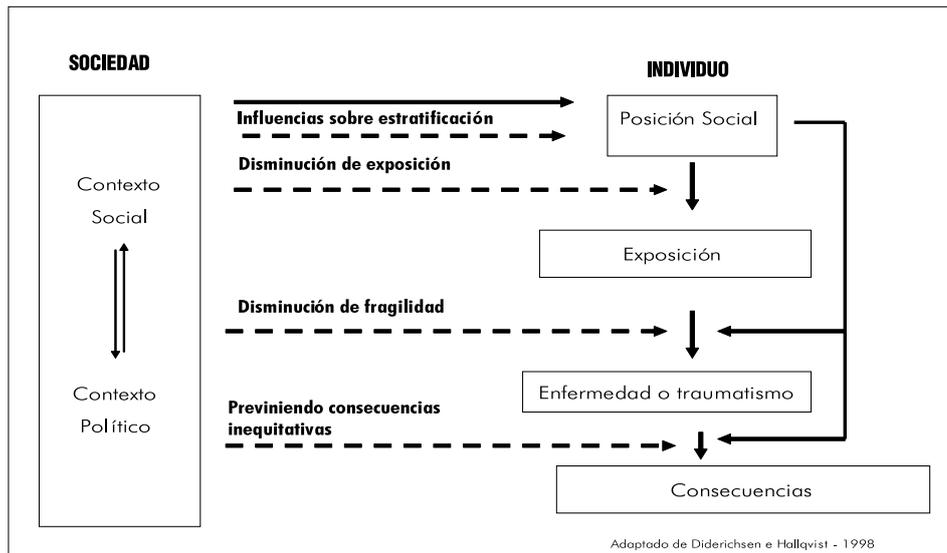
6. Irwin A, Solar O. A, conceptual framework for action on the social determinants of health. WHO. Geneva, 2007.

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: transetorialidade 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 J.L., 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.

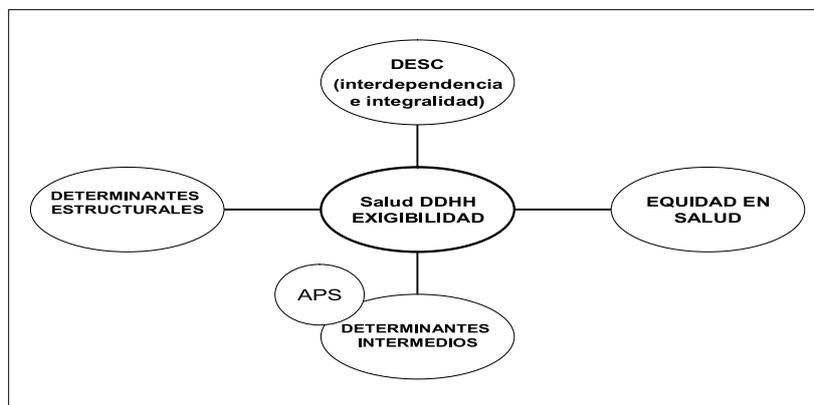
Entre estos retos de un lado se encuentra el de impulsar estudios frente a la capacidad del impacto de la APS sobre los determinantes sociales de la salud y la exigibilidad y garantía del derecho a la salud, que posibiliten definir sus alcances reales.

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.

# Implicaciones







# La Atención Primaria en Salud, la OMS, la Universidad y las instituciones formadoras de personal de salud.

**María Isabel Rodríguez**

Rectora de la Universidad de El Salvador. ExDecana de la Facultad de Medicina de la Universidad de El Salvador y Exfuncionaria de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) en diversos países de la Región de las Américas, en las áreas de Recursos Humanos para la Salud y Salud Internacional.





## Introducción

A partir de la trascendental decisión de los pueblos del mundo, participantes de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud realizada en Alma Ata, en septiembre de 1978, al adoptar la Atención Primaria de Salud como Estrategia fundamental para alcanzar la Meta de Salud para Todos, es de suponer que los gobiernos allí representados adquirieron el compromiso de cumplir con una primera condición fundamental, como era la voluntad política capaz de impulsar las acciones necesarias para producir los cambios en los sistemas de salud. Estos cambios deberían asegurar el cumplimiento de los principios fundamentales que dicha estrategia exige, como son la equidad, la solidaridad, la justicia social y la participación de la Comunidad.

La Meta de Salud para Todos (SPT2000) y la Estrategia de Atención Primaria de Salud (APS) surgieron en una coyuntura mundial desesperante, en reconocimiento a las grandes desigualdades entre el mundo del desarrollo y el del subdesarrollo y aún hacia el interior de los países, todo lo cual daba origen a una efervescencia política y social. Así mismo se da en el contexto de la búsqueda de un nuevo Orden Económico y Social a nivel internacional.

No hay duda que la doctrina en que descansa la Declaración de Alma Ata, es de gran avanzada y revolucionaria, al declarar que el estado de salud de millones de personas en el mundo era inaceptable, particularmente en los países en desarrollo. Por ello se propuso conseguir que todos los ciudadanos del mundo alcancen un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente activa.

A 30 años de Alma Ata, el mundo no puede sentirse satisfecho con los resultados alcanzados. Los altibajos generados por coyunturas políticas, sociales y económicas a nivel mundial, regional y nacional, han creado condiciones en ocasiones favorables y en otras “hostiles”, a las transformaciones que debieran acompañar el desarrollo de la APS.

Uno de los grandes escollos en el cumplimiento de la Estrategia han sido las interpretaciones diferentes de que ha sido objeto. Dos corrientes fundamentales resumen esas posiciones. Por un lado, interpretar “las actividades mínimas adoptadas en la Declaración de Alma Ata y las características de las mismas” en el sentido de que la Meta podría lograrse con programas especiales, más o menos revestidos de prioridad, dejando a los sistemas formales liberados a su propia dinámica. En esta interpretación y su consiguiente operacionalización está implícito lo que podríamos considerar como salud desigual, es pensar que la APS es la solución para atender personal sin acceso a servicios de salud, por su condición de marginalidad, de no contribuyente al sistema, privando el criterio de que la solución de sus problemas está en manos de personal empírico, sin calificación; ese personal resolvería sus problemas sin que ello implique el acceso a niveles superiores, confundiendo APS con primer nivel de atención.

Por el contrario, la otra posición plantea que el logro de la meta exige el desarrollo de estrategias que involucren fuertemente a los sistemas de salud. Esta inter-

pretación conceptualiza la meta y su Estrategia como un avance en el sistema de valores nacional e internacional, en el que priva un principio fundamental como es la equidad. Las bases fundamentales que sustentan la Estrategia no pueden reducirse a unos cuantos valores cuantitativos.

Esta segunda posición promueve la incorporación de personal de salud en los diferentes niveles del sistema compartiendo responsabilidad en el cumplimiento de la APS, acorde con “sus capacidades”. Eso requiere el conocimiento por parte de los niveles superiores de las tareas encomendadas al personal auxiliar, su trascendencia y la supervisión del proceso, a fin de garantizar la accesibilidad a todo el sistema.

El conocimiento de la Atención Primaria y de sus implicaciones no debe ser privativo de un grupo, es responsabilidad y compromiso de todo trabajador de salud, llámese profesional o no profesional. Implica conocer que con esa atención se está dando respuesta a un derecho integral y universal como es el de la salud. El personal de salud cualquiera que sea su nivel, debe ser capaz de conocer la población cubierta, sus características, sus demandas y sus necesidades. Debe ser personal consciente y comprometido con el proceso, de lo cual derivaría una gran responsabilidad para su selección, para su formación y para su utilización.

Siendo el personal de Salud de todos los niveles, pieza angular en el desarrollo de la Atención Primaria de Salud y con el fin de puntualizar el papel que los gobiernos a través de las resoluciones de los cuerpos directivos de la Organización Mundial de la Salud (OMS-OPS) le han ido otorgando, a partir del monitoreo y la vigilancia del cumplimiento de las resoluciones de Alma Ata, el presente ensayo toma como camino para el análisis, la revisión de esos documentos de la serie “Salud para Todos” en lo que respecta a las políticas, estrategias y planes de desarrollo del personal de salud y el impacto que en los diferentes momentos han tenido los avances en el desarrollo tanto del personal de salud, como de las Instituciones involucradas, entre ellas las escuelas y centros formadores de personal de salud y las universidades.

### **Análisis de los documentos básicos sobre APS y su contenido en relación al personal de salud.**

- El primer documento (1978), la “Declaración de Alma Ata” y el informe correspondiente a la Conferencia<sup>1</sup>, reconoce a la población como el recurso más importante de todo el país y que con frecuencia no se utiliza debidamente.

Al referirse a las características del personal sanitario de la comunidad, señala que variaría de uno a otro país y de una a otra comunidad, en función de las necesidades y los recursos disponibles para atenderlas. Como se menciona personal poco instruido con preparación elemental y hasta médicos descalzos, ayudantes de medicina y enfermeras prácticas y va hasta enfermeras con estudios profesionales, “feldshers”

1. OMS / UNICEF. Atención Primaria de Salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma Ata, URSS, 6-12 septiembre de 1978. Ginebra 1978.

y médicos generales así como curanderos, la lectura de este documento podría dejar la falsa impresión de que ese es el único personal en que descansa la estrategia de APS.

Aún cuando se insiste en las necesidades de adiestramiento y readiestramiento de todo el personal, este documento incluye un capítulo orientado al “personal sanitario profesional” que colocado en diversos niveles del sistema sanitario variará según los recursos de cada país.

En este primer documento se asignan funciones específicas al personal más capacitado considerando que “habrá de aplicar sus conocimientos tanto a los problemas de salud, determinados en función de las necesidades sociales, como a la orientación, la enseñanza y la supervisión de personal de salud que trabaja en las comunidades y a educar a esas mismas comunidades en todo cuanto se relacione con su salud”.

- El segundo documento (1979) referente a la “Formulación de Estrategias para alcanzar SPT2000”<sup>2</sup> al referirse a la formación y perfeccionamiento del personal de salud, señala la necesidad de “un número suficiente de personal de salud de las categorías apropiadas” que pueda planear y ejecutar el “Plan de Acción”. Se introduce la idea de reorientar el personal de salud existente y preparar nuevas categorías de personal de salud orientado a prestar servicios a la comunidad.

Se plantea la necesidad de contar con la cooperación de los Ministerios de Salud y Educación y de las demás Instituciones competentes en el campo de enseñanza y la formación profesional. Se introduce la posibilidad de exigir la reforma de los planes de estudio.

Se hace referencia al papel desempeñado en algunas sociedades por personal que practica la medicina tradicional y parteras tradicionales.

No hay duda que la poca profundización en los procesos de formación del personal profesional continúa sin dar respuesta a la compleja problemática educativa que surge como consecuencia de los nuevos roles que la APS plantea al personal de las diferentes carreras.

- El tercer documento (1981), relativo a la “Estrategia Mundial de Salud para Todos en el año 2000”<sup>3</sup>, responsabiliza a los Ministerios de Salud con los demás Ministerios y Organismos de enseñanza interesados, para que adopten las medidas pertinentes en el nivel gubernamental más alto, con el fin de introducir la política de dar formación teórica y práctica al personal de salud, de modo que puedan desempeñar funciones que guarden estrecha relación con los problemas

---

2. OMS. Formulación de Estrategias con el fin de alcanzar la Salud para Todos en el año 2000. Principios Básicos y Cuestiones esenciales. OMS, Ginebra, 1979.

3. OMS. Estrategia Mundial de Salud para Todos en el Año 2000. OMS Ginebra, 1981.

de salud prioritarios del país. Igualmente se pide a los Ministerios de Salud, Trabajo y Educación la planificación de los recursos de personal de salud en función de las necesidades del Sistema de Salud e igualmente se solicita al Ministerio de Salud y demás Ministerios y Organismos de enseñanza, la revisión de los planes de formación a la luz de las proyecciones establecidas en cuanto a número, tipos y calidad de las diferentes categorías de personal. Al mismo tiempo se plantea incorporar en la formación los principios de desarrollo de la salud definidos en la Declaración de Alma Ata.

- El cuarto documento (1981) sobre “Preparación de Indicadores para Vigilar los Programas Realizados para el Logro de la Meta SPT2000”<sup>4</sup>, plantea que para alcanzar la cobertura de salud se considera necesario disponer de diferentes categorías de personal encargado de distintas funciones, considerando indicadores como la relación entre población y distintos tipos de personal de salud y su ubicación geográfica. Igualmente se plantea la relación entre población y trabajadores de Atención Primaria.

El capítulo introduce además “considerar el número de escuelas que han revisado o reformado su plan de estudio para adaptarlo a las actividades en pro de la meta de SPT2000 y APS”.

- El quinto documento (1981), sobre el “Proceso de Gestión para el Desarrollo Nacional de la Salud”<sup>5</sup>, en materia de recursos de personal, parte de la consideración que en la planificación de una estrategia para el desarrollo de la salud ocupa lugar importante el problema de los recursos de personal. Es necesario reconocer que a estas alturas, los avances en el campo de la Planificación de Recursos Humanos para la Salud habían alcanzado un importante desarrollo en el mundo y en particular en la región de las Américas.

- El sexto documento (1981) “Evaluación de los Programas de Salud, Normas Fundamentales”<sup>6</sup> apenas dedica unos cuantos renglones a la evaluación de personal, que no contribuyen en nada a la valoración del papel que el personal de salud debe jugar en el contexto de la Atención Primaria de Salud.

- El séptimo documento (1982) “Plan de Acción para aplicar la Estrategia Mundial de Salud para Todos”<sup>7</sup>, no incluye más que un pequeño capítulo en el contexto de la “Obtención y Movilización de Recursos” en que se pide al Director General que “con objeto de desarrollar los recursos humanos necesarios para la Estrategia, tome las medidas indicadas en la Estrategia Mundial y a los Estados Miembros les plantea

4. OMS. Preparación de Indicadores para Vigilar los Progresos realizados en el logro de la Salud para Todos en el año 2000. OMS, Ginebra 1981

5. OMS. Proceso de Gestión para el Desarrollo Nacional de la Salud. Normas Fundamentales. OMS, Ginebra 1981.

6. OMS. Evaluación de los Programas de Salud. OMS, Ginebra 1981.

7. OMS. Plan de Acción para aplicar la Estrategia mundial de Salud para Todos. OMS, Ginebra 1982.

“movilizar todos los recursos humanos en la medida de lo posible para la aplicación de la Estrategia”. No existe referencia al aparato formador ni a los recursos humanos para la salud como sujetos del proceso.

- El octavo documento (1982) que corresponde al “Séptimo Programa General de trabajo de la OMS 1984 - 1989”<sup>8</sup> contiene un buen capítulo sobre Recursos Humanos en Salud y otro dedicado a Información Pública y Educación para la Salud, como elementos substanciales en el desarrollo de la Estrategia global para alcanzar la Salud para Todos.

Se reconoce al personal de salud como elemento clave de la infraestructura de salud, estableciendo que sin personal adecuadamente capacitado, los demás recursos del sistema de salud serán subutilizados. Se plantea que pese a ello, tanto en países desarrollados como subdesarrollados, el desarrollo de Recursos Humanos recibe escasa atención en la planeación de los servicios de salud.

Se considera que debe pedirse a los trabajadores de la salud ofrecer una guía inteligente y estímulo a las comunidades en materia de prevención y promoción de la salud como en la atención curativa. Se plantea que la resistencia profesional a las innovaciones debería ser transformada en fuerte apoyo. Se menciona, por primera vez, la recomendación a las Universidades para que no solamente se limiten a rediseñar sus programas educativos a la luz de los principios de Alma Ata, sino también a desarrollar diferentes tipos de investigación requeridos para apoyar el movimiento de Salud para Todos y a considerar vías apropiadas para crear un sentido de responsabilidad social entre todos los estudiantes y profesores que puedan contribuir a la Estrategia de SPT.

Los objetivos, metas y propuestas contenidas en este programa son orientadores sobre el papel que deberían jugar los recursos humanos desde el sector profesional hasta la comunidad en el desarrollo de la APS, lo cual está muy bien complementado con el Capítulo de Información y Educación para la Salud y el de Ciencia y Tecnología.

- El último programa de la Serie, formulado a los diez años de Alma Ata, “Octavo Programa General de Trabajo para el periodo 1990 - 1995”<sup>9</sup>, además de incluir un Examen del Séptimo Programa General de Trabajo, contiene un buen análisis de la Estrategia, su evaluación y su principal línea de fuerza.

En relación al personal de salud, se hace notar que las “Universidades y otras Instituciones que participan en la formación de los profesionales de la salud, tienen cada vez mayor conciencia de la necesidad de un cambio”. Se hace la observación de

8. WHO. Seventh General Programme of Work. covering the period 1984-1989. WHO. Geneva 1982.

9. OMS. Octavo Programa General de Trabajo para el período 1990-1995. OMS, Ginebra, 1988

que cuando para esas fechas, a diez años de Alma Ata, se habría fortalecido el diálogo entre el sector enseñanza y el de Salud, sus efectos en los programas de formación profesional no eran aún visibles en la mayoría de instituciones y concluye en que hacen falta esfuerzos considerables para fortalecer la validez de los programas de formación, destinados al personal de salud de todas las categorías. Lo grave del problema es que debemos reconocer que a los treinta años de formulada la Estrategia, la problemática persiste.

### **Los años '90 y 2000, particularmente referidos al papel de la Universidad en el cumplimiento de Salud Para Todos en el Año 2000 y la Estrategia de Atención Primaria.**

Los logros alcanzados en el cumplimiento de la meta de Salud Para Todos y su estrategia fundamental de Atención Primaria de Salud son preocupantes.

La Conferencia Internacional que debiera haber tenido mayor impacto en la vida de miles de comunidades del mundo, de los y las trabajadoras universitarias, al igual que de cientos de miles de trabajadores del sector salud a nivel mundial, particularmente en el mundo del subdesarrollo, no logró dejarnos satisfechos con los logros alcanzados.

No podemos enorgullecernos de un mundo en el que la llamada Sociedad del Conocimiento y de la Información, convive con una sociedad de la pobreza, de la desnutrición, de la incultura y la ignorancia.

Llegamos al año 2000 sin haber logrado resultados espectaculares, pese a que la cercanía de la fecha clave para el cumplimiento de la meta y su estrategia fundamental, reactivó el interés por su rescate, obligó a releer Alma Ata y se logró encontrar en los documentos básicos, la riqueza de la propuesta. Esa reflexión se dio especialmente a nivel de los organismos o instituciones formadoras de personal de salud y en forma especial en las universidades.

Precisamente y a partir de 1978, una serie de audaces acciones de la OMS y en las cuales la Organización Panamericana de la Salud tuvo un papel fundamental, llevaron en 1979 a la formulación de estrategias tendientes a comprometer el quehacer de las instituciones formadoras con los compromisos derivados de las propuestas de Alma Ata. En 1984 la Asamblea Mundial de la Salud y el Consejo Directivo de OPS, adoptaron resoluciones relativas a las funciones de las universidades en la Estrategia de Salud para Todos, promoviendo una serie de esfuerzos para profundizar en el análisis del papel de la Universidad y propiciar su incorporación en un esfuerzo común, interdisciplinario del concepto y la Meta de Salud para Todos en las próximas décadas. Esto vino a sumarse al llamado que ya había hecho la OMS en 1980, invitando a aumentar en los países la masa crítica de líderes en Salud para Todos.

El aporte de las universidades latinoamericanas fue desarrollado con la participación activa de las Asociaciones de Facultades y Escuelas de Medicina, Odontología, Enfermería, Salud Pública y Medicina Social y promovida por la Unión de Universidades de América Latina (UDUAL) y la OPS/OMS, durante el periodo 1987-1993.

Una larga reflexión precedió a este programa, partiendo de la premisa de que el abordaje uniprofesional no llevaría nunca a alcanzar los principios básicos de integralidad y multidisciplinariedad que exige el abordaje de salud integral. Por otra parte, se trajo a cuenta la necesidad de romper con las barreras que existen entre educación formal e institucional del personal de salud y los servicios de salud. El análisis evidenció que tanto los Servicios como la Universidad marchan por caminos paralelos pocas veces coincidentes. Salud para Todos y Alma Ata obligaron a las universidades a tomar posición frente al concepto o significado de Atención Primaria de Salud, pero más aún llevaron a profundizar en la concepción educacional como instrumento para el desarrollo integral de las personas y su compromiso con la sociedad. Fue una oportunidad para profundizar en la concepción integral de salud y educación, como derechos fundamentales, íntimamente vinculados al servicio del bienestar de la población.

La formulación de este proyecto, conocido como “Universidad y Salud de la Población”<sup>10</sup> puso a prueba la posición de la Universidad Latinoamericana y su capacidad para sumar esfuerzos en la elevación de las condiciones de salud de la población latinoamericana.

El proceso de cooperación entre la Unión de Universidades de América Latina (UDUAL) y la OPS/OMS, para el establecimiento de un programa de apoyo universitario al desarrollo de la salud, pese a que se realizaba en un momento caracterizado por cambios políticos, crisis económica y social, universidades desfinanciadas y convulsionadas, sin embargo fueron capaces de involucrarse en un esfuerzo, orientado a construir un proyecto destinado a sistematizar el pensamiento latinoamericano en salud y a conformar grupos interdisciplinarios en pro de la Meta SPT2000 y la promoción de intercambio de conocimientos y experiencias entre los sectores académicos y de servicio, desarrollando estudios, investigaciones y otras actividades.

El trabajo con las asociaciones generó un espacio de reflexión único, ya que reunió por primera vez a las asociaciones de profesionales docentes responsables de la atención directa y de la salud colectiva de la población. Fue un esfuerzo multiprofesional y multi institucional que avanzó en reconocer el compromiso de la Universidad con la salud de la población, en la necesidad del rescate de la Universidad Latinoamericana asediada por severas restricciones a su funcionamiento, además de promover la producción científica, impulsando el desarrollo de alternativas coherentes y sólidas.

La tesis básica que fue compartida por los diversos núcleos sobre la misión y funciones de la Universidad, es la de que ella debe contribuir al proyecto histórico de construcción de una sociedad más justa y democrática y asumir un liderazgo en defensa de la vida humana y del conjunto de los derechos fundamentales de las y los ciudadanos.

Este esfuerzo que ocupó una buena parte de la década de los ‘90 ha tenido seguimientos esporádicos en los 2000, periodo durante el cual nuevos actores han

---

10. OPS/OMS/UDUAL Conferencia Integrada “Universidad Latinoamericana y la Salud de la Población”. Memorias. La Habana Cuba. 3-7 de junio, 1991.

aparecido en escena al rescate de la meta de Salud Para Todos y su Estrategia básica de APS. Me refiero en particular al importante Movimiento de Salud de los Pueblos.

De hecho podemos decir que el año 2000 llegó con un rezago del compromiso adquirido hacía 22 años, después de una década en que el privilegio de la dimensión económica en todas las esferas del quehacer humano, abatió los logros que había generado Alma Ata.

Un nuevo intento tuvo lugar ante el incumplimiento de la propuesta de Alma Ata, los países miembros de la ONU, en busca de respuestas a las graves desigualdades sociales y económicas que afectan a la humanidad, suscribieron una nueva propuesta los “Objetivos del Milenio”, que suponen una meta a ser alcanzada en el 2015. Lastimosamente y sobre todo para el área de la salud, las metas son menos ambiciosas y se enmarcan en una visión del mundo más economicista e independiente que la visión de Alma Ata la cual continuamos considerando que sigue siendo válida y factible si el mundo fuera más solidario.

Este taller realizado a 30 años de Salud para Todos, “Contextualizando y Revitalizando la Atención Primaria en Salud”, está llamado a jugar un papel importante en el rescate de una experiencia mundial que, con el esfuerzo de muchos grupos en el mundo, sobre todo de los menos favorecidos, han mantenido viva la filosofía de Alma Ata. Tal como lo señala el propósito del taller, nuevas herramientas conceptuales como las determinantes sociales de salud, podrían ser enriquecidas en su intento por reducir las inequidades y la exclusión social tan presentes en el mundo actual, a 30 años de Alma Ata.



# La Atención Primaria en Salud en el marco de la estrategia promocional de calidad de vida y salud: la experiencia de Bogotá - Colombia\*

**Luz Dary Carmona Moreno**

Filósofa, Especialista en Gerencia Social y Maestría en Ciencias Sociales. Miembra fundadora del Movimiento Nacional por la Salud en Colombia, asociada a ALAMES y actual Directora de participación social y servicio a la ciudadanía de la Secretaria Distrital de Salud de Bogotá.

---

\* El artículo recoge documentos oficiales producidos por la Dirección de de Salud Pública y del Equipos de APS- Salud a su Hogar durante los años 2005 - 2007.





## Contexto<sup>1</sup> de Bogotá al inicio de la estrategia de APS

Bogotá se ha transformado de manera acelerada e importante en los últimos 20 años, los cambios son visibles a simple vista en la infraestructura, en la incorporación de espacios públicos, de movilidad y transporte masivo, “lo que da al visitante y al habitante una sensación de modernización, producto de cambios en las esferas política y productiva, Bogotá ocupa el primer lugar del mercado de capitales, telecomunicaciones y desarrollo tecnológico. Es el primer centro de educación, servicios sociales y comerciales, es el principal nodo exportador con el 20%, y centro financiero y bursátil del país con el 66% del mercado. Aunque las actividades financieras representen el 16% del PIB, apenas el 2,8% de los empleados están vinculados directamente a ellas. Todo lo anterior significa reconocidos avances en la modernización de la ciudad”.

Bogotá es el Distrito Capital de Colombia lo que implica una independencia política y fiscal en el territorio nacional. La implementación de la Constitución del 91 y sus efectos sobre la descentralización, han configurado nuevas formas de interacción entre el gobierno y la ciudadanía, a través del fortalecimiento de la participación social produciendo nuevas prácticas institucionales y comunitarias.

Administrativamente la ciudad está organizada en 20 localidades, siete de las cuales tienen área rural, según el Plan de Ordenamiento Territorial: Usme 82%, Ciudad Bolívar 74,4%, Chapinero 67%, Santafé 66%, San Cristóbal 60%, Usaquén 40% y Suba 9%. La localidad de Sumapaz es completamente rural y las otras 12 localidades son completamente urbanas: Teusaquillo, Barrios Unidos, La Candelaria, Mártires, Rafael Uribe Uribe, Antonio Nariño, Kennedy, Puente Aranda, Fontibón, Engativá, Bosa y Tunjuelito.

La ciudad es el resultado de una dinámica compleja entre múltiples actores con diversos intereses económicos, políticos, culturales y ambientales.

En tal sentido, las dinámicas sociales se vinculan a la historia, al desarrollo urbanístico, a las migraciones y al cambio del uso de la tierra. Según la encuesta de calidad de vida, para el año 2003 Bogotá contaba con 6.861.499 habitantes aproximadamente. Así, Bogotá es la sexta ciudad de América Latina en densidad poblacional: 220 habitantes por hectárea<sup>2</sup>, y es la ciudad más poblada del país, con marcadas diferencias con ciudades como Cali 5.20%, Medellín 4.60%, Barranquilla 2.99% y Cartagena 2.20%<sup>3</sup>.

A pesar de que la ciudad ha avanzado en modernización “ésta no se compagina con las brechas de inequidad, con el precario desarrollo de autonomía de las personas para el ejercicio pleno de la libertad y con la debilidad persistente en la construcción de lazos de hermandad y solidaridad que posibiliten la construcción de lo

1. Carmona L. y Naranjo C. Bogotá en la búsqueda de la garantía del derecho a la salud. en Balance y perspectivas de la Ley 100. Capítulo tres: sobre las regiones. P. 110. Editorial Servi Offset. Bogotá 2005.

2. ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ. Por un Compromiso Social contra la Pobreza en Bogotá, Dic. de 2004. Citado por: SDS, Dirección de Salud Pública. La Salud y la Calidad de Vida en Bogotá. Dirección de Salud Pública. Secretaría Distrital de Salud. 2005.

3. DANE, Estudios Censales. Proyecciones de Población 1995 – 2010. Citado por: SDS, Dirección de Planeación. 2004.

público como la esfera de integración funcional y simbólica de los y las ciudadanas bogotanas<sup>24</sup>.

En este marco uno de los mayores retos de la ciudad es avanzar en la inclusión social y la superación de las brechas de inequidad: la pobreza para el 2003 se hallaba en 50.3%, y la miseria afectaba a más de un millón pobladores. En términos absolutos, las personas pobres de Bogotá para el 2000 se estimaron en 3.190.170, mientras que las personas en condiciones de indigencia en 959.238.

La concentración del ingreso es creciente, la mayoría no cuenta con los ingresos necesarios para su subsistencia, el coeficiente Gini para la ciudad en el 2003 era de 0,56, lo que significa que los que más tienen logran un ingreso promedio 56 veces más alto que los pobres.

Las condiciones de vida se han deteriorado por la falta de acceso a los bienes y servicios básicos, a una vivienda digna, a la canasta básica de alimentos o al **ingreso mínimo para adquirirla**, en las familias del Distrito Capital, el nivel de ingreso no alcanzaba en el 49,6% de los casos para adquirir la canasta normativa y el 14,9% para adquirir los nutrientes y bienes esenciales. Distintas fuentes públicas y privadas coincidían en afirmar y demostrar que el desempleo había ganado proporciones preocupantes en la capital desde mediados de los noventa, para el 2005 oscilaba entre el 14% y 19%. A estas cifras hay que sumar el 60% aproximado de empleo informal que existe en la ciudad<sup>5</sup>.

El desempleo afecta más fuertemente a las mujeres que residen en Bogotá, con una tasa de 53%. El rango de edad de mayor afectación se concentra entre los 20 y 39 años, edad que coincide con una preparación secundaria, técnica o profesional y, seguramente, con la existencia de responsabilidades económicas.

Por su parte las **inequidades territoriales** tiene relación con las condiciones de vida de la población quienes en su mayoría está concentrada en mayor número en las localidades de sur y el occidente de la ciudad, estas zonas presentan índices importantes de necesidades básicas insatisfechas y mayores niveles de pobreza e indigencia. La desigualdad frente a la tenencia y uso del territorio evidencia altos niveles de desigualdad espacial, las áreas ocupadas por los grupos más pobres, sin acceso al mercado de tierras en un contexto de precios especulativos, ha hecho que la ocupación se haya dado sin reglamentación, sin orden y por fuera de los parámetros y principios de la planeación.

La estratificación socioeconómica en Bogotá, evidencia que los estratos 2 y 3 representan el 75,5% en la ciudad, mientras que los estratos 5 y 6, apenas el 5,2%. Las localidades que concentran mayor proporción de manzanas en estrato 1 son Usme y Ciudad Bolívar; en estrato 2 San Cristóbal, Tunjuelito, Bosa, Suba, Rafael Uribe Uribe y Santafé; en estrato 3 Usaquén, Kennedy, Engativá, Barrios Unidos, Mártires, Antonio Nariño y Puente Aranda; en estrato 4 Teusaquillo y Chapinero. El estrato 5 no aparece como mayoritario en ninguna de las localidades pero se encuentra concen-

4. Carmona L. y Naranjo C. Balance y perspectiva de la Ley 100.

5. CONTRALORÍA DE BOGOTÁ. Op. Cit. 2003.

trado con mayor representatividad en Unidad de Planeación Zonal (UPZ) de tres localidades: Usaquén, Chapinero y Suba. El estrato 6 se visibiliza también en estas tres localidades siendo mayoritario en Usaquén. La desigualdad existente en el país, el deterioro en la calidad de vida se evidencia con contundencia en la capital de la República.

En cuanto a la prestación de servicios de salud es importante ubicar que Bogotá cuenta con un sistema de aseguramiento en salud acorde con la Ley 100 del /93. El porcentaje de población afiliada al régimen contributivo se ha sostenido cerca al 55% y, a diciembre 31 de 2003, se alcanzó una cobertura de afiliación al régimen subsidiado de 1.369.970 personas, correspondiente a 19,95% de la población total de Bogotá. (6.865.997) Sin embargo, no todos los cupos corresponden a individuos reales; es decir, cuando se toma el número de unidades por capitación pagadas en este régimen, la cifra baja a 1.099.164. Esto implica que no todos los cupos adjudicados son utilizados por las personas por razones no siempre controlables por el asegurador o por la Secretaría de Salud<sup>6</sup>.

De acuerdo con las cifras para el 2003 el porcentaje de afiliación aumentó para Bogotá en el 77.6% y para el año 2004 la afiliación al régimen subsidiado alcanzó la cifra de 998.224 personas afiliadas lo que quiere decir un incremento del 43%.

Tabla No 1: Afiliación al Sistema General de Seguridad Social en Bogotá 2003

Total Población	Afiliación		Régimen de afiliación Contributivo subsidiado			
	Total	%	Total	%	Total	%
6.861.499	5.323.486	77.6	4.325.662	81.3	997.824	18.7

Fuente DANE, Encuesta de Calidad de Vida 2003, Bogotá.

De manera estructural el sistema presenta inequidad en cuanto estableció paquetes de servicios diferenciales, dados en el Plan Obligatorio de Salud contributivo (POSc) y en el Plan Obligatorio de Salud subsidiado (POSS), ésta inequidad inicial se ha profundizado durante la implementación de la Ley. Una evidencia de dicha profundización se encuentra en el decreto 267 del 2004 que dio cabida a los *subsidios parciales*, otorgados a personas residentes en **áreas urbanas**, clasificadas en el nivel 3 del SISBEN no afiliadas. Cabe recordar que la meta de la Ley 100 era igualar el POSc y el POSS en el año 2001; promesa que no se ha cumplido y por el contrario la inequidad y la discriminación han aumentado, situación que se evidencia en el siguiente cuadro.

6. SDS. Op.Cit. Salud a Su Hogar: 8

Tabla No 2: Comparación de coberturas y planes de beneficios

Plan de beneficios	Cobertura	Costo (v/r upc)
POS contributivo	Niveles I-II-III-IV (1)	\$ 365.673,60
POS subsidiado	Niveles I-IV (2)	\$ 203.886,00
POS subsidio parcial	Niveles IV (3)	\$ 76.457,00
		\$ 81.554,00 (4)

Fuente: CNSSS, Junio del 2005.

Se supone que los niveles II y III se prestan por la red pública con subsidio a la oferta, incluye traumatología, atención a la madre gestante y parto y sólo en Bogotá, Barranquilla, Cali y Medellín.

La Unidad Por Capitación (UPC) es el valor que se reconoce en promedio por el aseguramiento de una persona al año. Durante años las Administradora de Régimen Subsidiado (ARS) se han quejado porque las tarifas del subsidio pleno no les alcanzaban para garantizar los servicios, con las tarifas de la UPC de los subsidios parciales el desbalance se aumenta, en la práctica lo que sucede es el recorte de servicios o la no prestación<sup>7</sup>.

Por su parte, en el sector rural se presenta el mayor grado de exclusión frente a la cobertura en el sistema; el jornalero, peón y el trabajador familiar sin remuneración, son los grupos ocupacionales que, en Bogotá, menos acceden al sistema, igual se podría decir de los trabajadores por cuenta propia y de los empleados domésticos. Durante el período en mención la cobertura se ha venido incrementando, sin embargo, aun se mantiene el 34% de exclusión del aseguramiento para este grupo de personas.

En el mismo sentido, en Bogotá las barreras para el acceso y la utilización de los recursos son de tipo geográfico, económico y administrativo en especial para la población más pobre y vulnerable. Esto se evidencia cuando las aseguradoras contratan prestadores dispersos y alejados de la residencia de los afiliados o establecen trámites administrativos que dispersan o dilatan la prestación del servicio y la entrega de medicamentos, éstas barreras son inaceptables porque ponen en peligro la vida de las personas<sup>8</sup>.

Durante el año 2005 se consideró como principal barrera económica las cuotas moderadoras, así como los copagos. “Hoy se calcula que cerca del 30% de la población no es suficientemente pobre para recibir el subsidio del Estado, pero tampoco tiene los ingresos suficientes para sostener su afiliación al régimen contributivo.

Teniendo en cuenta el contexto anterior, la Administración Distrital del gobierno de Luis Eduardo Garzón se planteó un reordenamiento de los procesos y

7. Informe preliminar del Representante de los trabajadores /as al CNSSS, Mayo del 2005. P: 2

8. Ibídem. Pág.10

modos de gestión de la salud que permitieran disminuir las barreras de acceso que surgen del Sistema de salud, para lo cual optó por una política de salud basada en el derecho a la salud, lo que implica ampliar la visión asistencial de enfermedad y riesgo que subyace al sistema de salud colombiano, transformando la visión de salud a la luz de la Estrategia Promocional de calidad de vida, la cual tiene como objeto afectar los determinantes del proceso salud - enfermedad; a partir del reconocimiento de los sujetos como sujetos de derechos y por ende el reconocimiento de la autonomía como un valor fundamental para el desarrollo del derecho y la democracia. Realizar éste tránsito requirió formular una estrategia que permitiera modificar los modos de respuesta, que posibilitara disminuir las barreras de acceso a los servicios y que simultáneamente fuera generando un nuevo modo de gestión de la salud en el distrito capital, esta Estrategia se basa en la APS y se puso a operar a través del Programa Salud a Su Hogar.

## **La estrategia promocional marco conceptual que sustenta la implementación de la APS en el distrito capital**

### **El concepto de salud - enfermedad**

La Secretaría Distrital de Salud (SDS) parte del planteamiento central que la salud es una producción social que se da en el marco de las relaciones que entretejen los seres humanos en contextos específicos, en tal sentido, la salud no se reduce a la ausencia de enfermedad, sino que es la posibilidad de que los seres humanos construyan sus proyectos vitales en las mejores condiciones posibles para obtener bienestar y calidad de vida. La situación de salud obedece a las determinaciones dadas por las formas de reproducción social como alimentación, reposo, protección frente al ambiente, recreación, comunicación social e interpersonal, actividades educativas, religiosas, culturales y rituales y acceso a los servicios de salud, entre otras.

Cada vez es más claro que la salud y la enfermedad resultan de procesos de interacción complejos entre diversos elementos de la realidad que se encuentran condicionados por dinámicas sociales generales, en condiciones históricas concretas<sup>9</sup>. La salud entendida de manera positiva propende entonces porque las personas se encuentren bien donde viven, accedan a los servicios que necesitan y se desempeñen en las actividades que prefieran, y en consecuencia, alcancen el desarrollo pleno de su autonomía y dignidad. Considerar la salud en sentido positivo, como la realización cotidiana del proyecto vital de los sujetos, implica una construcción intencional e intencionada, es decir política, colectiva, ciudadana, y posible sólo con la participación de toda la sociedad incluyendo al Estado.

En términos generales podemos decir, que “las condiciones de vida que a su vez dan cuenta de la calidad de vida, entendiendo por ésta, el grado de satisfacción de

9. Diagnósticos locales de salud con participación social. Documentos síntesis, Publicados en “Participación al día”, marzo de 2004.

necesidades sociales, en un territorio concreto y un determinado período histórico, son las que determinan las formas de vivir, enfermar y morir de la población”<sup>10</sup>. Estas “condiciones de desarrollo” no son las mismas para todos los grupos sociales en una sociedad, sino que asumen formas particulares dependiendo de la inserción específica de éstos en el proceso global.”<sup>11</sup> Así, la salud se ve afectada por la falta de equidad y justicia social, es decir que las manifestaciones bio-psico-sociales en la salud de los grupos, pueden expresarse en forma diferencial según género, etnia, clase social, segmentación espacial, por variaciones del riesgo para la frecuencia y comportamiento de los problemas de salud. Bajo esas premisas, se acepta que el proceso salud enfermedad es el resultado de fenómenos que develan las condiciones y la forma concreta de vida de cada persona y grupo de población, su forma particular de inserción en el conjunto de la estructura y dinámica económica, social y cultural. De igual manera, las condiciones del ambiente y el trabajo son también determinantes de la salud de la población.<sup>12</sup>

Por tanto las condiciones de salud de las personas y de los grupos sociales son el resultado del proceso complejo y dinámico que se produce socialmente en todos los ámbitos, donde la vida social se desarrolla. Las condiciones de salud, están inmersas en las condiciones de vida de la población y éstas se producen en los centros laborales (proceso de producción), en el ámbito familiar (proceso de consumo), en la vida organizativa y en la vida cultural, todo eso en ambientes o espacios determinados por el modelo de producción de la sociedad en la cual se encuentran.

Los determinantes sociales de la salud pueden definirse como las condiciones sociales en las cuales viven y trabajan las personas. Estos determinantes sociales de la salud están dirigidos tanto a las características específicas del contexto social que influyen en la salud como a las vías por las cuales las condiciones sociales se traducen en efectos en la salud.

Desde la perspectiva de determinantes sociales se reconoce la salud como una producción social, lo que permite restituirle a los sujetos su papel protagónico como seres activos, autónomos y decisivos en el desarrollo de su proceso salud enfermedad.

Un modelo integral de determinantes sociales de la salud debe lograr: a) identificar los principales mecanismos por los cuales los determinantes sociales generan desigualdades de salud; b) indicar cómo los determinantes principales se relacionan entre sí; c) proporcionar un marco para evaluar cuáles son los determinantes sociales de la salud que es más importante abordar; y d) proyectar niveles específicos de intervención y puntos de acceso de políticas para la acción en torno a los determinantes sociales de la salud.

De igual manera, explícita la responsabilidad del Estado de garantizar condiciones para que haya bienestar para el conjunto de la sociedad. De esta forma, la

10. De Negri A. Conferencia 24 de agosto de 2005. Bogotá.

11. Laurell, AC. La salud enfermedad como proceso social. Revista Latinoamericana de Salud.

12. Secretaría Distrital de Salud, Propuesta para el fortalecimiento de la salud pública en Bogotá DC, Enero de 2004.

salud hace parte de las discusiones públicas y le compete al colectivo definir sobre el rumbo de las políticas que se adoptan para el bienestar, lo que implica por tanto la conciliación de diversos intereses, gestar voluntades y el compromiso de las colectividades y el Estado para movilizar y destinar recursos, en función de dos propósitos principales:

Forjar los medios y condiciones que permitan a los ciudadanos ejercer mayor control sobre sus procesos de salud, es decir potenciar en individuos y colectividades la capacidad de valerse por sí mismos –autonomía funcional- hasta la posibilidad de lograr suficiencia económica y lograr hacer efectivo el ejercicio de su ciudadanía.

Eliminar las diferencias innecesarias, evitables e injustas que restringen las oportunidades para acceder al bienestar y propender por la equidad y la justicia social.<sup>13</sup>

Desde esta perspectiva, el bienestar y la calidad de vida se relacionan de manera directa con la garantía del derecho a la salud<sup>14</sup> que expresa las condiciones de dignidad humana en las poblaciones, nos permite entender la salud como un bien público, en la medida que el accionar del Estado, la sociedad y el sector salud en particular, desde éste enfoque, debe propender por la garantía del mismo<sup>15</sup>. Es un enfoque que supera la mirada restringida de los mínimos para la supervivencia y se centra en la búsqueda y concreción de mejores condiciones y oportunidades de vida para el desarrollo de las capacidades humanas<sup>16</sup>.

En otras palabras, el enfoque de los derechos humanos, que sustenta la política distrital de salud implica la concreción de política social que genere condiciones de salud donde la estrategia de promoción de la salud<sup>17</sup> es central, lo cual exige un equilibrio entre las acciones estructurales para el mejoramiento de condiciones de vida y la priorización de la protección de poblaciones con mayor grado de vulnerabilidad de acuerdo a territorios sociales, de tal forma que existan garantías para el disfrute de manera individual y colectiva de bienes, servicios y condiciones adecuadas de bienestar que nos permitan tener una vida digna.

Esta mirada implica contar con decisiones medios y recursos disponibles, accesibles, aceptables y de calidad que permitan garantizar el máximo nivel de salud posible<sup>18</sup> en lo individual y en lo colectivo.

13. Organización Panamericana de la Salud, oficina regional de la OMS, en "Principios y conceptos básicos de equidad y salud" Washington, DC, Octubre de 1999.

14. El derecho a la salud contiene una serie características como: universalidad, interdependencia e indivisibilidad, carácter individual y social, progresividad e irreversibilidad, irrenunciabilidad; y de principios como: igualdad, accesibilidad, gratuidad y equidad. Los cuales deben hacerse explícitos en términos de la exigibilidad y garantía del mismo.

15. Movimiento Nacional por la salud y la Seguridad Social. Colombia. 2003.

16. Proyecto de desarrollo de autonomía en salud oral, Agosto de 2004.

17. La Carta de Ottawa 1986 y la de Bogotá 1992 la definen como "proceso de proporcionar a los pueblos los medios necesarios para que puedan mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma", esto requiere transformar las relaciones excluyentes conciliando los intereses económicos y los propósitos sociales de bienestar para todos, así como trabajar por la solidaridad y la equidad social, condiciones indispensables para la salud y el desarrollo»

18. De Currea- Lugo, Victor. El derecho a la salud en Colombia: Diez años de frustraciones. Textos de Aquí y Ahora. Instituto Latinoamericano de Servicios Legales Alternativos, ILSA. Bogotá- Colombia. 2003. Pág. 26.

## El abordaje de la salud

El proceso salud-enfermedad, se materializa en los territorios sociales, como escenarios de interacciones sociales y económicas permanentes que se expresan en condiciones de vida de los grupos humanos, lo que involucra la creación o generación de ciertos imaginarios o representaciones sobre espacios considerados como sanos, insanos, peligrosos o deseables y que explican parte de las prácticas sociales. De ahí la necesidad de diferenciar los determinantes de la salud de acuerdo con los territorios sociales, ya que allí se condensan las diferentes maneras de vivir, enfermar y morir.<sup>19</sup>

Una puerta de entrada, para abordar la problemática de una comunidad en particular, transita por identificar las necesidades sociales en un territorio, lo que implica interpretar el movimiento de la vida social en un espacio histórico y lograr evidenciar y formular el sistema de contradicciones que determinan dicho movimiento. Los fenómenos de reproducción social y condiciones de vida, no se llevan a cabo en el vacío, se desarrollan en éste espacio histórico denominado territorio. Por tanto el “territorio” desde una visión social, no solamente es contenedor de objetos y sujetos, en una porción de superficie terrestre, se trata del espacio social producido por las relaciones sociales y las relaciones entre la sociedad y la naturaleza<sup>20</sup>.

El territorio corresponde a un espacio social, un producto social históricamente constituido por la dinámica de los modos de producción. En éste contexto, los cambios del espacio obedecen a los ajustes que cada modo de producción debe realizar para organizarlo, con el objeto de garantizar su propia reproducción, es decir la organización espacio temporal es creada y recreada para adaptarla a las condiciones del modo de producción, en un escenario de construcción política y confrontación social en el que se involucran las diferencias culturales, de clase, religión, política y de género.

Un nuevo contenido social de la política se viabiliza y se concreta en una nueva estructura espacial. En la medida que se redefinen las relaciones sociedad espacio, se crean nuevas formas espaciales y las anteriores se ajustan a las nuevas determinaciones.

Por todas estas razones, la política distrital de salud definió su quehacer a partir del enfoque promocional de calidad de vida y salud de la siguiente forma<sup>21</sup>:

Reorientación de la función y las políticas públicas hacia “el imperativo ético de responder a las necesidades sociales de calidad de vida y salud, con universalidad y equidad, combatiendo los déficits de acciones entre necesidades y ofertas, e impactando en la reducción de las brechas por inequidad social como disparidades de oportunidades entre grupos humanos y territorios”<sup>22</sup>.

19. De Negri, Armando. La Estrategia Promocional de calidad de vida y salud. Conferencia. 28 de agosto del 2004.

20. Aquí el concepto de naturaleza se refiere a la consideración de primera naturaleza o naturaleza prístina y segunda naturaleza o transformada por el trabajo humano, planteada por Milton Santos.

21. Ministerio de salud y desarrollo social de Venezuela. Plan estratégico social. 2003.

22. Ministerio de salud y desarrollo social de Venezuela. Plan estratégico social. 2003.

Adoptar la estrategia de promoción de la calidad de vida y salud, que busca la preservación y desarrollo de la autonomía de individuos y colectividades, entendida como el ejercicio de potencialidades para satisfacer necesidades y deseos, a través de la transectorialidad y la acción sobre territorios-poblaciones, atacando las causalidades y determinantes sociales de los problemas a enfrentar, y generando capacidades de organización y empoderamiento social.

Reorientar el modo de atención mediante la estructuración de respuestas regulares, suficientes, integrales y equitativas, conformadas en redes públicas y sociales de calidad de vida y salud dentro del espacio distrital, local, que actúen como escenarios de gestión transectorial de políticas y acciones en territorios sociales y como espacios para el ejercicio político y social entre autoridades públicas y comunidades organizadas.

Construir una nueva institucionalidad pública con capacidad rectora, conducción y liderazgo dentro de una estructura intergubernamental, descentralizada y participativa, comprometida con la transformación de los patrones de calidad de vida y salud de la sociedad alrededor de metas concertadas con la sociedad, convertidas en monitor del progreso estratégico y operacional de la gestión y del desarrollo económico y social de territorios.

## La salud como un derecho humano

El derecho a la salud es “la posibilidad efectiva que tienen los sujetos al desarrollo pleno de sus vidas en condiciones dignas en los contextos específicos en que se desenvuelven, lo que implica el reconocimiento de la conexidad del derecho a la salud con el derecho a la vida, y su interrelación e interdependencia con otros derechos como la educación, la alimentación, el vestido, el trabajo, la vivienda y la participación”,<sup>23</sup> “esto quiere decir, que ellos se inscriben en un todo indivisible de mayor jerarquía, que llamaremos aquí condiciones de vida. Estas condiciones tienen un valor para la gente, que en general puede relacionarse con “calidad de vida”.<sup>24</sup>

La relación de bienestar calidad de vida y la garantía del derecho a la salud, nos permite entender la salud como un bien público, en la medida que el accionar del Estado y la sociedad debe propender por la garantía de:

El derecho a la vida: es el reconocimiento de la vida como el más alto valor del ser humano, y el máximo derecho, por lo que debe ser garantizado por parte del Estado.

El derecho a la asistencia sanitaria: es el derecho que tienen todos los seres humanos a la atención integral para promover la salud, prevenir, atender y rehabilitar las enfermedades cuando lo necesite.

El derecho al bienestar y a un ambiente sano: es la posibilidad de tener una vida saludable en las mejores condiciones posibles y con acceso suficiente a los medios disponibles.

23. Corporación para la salud Popular- Grupo Guillermo Fergusson. Módulo: el derecho a la salud y su exigibilidad. 2005.

24. Ministerio de salud y desarrollo social de Venezuela. Plan estratégico social. 2003. 5 Ramón Granados Torano (2001).

El derecho a la participación: es el ejercicio de la ciudadanía y autonomía en el proceso de toma de decisiones y de acciones, individuales y colectivas, en todo lo que atañe a la salud, lo que implica el reconocimiento a la opinión, el acceso a la información, el ejercicio del control sobre los programas y recursos públicos, y la toma de decisiones sobre las políticas que afectan la salud de todos.

Desde esta perspectiva, es deber del Estado garantizar la aplicación de los derechos sin discriminación alguna, preconceptos o privilegios de ninguna especie y sin barreras que puedan impedirlo. “No se trata de un problema administrativo o prestacional, sino ético. La aplicación de este criterio rompe con la racionalidad que domina los procesos de decisión del Estado, en la cual se privilegia la disponibilidad de recursos (físicos, humanos y financieros) sobre las necesidades colectivas e individuales. Así, en nombre de la “racionalidad económica” se planifica en razón de la oferta, de manera inexorable, y no en función del tamaño y exigencias de los problemas.”<sup>25</sup>

Esta es una trampa de la focalización tradicional donde se definen poblaciones a cubrir con base no en el derecho, esto es en las necesidades sociales, sino en los recursos existentes, de esta forma los recursos definen la población que necesita las acciones.

Desde el enfoque de derechos no se puede limitar la garantía de los derechos humanos en una sociedad a los recursos disponibles, se tiene que avanzar a la implementación de políticas públicas que se comprometan con hacer cumplir aquello que el gobierno debe hacer<sup>26</sup>, para asegurar el cumplimiento de todos los derechos humanos, bajo la consideración de que estos son indivisibles, inalienables e irrenunciables, y no pueden los gobiernos argumentar la falta de disponibilidad de recursos para su cumplimiento, ni sacrificar el cumplimiento de unos derechos por otros.

La actual administración reconoce la dificultad histórica en el manejo de recursos como una barrera constante dirigida a la contención de demandas y de costos, en dirección contraria a los objetivos y responsabilidades de la función pública, llamada a garantizar la búsqueda y organización de respuestas colectivas para la resolución efectiva de los problemas sociales<sup>27</sup> y a la conducción política de procesos de transformación sustantiva de la realidad social, teniendo como prerrogativa una distribución equitativa de los medios sociales de acción, orientados a objetivos de universalidad, democracia y justicia social. Se busca entonces, potencializar el desarrollo de los seres humanos a partir del reconocimiento de sus derechos como condición del ejercicio de ciudadanía.

El reconocimiento del derecho a la salud como construcción social implica que las políticas en salud no se pueden remitir únicamente a proveer de bienes y

25. De Negri Filho, A. “Adoção de uma estratégia promocional da qualidade de vida e saúde: transetorialidade 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: 26.

26. Robinson, Mary. Universalidad y Prioridades. En: Informe de Desarrollo Humano, 2000. PNUD.2001.pp113.

27. Es necesario pensar en la totalidad de la población y luego proyectar sus necesidades. Sobre la base de éstas, evaluar qué tenemos, qué nos hace falta y pensar estratégicamente de qué manera podemos superar estos déficit.

servicios a la población, dividiéndola entre contribuyentes y no contribuyentes, beneficiarios “objetos de atención” o asistidos por el Estado. El derecho a la salud dota de significado las políticas y las convierte en el campo de realización de derechos legítimos y universalmente reconocidos y garantizados, indispensables para la conquista y el desarrollo de una plena condición de ciudadanía, teniendo toda la sociedad en ello un papel protagónico, activo y corresponsable como “sujetos sociales” con poder para decidir sobre su propio desarrollo.

### El enfoque promocional de calidad de vida y salud <sup>28</sup>

La estrategia de promoción de la calidad de vida y salud es un instrumento estratégico que plantea, en primer lugar, el imperativo ético de comprender y dimensionar toda la complejidad de los determinantes explicativos de los problemas que atentan contra la calidad de vida y salud de las personas y colectividades, y su impacto desigual entre la población. El análisis no se reduce entonces a la determinación de “problemas”, aislados o parcelados, sino a la “problematización” de la realidad en todas sus complejidades, incluyendo todas las dimensiones y factores que dan cuenta de su determinación.

La propuesta consiste en construir “configuraciones o perfiles de necesidades” a partir de su complejidad y expresiones diferenciales sin circunscribirse a un análisis de causa efecto. Se trata de reconocer la complejidad de los determinantes de la salud y afectarlos de fondo y no restringirse a afectar solo la causa inmediata, que usualmente es la intervención.

El enfoque promocional permite definir los objetos de transformación y hacer una lectura de sus determinantes desde una visión de continuo, construyendo posibilidades de cambio centradas en la condición deseada y no en el defecto a ser evitado, afirmando la lectura positiva de su expresión. Ello conduce a un giro radical de las orientaciones de las políticas y acciones, cambiando la dirección del esfuerzo hacia el mejoramiento de la calidad de vida y salud. Por ejemplo, dejando de enfocar el problema en la mortalidad infantil para hablar de calidad de vida y salud infantil.

Esto obliga a pensar deliberadamente y de forma estructurada en la anticipación y superación de los problemas. “Problematizar es una forma de representar la sociedad, es representarme el grupo poblacional, su exposición, su daño y su efecto social, entender la distribución del problema sus inequidades. Problematizar significa construir una narrativa de la realidad representando la complejidad de los problemas, identificando sus determinantes, haciendo el ejercicio de pensar la realidad.

El representar la complejidad, permite ubicarse en la realidad para intervenir y de esta manera ser consecuente con el compromiso ético de articulación de acciones alrededor del esfuerzo colectivo y transectorial que conlleven al mejoramiento de la

28. De Negri Filho, A. “Adoção de uma estratégia promocional da qualidade de vida e saúde: transetorialidade 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

calidad de vida del individuo y las colectividades para así disminuir la brecha de inequidad e injusticia social<sup>29</sup>.

La transectorialidad debe permitir la respuesta articulada a la complejidad de los determinantes que directa o indirectamente estén relacionados con los problemas, no solamente porque es importante evitar o prevenir su aparición, por ejemplo, prevenir la enfermedad o garantizar la ausencia de enfermedad, sino porque su superación demanda asegurarse de hacer todo lo indispensable para proteger y preservar el desarrollo de una vida plena en todos sus ámbitos y etapas, de acuerdo con la configuración individual, social y territorial de las necesidades, dentro de las mejores condiciones posibles, es decir, garantizar que haya calidad de vida y salud y que sea perdurable durante toda la vida. Este enfoque es transversal a todas las acciones de la producción de la salud, es decir, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el tratamiento, la rehabilitación y la atención de urgencias.

La participación social forma parte de la estrategia de promoción de la calidad de vida, porque es una de las condiciones indispensables para el desarrollo de la autonomía y el ejercicio pleno de potencialidades. Las personas, familias y comunidades, como sujetos activos con capacidad y posibilidad de decidir sobre sus vidas con poder y saber, tendrán posibilidades de apropiarse y desarrollar sus proyectos de vida según sus necesidades, aspiraciones y deseos, ganando el mayor dominio sobre los mecanismos que conducen a una calidad de vida y salud, y a la defensa de sus derechos, tanto individual como colectivamente.

## La Atención Primaria en Salud -APS- para garantizar el derecho a la salud en Bogotá<sup>30</sup>

En septiembre de 1978, en la ciudad de Alma Ata, 134 países firmaron un pacto internacional esperanzador denominado “Declaración de Alma Ata de la Primera Conferencia Internacional sobre Atención Primaria en Salud” [APS]. El documento significaba la culminación de un proceso de más de tres años impulsado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) para cumplir con el propósito aprobado por la Asamblea Mundial de la Salud de 1975 de alcanzar la “Salud para todos en el año 2000” (SPT-2000).

La Atención Primaria en Salud es una estrategia reconocida internacionalmente 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 costo que la comunidad y el país puedan soportar...”<sup>31</sup>. Para el caso del Distrito Capital, es

29. De Negri, A. Conferencia: la participación desde el enfoque promocional. 2004.

30. Secretaría Distrital de Salud. Salud a Su Hogar. Un modelo de atención primaria en Salud. 2004.

31. Organización Mundial de la Salud (OMS), Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). “Declaración de Alma Ata sobre Atención Primaria de Salud”. En: *Atención Primaria de Salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978*. Serie Salud para Todos. Ginebra: OMS: 40.

una manera de integrar los servicios individuales y colectivos dirigidos a las poblaciones en territorios específicos, según las necesidades sociales y con la participación de las comunidades, en el marco del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), constituido por relaciones contractuales entre usuarios, aseguradores y prestadores, públicos y privados.

Sin embargo, en muchas regiones del planeta, incluida Colombia, el concepto de Atención Primaria en Salud se desvirtuó entendiéndose como la atención mínima de primer nivel con escasa capacidad resolutive. Por esto, en la celebración de los 25 años de la Declaración, el director de la OMS solicitó retomar el concepto inicial como “el cuidado integral de la salud para todos y por todos, entendiéndolo a esta estrategia, como una necesidad, no sólo en el ámbito de la salud sino para el futuro de los países que aspiran a seguir siendo naciones, estados soberanos en un mundo cada día más injusto”.

En Colombia, el Sistema Nacional de Salud (1974 - 1993), hasta su desaparición, avanzó parcialmente en el cumplimiento del compromiso internacional de la Salud Para Todos en el año 2000, hasta su desaparición en 1993. El nuevo Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), creado por la Ley 100 de 1993, tampoco ha logrado las metas de salud para toda la población, aunque existan familias y grupos sociales que comparten los indicadores del mundo desarrollado. Si bien los indicadores de salud de la población bogotana han mejorado de manera global, existen desigualdades entre las localidades.

La propuesta de política pública de la Secretaría Distrital de Salud está orientada hacia la garantía del derecho a la salud y se apoya en la Atención Primaria en Salud como estrategia para su realización, la asume como una estrategia basada en la integralidad de la atención que de respuesta a las necesidades de las personas y en el principio de equidad como orientador de la acción comunitaria, basada en el modo promocional de la calidad de vida y la salud que permita superar las restricciones del enfoque de los servicios hacia la enfermedad y la atención individual, y avance en una perspectiva colectiva de la salud.

APS se constituye en la puerta de entrada al sistema de salud y permite ordenar las relaciones entre prestadores y aseguradores para garantizar el acceso oportuno, de calidad, integral y continuo a los servicios de salud de baja y media complejidad tecnológica y bajo costo. En este sentido, se reconocen unas características esenciales que transforman estructuralmente la forma de atender a las personas y sus relaciones con el sistema. En ellas se encuentran: la accesibilidad, es la puerta de entrada, de fácil, cercano e inmediato acceso, reconocida por la población como su punto de referencia permanente; la longitudinalidad, que supone una relación de largo plazo entre la población y el personal de salud a cargo, se sustenta en la adscripción de familias a un equipo de salud y produce una estrecha relación entre los profesionales de salud y las personas que son atendidas por ellos; la integralidad, que organiza el conjunto de acciones requerido para abordar las necesidades que presenta la población; y la continuidad, según la cual el equipo de salud y la organización se convierten en el eje de respuesta, ya sea de forma directa o remitiendo según los

requerimientos a otros puntos de atención, garantizando el seguimiento y el monitoreo de los procesos de atención. Estas características se sustentan a su vez en los principios de eficacia, efectividad y equidad, para asegurar transformaciones en las condiciones de vida de las poblaciones y la superación de las desigualdades existentes, con el uso óptimo de los recursos disponibles.

Paralelo al desarrollo de la Atención Primaria en Salud, surge la atención primaria ambiental -APA- definida como la articulación activa y dinámica de los diferentes sectores políticos, públicos, privados, sociales, entre otros; que unidos bajo una finalidad u objetivo común, orientan sus acciones y recursos hacia un desarrollo ambiental sostenible y sustentable, donde juega un papel definitivo el empoderamiento por parte de los grupos sociales afectados e interesados en mitigar, controlar e intervenir favorablemente el ambiente.

La Atención Primaria Ambiental, siendo una extensión de la APS, se fundamenta en los principios de descentralización, transectorialidad, corresponsabilidad, equidad, sostenibilidad, así mismo argumenta que el desarrollo de proyectos locales fortalece el papel de las comunidades y constituye uno de los eslabones fundamentales de las estrategias Distritales y Nacionales, para logara afectar determinantes más estructurales de las condiciones de calidad de vida y salud de la población.

### La participación social como imperativo de la estrategia de APS

La participación social se define como “el proceso social en el que distintas fuerzas (en función de sus respectivos intereses de clase, de género, de generación etc) intervienen directa o por medio de sus representantes en la marcha de la vida colectiva con el fin de mantener, reformar o transformar los sistemas vigentes de organización social y política”<sup>32</sup>. En esta definición se coloca el énfasis en el hecho de que los procesos participativos aunque no excluye la acción individual, se apoyan en acciones colectivas de diferentes escalas y alcance, por lo tanto, supone la convergencia de intereses y generalmente la formación de organizaciones, así sea de carácter transitorio, a través de las cuales individuo y/o grupos canalizan sus demandas y refuerzan su acción<sup>33</sup>.

De otro lado la participación está estrechamente ligada al fortalecimiento de lo público. Entendida como ámbito de realizaciones del interés común de la acción de grupos e individuos, adquiere sentido y esta dirigida a modificar mantener las coordenadas de la vida social, más allá de intereses particulares. Esto en un contexto de fuertes desigualdades sociales y políticas. El concepto de lo público y su defensa trasciende intereses del estado, empresarios e intereses comunitarios, El interés público son los colectivos.

La participación social forma parte de los imperativos de la estrategia de promoción de la calidad de vida, porque es una de las condiciones indispensables para el

32. Velásquez Fabio, crisis municipal y participación ciudadana en Colombia en revista foro n 1 septiembre de 1986.

33. SDS. Propuesta de política de participación Social. Documento preliminar. 2006.

desarrollo de la autonomía y el ejercicio pleno de potencialidades. “Las personas, familias y comunidades, como sujetos activos con capacidad y posibilidad de decidir sobre sus vidas con poder y saber, tendrán posibilidades de apropiarse y desarrollar sus proyectos de vida según sus necesidades, aspiraciones y deseos, ganando el mayor dominio sobre los mecanismos que conducen a una calidad de vida y salud, y a la defensa de sus derechos, tanto individual como colectivamente.”<sup>34</sup>

### La experiencia de APS en Bogotá: avanzamos en la garantía del derecho a la salud<sup>35</sup>

Desde la concepción amplia de la salud, expuesta anteriormente, la SDS asumió la **Estrategia promocional de calidad de vida y salud**<sup>36</sup>. El punto de partida de este enfoque está en asumir el imperativo ético de responder a las necesidades sociales en calidad de vida y salud de las poblaciones en sus territorios sociales. Esto implica un esfuerzo de identificación de tales necesidades, más allá de las demandas de atención, y realizar un contraste con la respuesta institucional y social para detectar las deficiencias y las inequidades que debemos superar.

La Política Distrital de Salud, “*Bogotá sin indiferencia*”, definió que la Atención Primaria en Salud sea la estrategia fundamental que permita el cumplimiento de la garantía del derecho a la salud. Al igual que en el resto del mundo<sup>37</sup>, la Atención Primaria en la ciudad se venía desarrollando con diferentes enfoques conceptuales y operativos; en esta administración se optó por el enfoque de Atención Primaria en Salud renovada<sup>38</sup>, la cual busca garantizar la cobertura universal y el acceso a servicios aceptables para la población y promover la equidad. Hace énfasis en la prevención y en la promoción y las familias y las comunidades son la base para la planificación y la acción.

Para la operativización de la estrategia, se organiza el “Complejo de Atención Primaria”, ubicado en el territorio y entendido como el conjunto de instituciones, procesos y recursos que propician la articulación de todas las intervenciones que se desarrollan con los individuos y colectividades, que van desde la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, tratamiento, recuperación y rehabilitación, para ello, se definen las siguientes puertas de entrada:

34. Ibid.

35. La salud no es un favor es un derecho. Informe de Gestión 2004- 2007. Plan de Desarrollo: “*Bogotá Sin Indiferencia*”. SDS

36. De Negri Filho, A. “Adoção de uma estratégia promocional da qualidade de vida e saúde: transectorialidade 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

37. Pan American Health Organization. Revisión de las políticas de Atención Primaria de salud en América Latina y el Caribe. Washington, DC: PAHO, 2003.

38. Renovación de la Atención Primaria en Salud en las Américas. Documento de Posición de la Organización Panamericana de la Salud (OPS)/Organización Mundial de la Salud (OMS)

- Salud a su Hogar (territorios vulnerables: Estratos 1 y 2)
- Ámbitos de vida cotidiana (familiar, escolar, barrial, institucional)
- Servicios de salud (según nivel de complejidad y resolución de problemas)

El Complejo exige un trabajo cohesionado entre las instituciones que conforman el Sistema de Seguridad Social en Salud, así como con los sectores del eje social, puesto que cada una de ellas tiene responsabilidades claramente definidas por Ley frente a las necesidades identificadas en la población.

**“Salud a su Hogar”** fue la forma de intervenir en territorios de mayor vulnerabilidad, generada por el déficit en la respuesta social y la complejidad de las problemáticas a las que se ven expuestas las familias que allí habitan, para organizar respuestas sectoriales, transectoriales y comunitarias que promuevan el mejoramiento de la calidad de vida y salud de la población a partir de la identificación de las necesidades sociales

Para acercar la salud y garantizar el derecho a los servicios de salud de la población de estos territorios se conformaron equipos de salud familiar y comunitaria, integrados por médico, enfermera, auxiliar de enfermería, promotores de salud y técnicos de saneamiento. Esto ha implicado que las Empresas Sociales del Estado (ESE) de primer nivel de atención se organicen para que las intervenciones ofrecidas a la población sean accesibles, respondan a las necesidades identificadas de manera integral y garanticen vínculo permanente de la población con los profesionales, técnicos y auxiliares de los centros de atención.

Diariamente cerca de tres mil familias abren la puerta a nuestros promotores; ellos, a través de la visita domiciliaria, establecen el primer contacto con los centros de atención, no sólo de salud sino del eje social. Desarrollan intervenciones diferenciadas dependiendo de la identificación de las necesidades de la familia visitada, a través de la canalización a programas de promoción y prevención o acciones específicas, de la notificación de eventos que afectan la salud pública, y complementan permanente su visita con acciones educativas orientadas a fortalecer aquellos comportamientos saludables y a reorientar los no saludables. Todo esto con el fin de contribuir a modificar las condiciones que determinan la salud o la enfermedad, buscando un entorno seguro y saludable para la familia.

Los problemas identificados por los equipos de salud familiar y comunitaria son muy complejos, por lo tanto han requerido que las ESE internamente mejoren y propicien mecanismos y espacios de coordinación y de toma de decisiones para que las intervenciones colectivas e individuales de su competencia lleguen y se ofrezcan oportunamente a la población. Igualmente no han escatimado esfuerzos para coordinar con otros sectores intervenciones requeridas por las familias, así como abogar por la mejoría en las condiciones de vida y salud de su población.

Las intervenciones colectivas, incluyen acciones dirigidas a la población y al ambiente. Las dirigidas a la población, están relacionadas con información y educación para la promoción de la salud mental, de la salud sexual y reproductiva; salud oral; prevención de enfermedades crónicas, transmisibles e infecciosas; prevención

de riesgos y daños a la salud causadas por accidentes, por consumo de sustancias psicoactivas, de tabaco y alcohol; protección contra las enfermedades inmunoprevenibles (vacunación); detección temprana de cáncer cérvico uterino y acciones de rehabilitación basadas en comunidad para las personas con problemas de discapacidad.

Las acciones sobre el ambiente, incluyen información y educación en saneamiento básico (manejo de basuras, de mascotas, de excretas, y potabilización de agua), manipulación de alimentos, control integrado de focos de vectores (insectos y roedores), prevención de la rabia (vacunación canina y felina, esterilización canina) e inspección, vigilancia y control ambiental.

Las intervenciones individuales, se realizan primordialmente en el centro de atención y tienen dos componentes: la prestación de los servicios para los programas de promoción y prevención (control prenatal, control de crecimiento y desarrollo, vacunación, citología vaginal, programa para diabéticos e hipertensos y programas institucionales para personas con discapacidad), y los servicios de carácter resolutivo, estas intervenciones son prestadas a la población según su régimen de afiliación al sistema.

De igual manera el desarrollo de los núcleos de gestión, en donde participan las familias y los equipos de salud familiar y comunitaria, han posibilitado un espacio de participación comunitaria, de discusión de problemáticas, de formulación de propuestas y de seguimiento a las mismas, que en su conjunto han generado acciones, decisiones y responsabilidades de parte y parte, las cuales buscan mantener y recuperar la salud.

Los logros de Salud a su Hogar, no se pueden ver sólo a través de cifras, sino que también es importante resaltar como la presencia de los promotores en las comunidades y hogares, genera un mayor vínculo de las familias con los equipos y a su vez con el centro de atención; es evidente como la población pobre no asegurada y la subsidiada capitada a las ESE, se identifica totalmente con su centro de atención, pues hacen presencia permanente en el territorio y las respuestas de salud y en especial a las emergencias son inmediatas.

El hecho de que los promotores en la visita domiciliar le informen a las familias aseguradas, ya sea del régimen contributivo o del subsidiado, de los derechos que tienen y de la necesidad de usar los servicios de promoción y prevención en su respectiva institución prestadora de servicios de salud primaria, ha generado una mayor sensibilidad de la población a demandar estos servicios.

Para los equipos de salud familiar y comunitaria el acercamiento a los hogares y las comunidades, ha posibilitado una mayor comprensión de las problemáticas por las que atraviesan las familias, ha facilitado utilizar todos los recursos familiares y comunitarios existentes y el redimensionamiento de su quehacer frente al proceso salud-enfermedad. El compartir los problemas, comunicarse para plantear maneras de resolverlos, favorecer el afecto y el compromiso de todos los miembros de la familia y la comunidad han sido decisivos para las iniciativas de resolución de los problemas y el mejoramiento de las condiciones de vida y salud de la población.

Respecto a las respuestas que deben ser brindadas por otros sectores, se ha evidenciado que educación e integración social son las instituciones que tienen respuestas más positivas a las necesidades identificadas y en lo local se han realizado coordinaciones que han demostrado ser efectivas, especialmente en mejorar el acceso de la población a los servicios ofrecidos por estas instituciones, así como el despliegue en información frente a derechos y deberes.

El esfuerzo realizado con Metrovivienda, en las localidades de Bosa y Usme, para asignar subsidios de vivienda en hogares de territorios de Salud a su Hogar, ha posibilitado mejorar las condiciones de habitabilidad en los hogares. A su vez esta coordinación ha reorientado mecanismos de trabajo y generado oportunidades de mejoramiento de la gestión institucional entre estos dos sectores.

Por último, podemos afirmar desde el sector salud que se cuenta con un conocimiento de los determinantes del proceso salud - enfermedad de las poblaciones más vulnerables del Distrito Capital; que existe una mayor confianza y sentido de pertenencia entre la población y el personal de salud que la atiende; que se han disminuido los trámites administrativos de remisión, de oportunidad y celeridad en la atención

Igualmente, se ha involucrado a las familias y a la comunidad en las etapas de los procesos adelantados por los equipos de salud familiar y comunitaria, por considerarlos sujetos activos en ejercicio de sus derechos y con una corresponsabilidad individual, familiar y colectiva que asumir; y se ha enfatizado que la salud no sólo depende de lo que haga o deje de hacer el sector, sino que está estrechamente ligada a todo lo que en conjunto realicen las instituciones del sector social.

Salud a Su Hogar se concreta en la construcción de agendas sociales transectoriales, en donde se plantean abordajes no tradicionales que han sido más efectivos en la incidencia sobre las condiciones desfavorables de vida y salud.

## Resultados

A finalizar 2007 “Salud a su Hogar” contaba con 325 equipos de trabajo y 390.000 familias beneficiadas, lo que representa un cubrimiento de por lo menos 1.200.000 personas, de estratos 1 y 2 en 19 localidades.

El cuadro siguiente presenta el número de microterritorios de estratos I y II, en los que Salud a su Hogar realizó sus intervenciones. Inició el año 2004 en 62 microterritorios, duplicándolos en el 2005, a diciembre de 2006 se llegó a 283 y en el 2007 están en proceso de caracterización 42 nuevos territorios, para un total de 325.

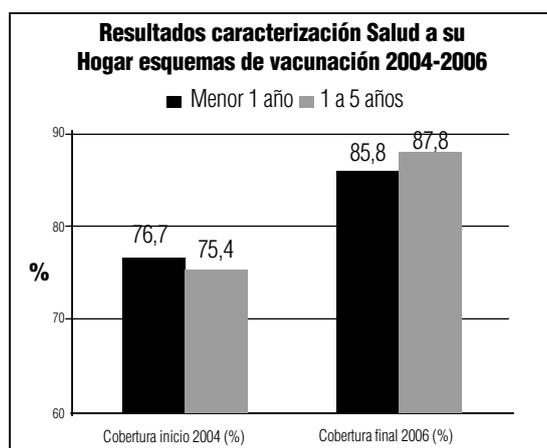
Producto de las acciones realizadas por el sector salud y las transectoriales se ha contribuido a resultados en el mejoramiento de las coberturas de los programas de promoción y prevención, los cuales son altamente sensibles para ayudar al cumplimiento de las metas de gobierno.

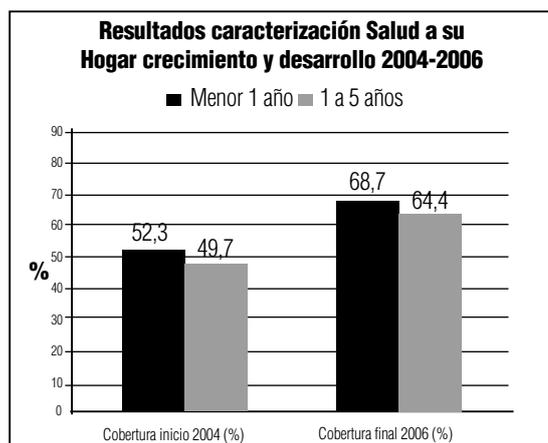
En el momento de la caracterización se encontró que el 76.8% de los niños y

<b>DISTRIBUCION DE MICROTERRITORIOS DE SALUD A SU HOGAR POR LOCALIDAD. BOGOTA 2004-2006</b>					
LOCALIDAD	2004	2005	2006	2007	TOTAL
SUBA	5	12	53		70
USME	6	5	13	3	24
CIUDAD BOLIVAR	8	6	15	8	29
BOSA	6	8	28	8	42
SAN CRISTOBAL	6	6	16	8	28
ENGATIVA	3	12	6		21
FONTIBON	5	5	3		13
RAFAEL URIBE	3	6	21	2	30
KENNEDY	3	3	15	10	21
PUENTE ARANDA	-	-	1		1
USAQUEN	8	2	1		11
SANTA FE	1	3	7	2	11
TUNJUELITO	2	1	9		12
CHAPINERO	2	-	-		2
BARRIOS UNIDOS	-	-	1		1
CANDELARIA	1	1	-		2
MARTIRES	1	1	-	1	3
ANTONIO NARIÑO	-	1	1		2
SUMAPAZ	2	-	-		2
<b>TOTAL</b>	<b>62</b>	<b>72</b>	<b>191</b>	<b>42</b>	<b>325</b>

Fuente: Base de Datos Caracterización Grupo de Información Salud a su Hogar - SQL SERVER 2000.

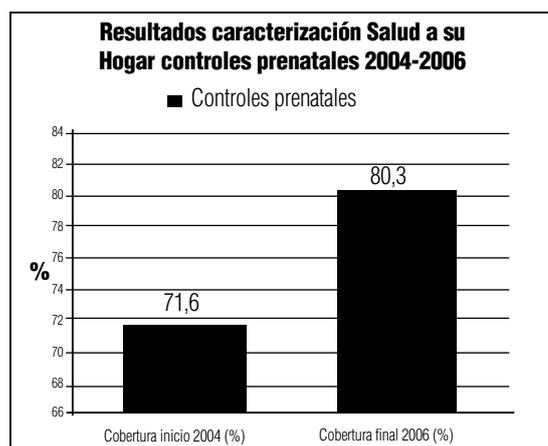
niñas menores de 1 año tenían esquema de vacunación adecuado para la edad, mientras que en el grupo de 1 a 5 años solamente el 75.4% tenían el esquema adecuado para la edad. En las cifras preliminares a diciembre de 2006 se ha logrado incrementar a 85.8% y 87.8% respectivamente los esquemas adecuados.





De igual manera, solamente el 52.3% de los niños menores de 1 año y el 49.7% de los niños de 1 a 5 años estaban en control de crecimiento y desarrollo al momento de la caracterización, logrando incrementar las coberturas a 68.7% en los menores de 1 año y a 64.4% en los de 1 a 5 años.

En las mujeres gestantes caracterizadas se encontró que solamente 71.5% estaban en control prenatal y después de la canalización se había logrado incrementar a 80,3% la cobertura.



## Desafíos

Los desafíos se pueden ubicar en tres líneas centrales que permitirían avanzar en la APS como una estrategia que permita avanzar en la garantía del derecho a la salud.

a- De orden **conceptual**: se requiere profundizar en la APS con relación a la Estrategia Promocional, entendiendo que en el marco conceptual la Estrategia Promocional es una vertiente de la perspectiva de Determinantes Sociales, con lo cual la APS se fortalece teórica y políticamente, en tanto esta alianza permite que la APS amplíe su horizonte más allá de un mecanismo para disminuir barreras de acceso en el marco específico del aseguramiento y se consolide como una reordenadora de la gestión de la salud en los territorios para garantizar el derecho a la salud, lo que va más allá de los servicios y en donde la gestión es el hilo conductor para la construcción de respuestas transectoriales, sin lo cual no es posible afectar de manera efectiva los determinantes sociales de la salud y la calidad de vida. También es necesario que la institucionalidad trascienda la idea de ciudadanía como exclusivamente referida al ámbito político o civil, para incorporar el ámbito social, ampliando la perspectiva de **participación** como posibilidad del desarrollo de la autonomía y eje fundamental de la ciudadanía, lo que implica ampliar los espacios de escucha y de intervención, donde la voz de los ciudadanos y ciudadanas sea escuchada para incidir efectivamente en las decisiones públicas.

b- Del orden **Operativo- Institucional**: En relación con el punto anterior, se requiere avanzar de manera más contundente en los procesos de gestión en función de las respuestas integrales a las necesidades sociales, lo que implica establecer con precisión mecanismos de seguimiento y evaluación que enfatizan **en la construcción de metas e indicadores de impacto en la calidad de vida de la población.**

Se requiere la Descentralización de los subsistemas de vigilancia en salud Pública sobre eventos especiales de cada localidad y territorio lo que facilita la toma de decisiones Locales.

Ampliar el Desarrollo de las estrategias de comunicación y educación a los diferentes actores institucionales y comunitarios con el objeto de lograr su empoderamiento y una mayor participación en su desarrollo.

La Reorientación de la Política de Talento Humano que posibilite su cualificación, la continuidad en los procesos, el bienestar integral de los trabajadores y su consiguiente compromiso con la actual Política dentro de la Estrategia Promocional de calidad de vida y salud

c- Del ámbito **comunitario**: se requiere que los líderes asuman con mayor firmeza y propiedad que son co-constructores y coproductores de la salud, desde lo territorial, lo que implica el fortalecimiento de colectivos, basados en vínculos de solidaridad horizontal, sujetos que estarían dispuestos a movilizarse permanentemente por la garantía del derecho.





# Implicaciones para la Operativización de la Atención Primaria en Salud y la Reducción de las Inequidades en Salud

**Roberto Tardío Lara**

Director General de Servicios de Salud  
Ministerio de Salud y Deportes  
República de Bolivia





## Introducción

El planteamiento de las metas y objetivos del milenio y la Estrategia Boliviana de Lucha Contra la Pobreza ha tenido lugar mientras estaba vigente un modelo económico neoliberal, que ha profundizado las diferencias en el acceso a la alimentación, vivienda, vestimenta, recreación, servicios básicos y seguridad por parte de la población.

El Plan de Desarrollo Sectorial y la Nueva Política de Salud pretenden alcanzar estos objetivos tomando en cuenta que Bolivia es un país multicultural y multiétnico. Los conocimientos ancestrales de los pueblos indígenas y originarios, y la medicina tradicional, se consideran como medios importantes para el logro de estos objetivos. Las metas globales del plan para el Quinquenio 2006-2010, buscan que la población boliviana pueda acceder en un 100% al Sistema Único de Salud, Comunitario e Intercultural y que el Ministerio de Salud y Deportes recupere la soberanía sanitaria del Estado Boliviano.

Los *programas* fundamentales que componen esta estrategia de Atención Primaria de Salud son: Salud Familiar Intercultural y Comunitaria, Conducción, Regulación y Modulación del Financiamiento, Participación Comunitaria, Intersectorialidad y Solidaridad<sup>1</sup>.

El estado se convierte en garante del derecho a la salud, eliminando la exclusión social, mediante la implementación del Sistema Único, Intercultural y Comunitario de Salud (SUSALUD)<sup>2</sup>.

## Antecedentes

### Atención Primaria de Salud (APS)

La Atención Primaria de Salud (APS), tal como se señala en la Declaración de Alma Ata, es 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, y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar durante todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación.

La APS forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad.

También representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención en salud al lugar de residencia y trabajo, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.

1. Plan de Desarrollo Sectorial 2006-2010.

2. Modelo de Salud Familiar, Comunitaria Intercultural. Ministerio de Salud y Deportes. S.F.

## Inequidad

De acuerdo a la definición de la OPS/OMS<sup>3</sup>, la inequidad es entendida como la existencia de diferencias injustas y evitables en el acceso a bienes, servicios y oportunidades y que se expresan en el caso de salud en diferencias injustas en los resultados de atención en salud entre diversos grupos al interior de un país o región; es una causa importante de mala salud y muerte prematura de las personas que forman parte de los grupos vulnerables de la sociedad y contribuye de manera importante a explicar la diferencia en los resultados de salud entre pobres y ricos. La inequidad genera exclusión en salud.

## Las determinantes de la salud

La salud no tiene causas, sólo determinantes<sup>4</sup>. Centrarse en el concepto de las determinantes socio-económicas en salud, significa reconocer que lo que más incide en las condiciones de salud, no es el acceso a los servicios de atención, sino la calidad del ambiente social en el que se desarrollan las personas.

El enfoque de los determinantes sociales (de promoción de la salud) se diferencia del concepto tradicional de atención médico-curativa en dos aspectos:

- Aborda un amplio rango de determinantes y no sólo los riesgos y condicionantes de la enfermedad y la clínica;
- Llega a toda la población y no sólo a los enfermos. Este enfoque incide, además, en tres áreas principales: mejor calidad de vida y bienestar, menores gastos en salud y estabilidad social general.

El objetivo del Plan Nacional en el sector salud de Bolivia, es la eliminación de la exclusión social, mediante la implementación del Sistema Único de Salud, Comunitario, Intercultural, que asume como parte integrante a la medicina tradicional.<sup>5</sup>

La política de salud denominada “Salud para todos en el año 2000” fue aceptada por todos los países del mundo en la asamblea de la OMS en 1977<sup>6</sup>, y definió la estrategia de la Atención Primaria en Salud (APS). Posteriormente, se definieron las metas mínimas a ser alcanzadas para la región de las Américas.

3. OPS: Exclusión en salud en países de Latinoamérica y el Caribe, Extensión de la Protección Social en Salud, 2003. Citado en: “Caracterización de la exclusión en salud en Bolivia”, UDAPE, 2005.

4. Plan de Desarrollo Sectorial 2006-2010.

5. Plan de desarrollo sectorial 2006-2010, Ministerio de Salud y Deportes.

6. Atención Primaria de Salud: principios y métodos. Axel Kroeger y Ronaldo Luna, 1987.

Entre las metas previstas y sus indicadores, se encuentran:

Indicadores	Metas
Esperanza de vida	Más de 70 años
Mortalidad infantil	Inferior al 30‰
Mortalidad de niños de 1 a 4 años	Inferior a 2.4%
Servicios de vacunación	A 100% de niños menores de 1 año A 100% de las embarazadas
Agua potable, deposición de excretas	100%
Cobertura de servicios de salud	100%

### Programas de prevención, protección y control de enfermedades.

Las acciones para alcanzar las metas en atención primaria son integrales; es decir, que se actúa no sólo en lo curativo sino, fundamentalmente, en lo preventivo. Por eso se acostumbra denominarlas: *prevención primaria* (promoción y protección de la salud), *prevención secundaria* (curación) y *prevención terciaria* (rehabilitación), aplicando el concepto integrador de Historia Natural de la Enfermedad.

Algunas características generales de los programas en la estrategia de Atención Primaria:

Deben garantizar el acceso de toda la población a los servicios de salud esenciales. Esto implica inicialmente, el establecimiento de prioridades y las tienen los grupos rurales y urbanos marginados y, dentro de ellos, las familias y los trabajadores expuestos a mayores riesgos.

Con relación al contenido de los programas, deben acentuarse las actividades de promoción y prevención, combinándolas en forma adecuada con las de tratamiento y rehabilitación.

Como características, deben figurar la universalidad (toda la población debe tener acceso a los servicios), la equidad (igual oportunidad de acceso en todos los niveles) y la continuidad (no deben ser esporádicos, como los servicios móviles).

Debido a los cambios de carácter económico, social y demográfico que pueden ocurrir, conviene hacer un análisis y una selección cuidadosa de los posibles elementos del programa que se necesitan para satisfacer necesidades prioritarias, como son las de salud materno-infantil, inmunización, lucha contra las enfermedades diarreicas, enfermedades respiratorias agudas, parasitosis y enfermedades transmitidas por contacto sexual, salud mental, enfermedades cardio-

vasculares y otras de tipo crónico, salud ocupacional, etc. La alimentación y nutrición, el abastecimiento de agua y los servicios de saneamiento básico se consideran requisitos fundamentales para la protección de la salud, y se clasifican como actividades intersectoriales y de participación de la comunidad.

Aparte de la estructura programática que corresponde a cada caso particular, hay que destacar la necesidad de desarrollar los distintos programas de manera que las atenciones prioritarias, las normas, las tecnologías, los recursos y el tipo de servicio de cada elemento constitutivo armonicen y se refuercen mutuamente, en lugar de competir entre sí por la obtención de recursos escasos (la realidad está todavía muy lejos de este ideal).

### Objetivos y metas de desarrollo del milenio<sup>7</sup>

#### **Reducir la extrema pobreza y el hambre:**

- Meta 1. Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015, la proporción de personas que tienen un ingreso menor a un dólar diario.
- Meta 2. Reducir a la mitad, entre 1990 y 2015 la proporción de personas que sufren de hambre.

#### **Lograr la educación primaria universal:**

- Meta 3. Asegurar que para el 2015, niños y niñas puedan completar la educación primaria.

#### **Promover la equidad de género y el empoderamiento de la mujer**

- Meta 4. Eliminar las disparidades de género en la educación primaria y secundaria preferiblemente para el 2015.

#### **Reducir la mortalidad infantil:**

- Meta 5. Reducir en dos tercios entre 1990 y 2015 la mortalidad en menores de 5 años.

#### **Mejorar la salud materna:**

- Meta 6. Reducir en tres cuartas partes la mortalidad materna entre 1990 y 2015.

#### **Combatir el VIH/SIDA, la tuberculosis, el paludismo y otras enfermedades:**

- Meta 7. Haber detenido para el 2015 y comenzado a revertir la expansión del VIH/SIDA.
- Meta 8. Haber detenido y comenzado a reducir para el año 2015, la incidencia del paludismo y otras enfermedades graves.
- Meta 9. Asegurar la sostenibilidad del medio ambiente.
- Meta 10. Incorporar los principios del desarrollo sostenible en las políticas y programas y revertir la pérdida de los recursos del medio ambiente.
- Meta 11. Reducir a la mitad la proporción de personas que no tienen acceso sostenible a fuentes seguras de agua potable y saneamiento básico.

7. Plan Departamental de Salud 2005-2009. Ministerio de Salud y Deportes.

## La Estrategia Boliviana de Lucha contra la Pobreza

El año 2001 se aprobó la Estrategia Boliviana de Reducción de la Pobreza (EBRP), que plantea un enfoque integral y multidimensional para superar la pobreza, considerando componentes asociados a (1) Oportunidades de Empleo e ingresos, (2) Capacidades de la población pobre, (3) Protección y Seguridad de grupos vulnerables, (4) Participación Social, temas transversales (género, etnias y medio ambiente) e institucionalidad, así como el entorno macroeconómico en el que se desarrollará la lucha contra la pobreza.

La EBRP es considerada como una política de Estado, ya que incorpora los criterios de la sociedad civil, sintetizados en los resultados del Diálogo Nacional 2000, que involucró la participación de organizaciones representativas y de los municipios del país.

Entre los lineamientos de reformulación de la EBRP planteados para sus cuatro componentes se destacan los siguientes:

- Fortalecer el componente de *oportunidades* a través de la dinamización de la inversión pública con la implementación del Programa Obras con Empleo y una propuesta de transformación productiva y competitiva para el agro y la industria.
- Priorizar las acciones del componente “*capacidades*” en torno de los Objetivos de Desarrollo del Milenio para la educación primaria, mortalidad infantil y materna.
- Fortalecer el componente de protección social, con programas focalizados hacia las poblaciones más vulnerables para la *prevención*, mitigación y respuesta a desastres naturales, así como a otros riesgos relacionados a la coyuntura económica, la inasistencia escolar y el desempleo. Para ello, se enfatizarán programas como el de gestión de riesgo, el Plan Nacional de Empleo (PLANE), el desayuno pre-escolar y escolar, la fortificación de alimentos básicos con micronutrientes y la atención de la tercera edad
- Fortalecer el componente de *participación*, incorporando nuevos ámbitos de participación y nuevos instrumentos de acción colectiva. Se buscará la transparencia de la información pública.
- Dentro del marco de la Estrategia de Reducción de la Pobreza, se pretende mejorar el bajo crecimiento económico para alcanzar mayores niveles de desarrollo humano; para lo cual se plantea saber cómo deberían ser las políticas públicas sociales y económicas de mayor impacto sobre la pobreza, para promover un crecimiento equitativo y reducir la pobreza.

En salud, en el marco de lucha contra la pobreza, se pretende profundizar aspectos como:

- La recuperación del concepto de atención primaria.
- La Descentralización.
- La Gestión Compartida

- La Participación Popular
- La Inclusión Social

Con el fin de acelerar la reducción de la mortalidad infantil, a partir de agosto de 2002, se plantearon varias políticas y programas que se relacionan con esta meta, dirigidas a la ampliación de los servicios de salud como el Seguro Universal Materno Infantil (SUMI), el programa EXTENSA o la extensión de las coberturas de salud en áreas rurales, el escudo epidemiológico, que debe continuar las acciones para controlar y reducir la incidencia de las principales enfermedades y el Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), así como normas legales como el Código Niño, Niña y Adolescente.

### La política nacional de salud

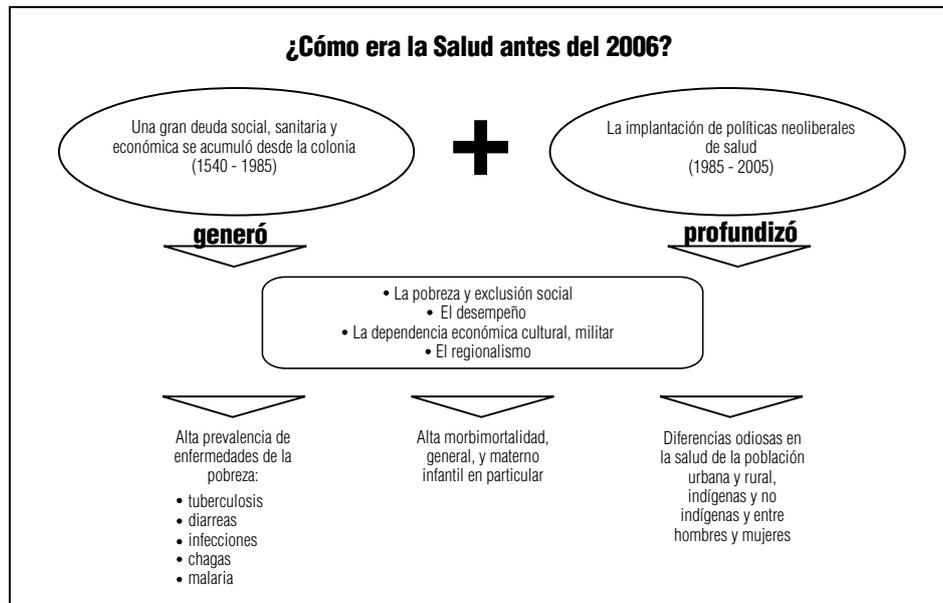
Planteadas a fines del 2004 sobre la base de que el Estado en su conjunto asume explícitamente que las metas del milenio son un objetivo del país y no solamente del sector. Asimismo, asume su compromiso con la salud, debiendo reconducir el proceso de la Reforma Sectorial, bajo los paradigmas de la Seguridad Humana, Desarrollo Sostenible, Derecho a la Salud y principalmente con el propósito de pagar la deuda social acumulada en cinco siglos con la población campesina, indígena y de los pueblos originarios.

La visión de la política nacional de salud, plantea una mejor esperanza y calidad de vida, con acceso asegurado de la población al Sistema Único Nacional de Salud, a través del autocuidado y el fomento de prácticas saludables, con control sobre los factores de riesgo que en ambientes saludables demandan su derecho a la salud; sumado a la misión institucional que busca que todos los trabajadores del sector, se comprometan con la salud, con la seguridad humana y el desarrollo humano a través de la transformación del sector y la reconstrucción del sistema, promoviendo la salud, aumentando la protección social y minimizando los riesgos para la salud, controlando las enfermedades y recuperando las capacidades físicas y mentales vulneradas por enfermedades, accidentes o desastres, reconociendo el derecho a la salud y al control social de la población.

La Política Nacional de Salud busca asegurar el acceso equitativo, efectivo y universal de la población, al Sistema Nacional de Salud sin exclusiones.

### Atribuciones del Sistema Único Nacional de Salud

- Promoción de la salud mediante la participación comunitaria y la movilización social.
- Prevención de riesgos.
- Control de enfermedades.
- Rehabilitación de discapacidades.
- Fortalecimiento de la Rectoría.
- Programas Estratégicos Sectoriales.



## Plan Nacional Sectorial de Salud

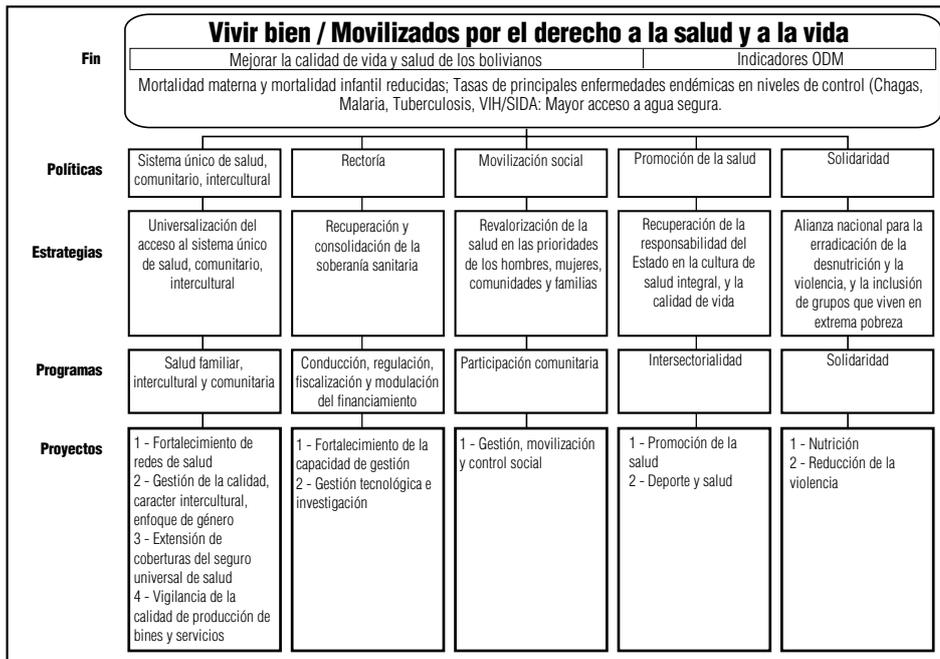
*El plan Nacional Sectorial de Salud, tiene como objetivo, garantizar el ejercicio del derecho a la salud y la vida, como derecho social, a través de la promoción y consolidación de un sistema de salud único<sup>8</sup>, intercultural comunitario.*

En nuestro país Bolivia, las características adoptadas a partir del modelo económico neoliberal, han profundizado la precariedad de las condiciones de vida y de trabajo de las mayorías, incrementando la desigualdad, la exclusión social y el desempoderamiento de la comunidad.

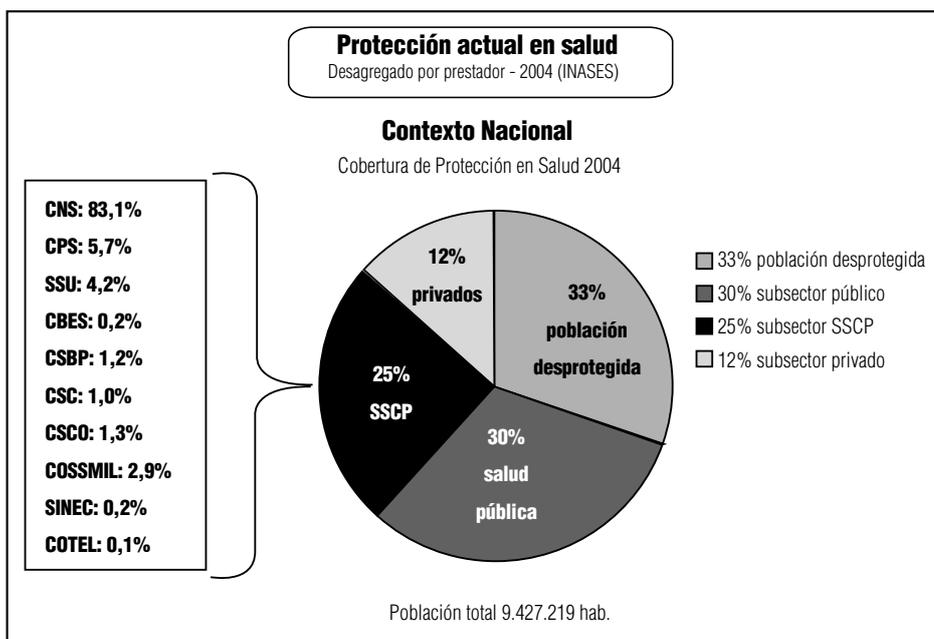
La depresión salarial, el incremento del desempleo, la flexibilización laboral y el replanteamiento de las políticas sociales han sido hechos centrales, influyentes y/o determinantes que ocasionaron la conformación de perfiles epidemiológicos diferenciados por grupos sociales, caracterizados por enfermedades de la pobreza y por elevados indicadores de morbi-mortalidad general y particularmente materno- infantil.

Siendo que Bolivia es un país multiétnico y multicultural, el Sistema Nacional de Salud nunca ha asumido la cosmovisión sanitaria de los pueblos indígenas y originarios, al contrario, ha ejercido represión y desprecio al saber ancestral y a los usos y costumbres tradicionales, siendo esta situación una de las causas de la exclusión y marginación en salud.

8. La salud es un derecho humano, social fundamental y un bien público ligado a la vida y al desarrollo de todos los habitantes del país sin exclusión ni discriminación alguna. El Estado tiene la obligación y la responsabilidad de garantizarlo por medio de políticas públicas, jurídicas, económicas, sociales y culturales. El Estado garantiza la disponibilidad, aceptabilidad y el acceso universal a la salud a través del Sistema Único de Salud Boliviano, con carácter equitativo, gratuito, política, administrativa y económicamente descentralizado, con autonomía de gestión participativa, interculturalidad e intersectorial, integrada con diferentes niveles de gestión. Los ciudadanos tienen la responsabilidad en la protección de la salud y la prevención de las enfermedades.



En respuesta a los problemas anteriormente identificados, el Gobierno Nacional del Presidente Evo Morales, ha priorizado saldar la deuda social y sanitaria acumulada desde la colonia, y revertir el proceso de desarrollo neoliberal de los últimos 20 años, a través del Plan General de Desarrollo Económico Social 2006-2010 'PARA VIVIR BIEN', que se fundamenta en una nueva visión de desarrollo acorde con las características de nuestro país.



El Plan Nacional Sectorial de Salud, tiene como objetivos de cambio eliminar la exclusión social e implementar el Sistema Único, Intercultural y Comunitario de Salud que asume la atención en salud como un DERECHO SOCIAL que el Estado garantiza.

Desde 1978 (Alma Ata, “Salud para todos el año 2000”) en el mundo se han desarrollado diferentes iniciativas (conferencias, declaraciones y cartas de acuerdo) que han reconocido que: el trabajo de la salud no sólo depende de la atención, sino esencialmente de la relación entre el equipo de salud y actores/as sociales en la promoción, la prevención, la atención, y el abordaje de los 'determinantes sociales y económicos' de salud. Los actores sociales son aquellas personas individuales o colectivas que son capaces de plantearse objetivos (manifiestos o latentes) y utilizar recursos (materiales o no materiales); generar redes sociales y estrategias en busca de satisfacer las necesidades colectivas (Long, 1978) y no solamente individuales<sup>9</sup>.

Las estrategias que influyen en la situación de salud de la población abordan de forma integral una amplia gama de categorías adoptadas por el gobierno nacional y los gobiernos departamentales y municipales para mejorar la salud de la población:

### Ambiente socioeconómico

Toma en cuenta el ingreso, el empleo, las redes de apoyo social (capital social), la alimentación, la calidad de vivienda, la accesibilidad a los servicios básicos de agua, energía y saneamiento, el nivel de educación y recreación. Estas variables dependen, en última instancia, de la ubicación de las personas en algún grupo social que es de la mayor importancia para la salud.

Asumimos que las desigualdades en salud son el reflejo de las desigualdades sociales generadas por el sistema económico capitalista y agudizadas por la globalización y los veinte años de política económica neoliberal aplicada en el país<sup>10</sup>.

### **El neoliberalismo ha generado diferente calidad de vida entre las familias bolivianas.**

El objetivo del Plan Nacional en el sector salud de Bolivia, es la eliminación de la exclusión social, mediante la implementación del Sistema Único de Salud, Comunitario, Intercultural, que asume la medicina tradicional.<sup>11</sup>

El Ministerio de Salud y Deportes (MSD) de la República de Bolivia considera que las mejoras en la salud dependen de múltiples variables, de las cuales la **participación social** es una de las más importantes, lo que nos remite a repensar la atención que brinda el Sistema Nacional de Salud y las oportunidades efectivas que tienen los/las actores/as para decidir sobre las políticas y acciones en salud, que deben

9. (Ministerio de Salud y Deportes, 2007). Modelo de salud familiar comunitaria e intercultural.

10. Bases para el plan estratégico de salud 2006-2010.

11. Plan de desarrollo sectorial 2006-2010, Ministerio de Salud y Deportes.

orientarse hacia la universalización de los servicios, y por tanto, al acceso de toda la población boliviana a un Sistema Único de Salud.

En este sentido, el Ministerio de Salud y Deportes ha diseñado como uno de sus componentes, el Modelo de Gestión de la Salud Familiar Comunitaria Intercultural (SAFCI), como el proceso de mayor profundización de la participación que otorga la capacidad para tomar decisiones más próximas a los problemas locales, en la que participan las comunidades tanto urbanas como rurales en la toma de decisiones y la práctica de la Política Nacional de Salud, para orientar sus acciones y satisfacer las necesidades y demandas de la población, asumiendo los usos y costumbres de cada región.

El Modelo es participativo al buscar que los/las actores/as sociales sean protagonistas en la gestión de la salud y de su entorno a través de acciones intersectoriales e integrales en las que se articulan, complementan y *revalorizan las medicinas* que existen en el país, pero particularmente las tradicionales y alternativas.

En esta propuesta se concibe la interculturalidad como la articulación-complementaria de los sistemas de salud y la toma efectiva de decisiones por parte de diversos actores/as en la gestión de la salud; por lo tanto, desde esta perspectiva, la política intercultural del Modelo consiste en promocionar la toma de decisiones de los/las actores/as en la gestión.

Se trata entonces de un modelo que busca la democratización del saber médico, y tomar en cuenta el saber popular para que todos/as los/las actores/as tengan acceso a los espacios de poder, basados en los principios de “solidaridad”, “reciprocidad” y “equidad”.

El modelo propuesto pretende ser una *respuesta* para la transformación de las políticas de salud, que se han *caracterizado* por establecer la exclusión social, la marginación, la discriminación e inequidad en el acceso de la población a los servicios de salud.

En este contexto, el MSD realizó talleres de socialización y validación del Modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural en los nueve departamentos del país con representantes del sector salud, otros sectores, aliados/as y líderes sociales para consolidar y mejorar la pertinencia del modelo a las diferentes regiones del país. En el marco de las opiniones vertidas por estos/as actores/as, se destaca que la salud es un derecho de todos los bolivianos y bolivianas en un entorno de corresponsabilidad social, ya que en la misma Constitución Política del Estado los Arts. 7 y 158 establecen que la salud es responsabilidad y obligación del Estado, más allá de que el fortalecimiento de mecanismos de participación y control social sea una condición indispensable para el desarrollo del sector.

Por las características del perfil epidemiológico del país y sus regiones se debe desarrollar la salud pública con énfasis en **prevención** y **promoción** de la salud, la articulación de los sistemas médicos, el desarrollo de estrategias de fortalecimiento de la red de servicios de salud y de atención primaria integral (agua segura, nutrición y saneamiento básico) a partir de la articulación de los pisos ecológicos de cada región. Aún cuando, esta visión se encuentra limitada por una asignación presupuestaria inadecuada al sector salud, que es necesario incrementar substancialmente.

Por último, también se debe mencionar que esta estrategia se inscribe en el marco de un proceso de construcción, que es como se entiende el desarrollo del **Modelo de Salud Familiar Comunitario Intercultural (SAFCI)**, al estar orientado hacia la solución de la problemática local, expresada en situaciones y resultados insatisfactorios en la salud de la población, por lo cual los servicios de salud deben tener capacidad de respuesta eficiente y eficaz.

El modelo no debe ser concebido como una estructura rígida o acabada, sino más bien como un articulador entre las propuestas operativas y viables que son dirigidas a responder la problemática de la salud, poseedor de una gran flexibilidad para responder a los cambios que se produzcan en la salud, especialmente aquellos que se deriven de la propia acción que promueve, siendo ésta la diferencia del nuevo modelo con el modelo antiguo.

### Conceptos Básicos del Modelo de Salud Familiar Comunitario Intercultural (SAFCI)

Este modelo se fundamenta en el Derecho a la Salud y la Vida y en el papel del Estado como Garante de su Aplicación.

La salud es un derecho humano, social fundamental y un bien público ligado a la vida y al desarrollo de todos los habitantes del país sin exclusión ni discriminación alguna. El Estado tiene la obligación y la responsabilidad de garantizarlo por medio de políticas públicas, jurídicas, económicas, sociales y culturales. El Estado garantiza la disponibilidad, aceptabilidad y el acceso universal a la salud a través del Sistema Único de Salud Boliviano, con carácter equitativo y gratuito, política, administrativa y económicamente descentralizado, con autonomía de gestión participativa, intercultural e intersectorial, integrada por diferentes niveles de gestión. Los ciudadanos tienen la responsabilidad en la protección de la salud y la prevención de las enfermedades.

- a) **Promoción y Derecho a la salud:** se entiende como un proceso de ejercicio de derechos en el cual la comunidad y el equipo de salud se organizan y participan en la gestión de la salud orientada a la identificación de determinantes, la búsqueda de soluciones y la toma de decisiones, junto a los niveles de gobierno.
- b) **Familia:** se entiende como un grupo de personas con vínculos sanguíneos, legales, culturales y/o afectivos que comparten espacios colectivos como el techo común y prácticas colectivas como la alimentación de una olla común.
- c) **Salud Familiar Comunitaria:** se entiende como una política pública que busca incidir sobre los factores determinantes y condicionantes de la salud, que prioriza las familias y las comunidades y desarrolla su accionar en base a decisiones en corresponsabilidad con los servicios de salud y otros actores.

En este concepto se remarca:

- El carácter de política pública de la salud familiar comunitaria;
- La integralidad e intersectorialidad de la misma,

- La priorización de la unidad familiar y comunal como articuladora entre actores sociales y servicio de salud y,
  - La participación de los actores sociales en la gestión de salud en corresponsabilidad con los otros actores involucrados.
- d) Interculturalidad:** en el marco del presente modelo, es el enfoque social comunitario en el que se inscriben el diálogo, el respeto, el reconocimiento, la valoración e interacción de los diferentes sistemas médicos y actores/as sociales de la salud, promoviendo procesos de articulación y complementariedad para mejorar la calidad de atención en salud.
- e) Participación social en la gestión** Es el involucramiento autónomo y organizado de la comunidad en el proceso de planificación, administración, seguimiento y control social de las acciones de salud, para la toma de decisiones.
- f) Intersectorialidad.** Es el abordaje coordinado sobre los determinantes socioeconómicos y culturales en alianzas estratégicas y programáticas entre los sectores de educación, saneamiento básico, producción, vivienda, justicia, organización social y otros, para dinamizar iniciativas conjuntas en el tratamiento de las problemáticas identificadas, optimizando los recursos existentes.
- g) Integralidad.** Es el enfoque que asume la rehabilitación, recuperación, prevención y promoción orientado a que el servicio de salud vea el proceso salud enfermedad de las personas desde su individualidad y su relación con la familia y el entorno.

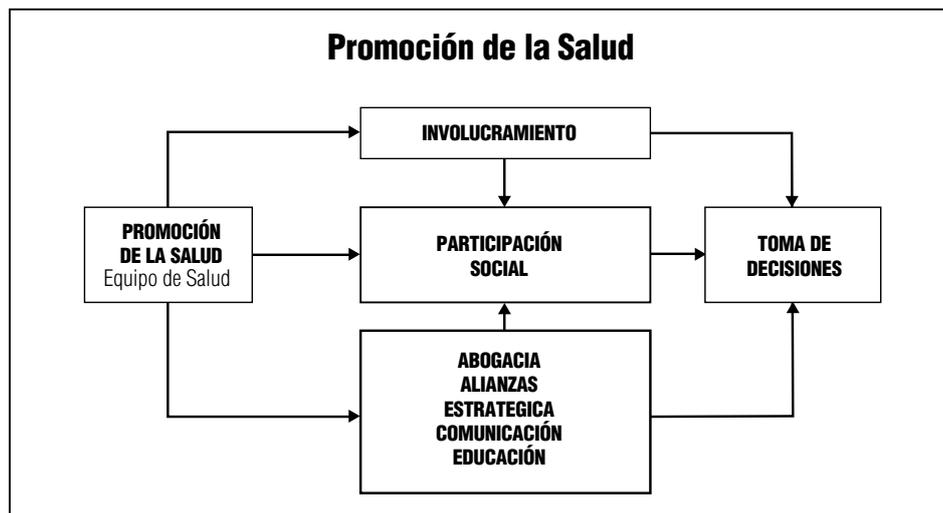
Ejes transversales:

- Participación social
- Intersectorialidad
- Integralidad
- Interculturalidad



## La estrategia del modelo: Promoción de la salud.

El Modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural tiene como estrategia la Promoción de Salud en el marco de la participación social, la intersectorialidad, la integralidad, e interculturalidad. Se define como el proceso de acercamiento e involucramiento del sector a la comunidad tanto urbana como rural, para la toma de decisiones conjunta, sobre el nivel de vida que la población más desea.



Comprende espacios de reflexión, análisis y acciones conjuntas entre las organizaciones sociales, la estructura estatal, el equipo de salud, la familia y la comunidad sobre la realidad local, municipal, departamental y nacional, a través de:

- Abogacía para lograr la voluntad política de los diversos actores sociales y políticos (institucionales).
- Alianzas para fortalecer las acciones desde el sector salud.
- Comunicación y educación para la salud, generando conocimiento e información en la toma de decisiones.
- Movilización social por parte de los actores y del servicio de salud para la identificación y satisfacción de necesidades.

En este sentido la Promoción de la Salud, es la responsable de recuperar la responsabilidad y liderazgo de la salud, a través de medidas y procesos paralelos en los diferentes niveles de gestión de la salud que aseguren la participación activa de todos los sectores de la sociedad en la mejora de las condiciones socio económicas y calidad de vida, expresadas en: servicios básicos, educación, vivienda, ingreso económico, ecosistema estable, justicia social, la paz y la equidad estableciendo una cultura de salud.

<b>Población Objetivo SU SALUD</b>			
<b>PRIMERA FASE</b>			
Rango de edad	Población		
	I.N.E. 2007	Asegurada a corto plazo	Objetivo su salud
0 - 21	5.064.466	1.368.975	3.695.491
22 - 59 Mujer	2.082.895	544.796	1.538.099
Mayores de 60 años	654.838	167.196	487.642
Total población	7.802.200	2.080.967	5.721.232

<b>SEGUNDA FASE</b>			
Embarazos esperados 238.514			
Rango de edad	Población		
	I.N.E. 2007	Asegurada a corto plazo	Objetivo su salud
0 - 21	5.064.466	1.368.975	3.695.491
22 - 59 Mujer	4.108.217	1.092.765	3.015.453
Mayores de 60 años	654.838	167.196	487.642
Total población	9.827.522	2.682.936	7.198.586

Fuente: INE - INASES

### Estructura del modelo de gestión participativa de la salud.

La implantación del Modelo de Salud Familiar Comunitaria Intercultural es parte estructural del proceso de cambio que comienza a hacerse efectivo en el Sistema Nacional de Salud. El Modelo se constituye en el nuevo enfoque responsable de la ruptura del paradigma asistencialista y discriminador de la condición social, al involucrar y articular a las redes de servicios de salud, a las redes sociales, a las redes intersectoriales y a otros actores/as en la gestión y la atención sanitaria, en lo personal, familiar y comunitario.

Es el establecimiento de un nuevo paradigma, en que el equipo de salud comprende *'la nueva forma de hacer salud'* y organiza las prestaciones a personas, familias y comunidades, de manera integral, participativa, intersectorial e intercultural tanto en el establecimiento de salud como en la comunidad, ya que la participación social en la gestión de la salud se constituye en el eje de la operativización de las políticas públicas y estrategias en salud.



NIVELES DE GESTIÓN DE LA ESTRUCTURA ESTATAL DE SALUD	ESPACIOS DE DELIBERACIÓN INTERSECTORIAL	NIVELES DE LA ESTRUCTURA SOCIAL EN SALUD
MINISTERIO DE SALUD	ASAMBLEA NACIONAL DE SALUD	<p><b>CONSEJO SOCIAL NACIONAL DE SALUD</b></p> <p>Es una estructura formal orgánica conformada por: un representante de cada Consejo Social Departamental; y un representante de cada organización social más representativa del país: CSUTCB, Bartolinas Sisa, CIDOB, CONALJUVE, CONAMAQ, COB, otros)</p>
SERVICIO DEPARTAMENTAL DE SALUD	MESA DEPARTAMENTAL DE SALUD	<p><b>CONSEJO SOCIAL DEPARTAMENTAL DE SALUD</b></p> <p>Elegido entre los Consejos Sociales Municipales de todo el departamento y organizaciones sociales departamentales representativas</p>
DIRECTORIO LOCAL DE SALUD DILOS	MESA MUNICIPAL DE SALUD	<p><b>CONSEJO SOCIAL MUNICIPAL DE SALUD</b></p> <p>Elegido entre de los Comités Locales de Salud de un Municipio</p>
ÁREA Y SECTOR	REUNIONES LOCALES: CABILDO, ASAMBLEAS, ETC.	<p><b>COMITÉ LOCAL DE SALUD</b></p> <p>Elegido entre las Autoridades Locales de Salud de un territorio con establecimiento de salud</p>
	REUNIONES COMUNITARIAS: ASAMBLEAS, ETC.	<p><b>AUTORIDAD LOCAL DE SALUD</b> (elegida por cada comunidad o barrio como su autoridad responsable de acciones de salud. Generalmente existen como parte de su estructura organizativa)</p>

## Gestión Participativa de la Salud

### Estructura social

La Estructura Social de Salud. Partimos afirmando que la estructura social como tal ya existe y desde el enfoque de la Gestión Compartida se la respeta. La estructura social comunitaria de salud emerge y es parte inherente de sus diferentes formas de organización territorial. Es así, que la estructura social de salud está constituida a nivel comunitario/barrial y local por la Autoridad Local de Salud y el Comité Local de Salud; en el nivel municipal al Consejo Social Municipal de Salud; en el nivel departamental al Consejo Social Departamental de Salud, y en el nivel nacional el Consejo Social Nacional de Salud.

### Estructura estatal

*La Estructura Estatal de Salud.* Está organizada por niveles de gestión, el nivel local está compuesto por el sector y el área territorial (Centros y Puestos de Salud); el nivel municipal por el Directorio Local de Salud (DILOS); el nivel departamental representado por el Servicio Departamental de Salud (SEDES) y el nivel el nacional representado por el Ministerio de Salud y Deportes.

### Espacios de deliberación

*Espacios de deliberación*, son ámbitos de encuentro y diálogo, básicamente entre

la estructura social de salud y la estructura estatal de salud, sin embargo, está abierta a otros sectores e instituciones. Ahí, en diferentes espacios y niveles de gestión compartida de salud los y las actores/as participantes se ponen de acuerdo para resolver los problemas y determinantes de la salud (producción, servicios básicos, educación, vivienda, ingresos económicos, justicia social), y así mejorar la situación de vida y de salud.

Estos espacios tienen un enfoque basados en la participación, intersectorialidad, integralidad, interculturalidad, con visión de género y generacional.

## Conclusiones

La estrategia del Modelo es la promoción de la salud como un proceso en el que los actores sociales gestionan y toman decisiones sobre sus problemáticas y asumen actitudes-conductas de protección de su salud, pero además participan y toman decisiones en la gestión pública de salud.

“No se puede entender el abordaje de las problemáticas en salud sin la participación en los procesos de gestión con toma de decisiones efectiva de los/las actores/as sociales, pues esto permite encarar las diferentes determinantes socio-económicas de la salud para vivir bien.”

El Plan de Desarrollo Sectorial y la Nueva Política de Salud permitirán cumplir las Metas del Milenio en Salud hasta el 2015 y las Metas de la Estrategia Boliviana de Reducción de la Pobreza.

Las metas globales del plan para el Quinquenio 2006-2010, se harán evidentes cuando la población boliviana pueda acceder en un 100% al Sistema Único de Salud, Comunitario e Intercultural y cuando el Ministerio de Salud y Deportes recupere la soberanía sanitaria del Estado Boliviano.

Los fines que se persiguen, podrán evaluarse por la Reducción de la Mortalidad Materna e Infantil, el control de las tasas de incidencia de las principales enfermedades endémicas (Chagas, Malaria, Tuberculosis, VIH/SIDA); y el acceso al agua segura.

Para llevar a cabo estos objetivos, el Estado Boliviano ha implementado los programas de Salud Familiar Intercultural y Comunitaria, Conducción, Regulación y Modulación del Financiamiento, Participación comunitaria, Intersectorialidad y Solidaridad. Cada programa cuenta con uno o más proyectos para efectivizar los objetivos del Plan Nacional de Salud.

# La interculturalidad en los determinantes de la salud



## **Nila Heredia Miranda**

Al momento de la reunión era Ministra de Salud y Deportes Bolivia  
La Dra Heredia es médica, ex Presidente del Colegio Médico de La Paz, es docente de la Universidad Mayor de San Andrés; ha sido Vicedecana de la Facultad de Medicina y Vicerectora de la misma Universidad. Actualmente dirige un proyecto sobre Interculturalidad en la Organización Regional Andina de Salud.



## Introducción

Aunque sea a la distancia quisiera acercar algunas opiniones sobre la Atención Primaria abarcativa e integral que es el tema central del evento. En nuestra política de gobierno no se tomó el concepto de Atención Primaria de la Salud como componente explícito de la agenda, en buena medida por el abuso y el manoseo que ya se ha hecho sobre este concepto. Sin embargo, todo en la práctica ha tenido que ver con atención primaria y por eso me gustaría precisar que perspectiva de atención primaria estamos instalando, reflexionando y recreando desde diferentes ámbitos.

Hay, varios aspectos que quiero connotar y contextualizar. El concepto de Atención Primaria en Salud, en el discurso de los salubristas clásicos, terminó siendo un tecnicismo esquemático dentro de la lógica de la Salud Pública, una suerte de discurso que no era traducido en cambios estructurales.

Otra corriente que ha sido más contra hegemónica y con la que nos identificamos, buscó utilizar la aproximación de los determinantes sociales que involucraran a la APS y evitaran burocratizarla.

En realidad, esta ha sido nuestra tendencia, es decir, ver que la APS a la luz de la Salud Pública (SP) terminaba siendo un discurso burocratizado e, incluso, utilizado para manipular a los movimientos sociales. En tanto que, en nuestro posicionamiento, comenzamos a colocar el tema de los determinantes como un elemento central y el tema de la participación social a la luz de la movilización popular y su incursión interpelante.

No una participación convocada sino interpelante, de tal manera que la APS no se consolida por ser una propuesta salida del Ministerio exclusivamente sino motorizada por la interpelación de los movimientos sociales en tanto en todo el tiempo previo el discurso no llegó a los movimientos sociales. No es, entonces que se hubiera evitado a propósito tratar el tema o actuar bajo el paraguas normativo de la APS sino que nos hemos incluido bajo este doble aspecto, es decir, los movimientos sociales que deben intervenir y que deben ejercer el derecho a interpelarnos, por una parte; y, por otra parte, como equipo de salud, como gente que ha hecho salud, cuestionarnos para encontrar la manera que esa interpelación no sea burocratizada.

## Antecedentes

Bolivia ha sido utilizada como un país laboratorio, un país casi pionero en aplicar recetas neoliberales; por lo que el concepto de Atención Primaria (AP) se aplicó con una perspectiva focalizadora, con paquetes básicos, en forma restrictiva, podríamos decir que fue un discurso apropiado, canibalizado por el propio neoliberalismo.

El neoliberalismo se apropió de dos conceptos, dos temas importantes: 1. La participación popular que ha sido claramente manipulada, participación popular en la que estaba presente la comunidad pero, básicamente, instrumentalizada y a veces

hasta corrompida; y 2. El derecho a la salud a través de los programas que son de aseguramiento público, de tal forma que la población termina viendo, asociado a derechos, el tema de los seguros promovidos por los bancos

Tuvimos que incorporar, a riesgo de no ser comprendidos internacionalmente, la idea de un Seguro Universal de Salud, a pesar de que en nuestro propio equipo pensábamos que no estaba bien la denominación, sin embargo, sí nos daba la posibilidad de conseguir financiamiento genuino, de fondos del tesoro. El término Seguro era más conocido y más fácil de ser adoptado porque era sinónimo de no pago o no costo en el punto de atención. Si bien nos hubiera gustado más adoptar la denominación de **Sistema Único de Salud** porque nos interpreta mejor, no lo hicimos porque corríamos el riesgo que no se entendiera en el corto plazo y por tanto fuese desechado o cuestionado muy rápidamente. Por ello utilizamos el término Seguro a pesar que no era exactamente lo que nos expresaba.

Para entender esto hace falta explicar por un lado que en Bolivia a lo largo de todos estos años se fue extendiendo el comportamiento privado en el hospital público hasta llegar a una situación en donde el cobro de las prestaciones se convirtió en una fuente importante del financiamiento hasta incluso para contratar profesionales. Por otra parte, Bolivia fue un país con una enorme participación de la cooperación internacional que llegó a constituir hasta el 20 % del total del gasto en salud del país y que nuestra expectativa de recuperar la soberanía sanitaria está fuertemente atada a las medidas de nacionalización y apropiación de los recursos naturales que han permitido que por primera vez en décadas Bolivia cuente con superávit fiscal. Sin embargo por el difícil acuerdo de gobernabilidad, una buena parte de esa recaudación, que se expande al costo político del gobierno nacional está coparticipada con los departamentos del país.

Tomando estos factores, en consecuencia hacer pasar un seguro de salud por el congreso por raro que parezca, se transformó en la única forma de obtener fondos públicos para construir soberanía sanitaria y al mismo tiempo recuperar un funcionamiento público y gratuito del propio sector.

Los sectores neoliberales no encontraron como oponerse pero buscaron bloquear en el Congreso la aprobación del Seguro Universal Nacional. Utilizando fondos que les llegó como resultado de la modificación de las relaciones con las empresas, de la nacionalización de los hidrocarburos y de modificaciones de las normas nacionales de distribución de los ingresos por impuestos directos, buscaron y buscan crear seguros “departamentales” de salud. Su característica es la aplicación del modelo asistencialista y la subvención indirecta a los servicios privados, la instrumentalización de la participación y el control social que termina siendo la presencia del Movimiento Social pero que no participa del control ni de las decisiones.

Nuestra perspectiva siempre tuvo que ver con una idea de redefinir el escenario de la APS, como una oportunidad para generar nuevos escenarios de práctica y de aprendizaje.

## La interculturalidad

Como docente de la Facultad de Medicina sé muy bien lo difícil que resulta cambiar la forma de pensar de los profesionales de la salud y lo importante que es hacerlo desde que son estudiantes. Este convencimiento, me motivó a impulsar tempranamente el tema de la interculturalidad algo que afortunadamente se ha vuelto bastante común en Bolivia,

¿Que me llevó a desarrollar una iniciativa en interculturalidad y motivarme con ese temas desde mucho antes de llegar al Ministerio?

Una serie de insumos bastante complejos. Es la consecuencia de toda una vivencia política como docente, como autoridad universitaria y como dirigente del Colegio Médico Departamental de La Paz. Aprovechando las normas de legalidad por la cual el Colegio Médico preside los exámenes de competencia para los médicos, nosotros incorporamos la participación popular externa. Cuando yo era directora del Servicio Departamental de Salud de La Paz, habilitamos la participación del municipio en los concursos entendiendo que el municipio tiene la representación social de los movimientos sociales.

En el marco de esta experiencia -hay que imaginarse representantes de pueblos originarios participando de un concurso médico- más de un miembro que venía de los municipios preguntaba con asombro ¿qué cosa voy a evaluar? y, alguna vez también preguntaba ¿y será que los médicos tradicionales podríamos evaluar así también a nuestros Yatiris y a nuestros Kallawayas? ¿cómo podría ser?

Se despertaba un respeto y una conciencia muy importante. De pronto parecía que no se podía intervenir en esto, ¿no? Pero a mi Kallahuaya, a mi médico tradicional yo no sé si le puedo discutir. Porque el médico tradicional tiene su espacio ganado en la vida mientras que el médico que estábamos contactando fue designado como tal por su conocimiento formal, en muchos casos más bien por papeles que por su experiencia y madurez. Este es un elemento muy interesante porque habíamos traído a los alcaldes o sus representantes, que en muchos casos eran además representantes comunales, para que formen parte de la calificación. En realidad forzamos la participación de ellos rompiendo una tradición dentro del Colegio Médico que, por supuesto, en poco tiempo se ha vuelto a desmontar. A la vez me cuestionaba si no estaba instrumentalizando a ese Movimiento Social, solo sabía que ellos mismo se sentían muy complacidos porque al fin y al cabo eran responsables de parte del puntaje (cinco puntos sobre 100) pero, en una charla que tuve con alguno de ellos me decían “¿cómo podríamos hacer con nuestros médicos?, cuándo los vamos a incorporar?. Y tal vez fue parte de los elementos que me decidieron a entrar tan fuerte en el debate del tema de la interculturalidad .

Cuando estuve en el Colegio Médico hicimos uno de los Seminarios de la Asamblea Constituyente donde invitamos a un representante de los médicos tradicionales. Su presentación fue tan esquematizada, tan mal aprovechado el espacio, que me pareció que estábamos metiéndolo en una horma que no era la suya sino nuestra, entonces era necesario generar espacios de discusión. Este tipo de experiencia apor-

tó una serie de elementos que me fueron llevando a pensar en una formación específica en interculturalidad.

Posteriormente cuando estuve como directora del Servicio Departamental de Salud (SEDES) del departamento de La Paz (es la instancia del Ministerio de Salud que maneja los servicios de salud de todo el Departamento) tuve que responder a movimientos sociales que pedían hospitales al mismo tiempo que se peleaban con el equipo médico por la forma de atención. Por todo esto había que buscar una manera de concertar ambas medicinas en un ámbito complejo.

Fue en este contexto que comenzamos a pensar en un postgrado en interculturalidad en la Universidad promovido desde el SEDES, dirigido a los profesionales del sistema público especialmente del área rural, porque es allí donde se muestran con mayor claridad la pugna, la concertación y la convivencia, en general informal. Así nos dimos cuenta que era imprescindible abrir este espacio.

Dentro de la lógica de este movimiento vemos que la relación entre esta formación en interculturalidad y el desarrollo de la APS es estratégica.

Parto de un hecho que no es entendido totalmente y es que: no habrá salud para todos si no existe participación social y ahí surge la importancia de la comunicación, del respeto y el diálogo intercultural. Hay un posicionamiento sobre la participación social que exige una participación más decidida de la sociedad. A mitad de los '80; tuvimos la experiencia de varios gobiernos pasados, algunos con méritos importantes pero que terminó siendo destruida a la luz de los gobiernos siguientes que instalaron el primer experimento neoliberal en América Latina. Se anula la participación al ser ésta instrumentada por las necesidades alimentarias que vienen de un momento inflacionario fuerte que los sectores dominantes externos e internos habían instalado. Se resuelve la inflación con un costo alto cuando la participación ha estado movida de alguna manera por los fideos, el arroz y el azúcar, una especie de utilización que le permitió al gobierno legitimarse. Entonces, ¿qué haces? No mucho y quedaron muchas cosas fuera de la discusión. En el '86 terminan anulándose los programas de formación de médicos generalistas con formación en medicina social y viene todo el posicionamiento del neoliberalismo que dura hasta el 2003 provocando la inviabilidad del Estado Boliviano, se derrumba un régimen.

A pesar de las personalidades y las referencias de los sanitaristas de aquella experiencia pionera en este proceso de participación, y en la formación contracultural de los médicos se percibe que el marco conceptual no los conduce centralmente a un marco de interculturalidad, un rasgo que estamos discutiendo fuertemente ahora, y que hay diferencias entre aquella formación contracultural y la nuestra, entonces, sería interesante ver que considerando que en el fondo había ciertos marcos históricos vinculados a una perspectiva más marxista ¿cómo se articula la interculturalidad y el surgimiento de un nuevo actor, los pueblos indígenas originarios, ¿qué es este actor que nunca fue identificado por el marxismo como un actor? En los pueblos originarios hay una síntesis nueva que no se había hecho e intentamos hacer ahora.

## Los actores

El predominio del MNR de izquierda, había abierto el espacio para la participación popular y también en su gestión había reconocido y apoyado la medicina tradicional formalmente y la sociedad de medicina tradicional. Los procesos populares se incorporan y forman parte de este gran esquema de prevención que no incorpora, o tal vez no tuvo tiempo de incorporar, a los médicos tradicionales en este proyecto. Entre esa gestión del '82-'85 al 2005 ya pasaron 20 años y aún hay muchos debates.

La historia vuelve como parodia cuando se repite. En realidad, el período de Sánchez de Lozada a principio de los '90 vinculado a algunos cuadros de aquella época vino a burocratizar la Participación a través de una ley, no movilizó nada, no energizó nada y, más bien, pulverizó o atomizó el sistema de salud boliviano.

Los pueblos originarios han sobrevivido por la bendición de su propia resistencia aunque en cualquier momento una señal puede ser destructiva. La participación popular con el gobierno de Sánchez de Lozada lanza su ley en Santiago de Machaca, que ha sido el lugar de rebeldía y donde aparece el movimiento Tupac katarista. Simbólicamente, hacen ahí el lanzamiento con Víctor Hugo Cárdenas, que es de origen campesino, como una señal de "aquí estamos". Fue un antecedente que le abrió puertas a Sánchez de Lozada en el sentido de que se lo presentó acompañado de un vicepresidente indígena, que es aymara y por lo tanto conoce a la gente.

Sánchez de Lozada fue mal recibido por los indígenas aymaras porque era volver a una lógica economizadora. No fue bien recibida y para algunos, fue una provocación porque sentían que no tenía derecho a usar un espacio que es respetado y parecía querer reeditar la gestión de la UDP pero mirado desde el Congreso y creando casi la paradoja de una participación popular por ley que per se ya es una paradoja.

Lo que es más llamativo del actual período, es que siendo algunos los mismos protagonistas, la gente sigue acordándose de la UDP y no se acuerda de ese gobierno nada más que porque fragmentó el sistema de salud con medidas que ya eran un problema en la época en que se aplicó pero que ahora se transformó en particularmente grave como consecuencia de la elección directa de los prefectos. Se genera un ambiente de mucha inseguridad, de mucha ingobernabilidad. ¿Quién dirige a quién?, ¿a quién reclamamos por lo que nos pasa?, lo haremos finalmente al Ministerio, a la prefectura, al municipio. ¿en que instancia? ¿a quién se interpela?

Muchas veces, cuando se hace un debate desde una formación política previa, uno piensa que faltan categorías, incluso en el marxismo, para entender el problema de los pueblos originarios.

En Bolivia nuestro Movimiento Obrero es ahora muy débil, y a pesar de la fortaleza pasada nunca ha tenido la capacidad de aprovechar los momentos oportunos para gobernar; siempre ha terminado concediendo cuando podía realmente gobernar. Han concedido y continúan concediendo y apoyando, a pesar suyo, a gobiernos reaccionarios, incluso militares.

La lógica en esta discusión antigua, por lo menos según mi criterio, es que la mayoría de los mineros son vanguardia y son de origen campesino; su raigambre campesina es tanto o más importante que el movimiento de clase, por lo tanto no pueden cortarse y decir “bueno, a partir de ahora soy obrero y no campesino” cuando su vivencia cotidiana es de campesino. Entonces, es necesario generar una comprensión de que el Movimiento Obrero boliviano, a pesar de ser tan convertido, tan esclarecido, por un lado no es marxista, y por el otro tiene esos lazos con una cultura originaria y de movimientos campesinos que no engarza en los parámetros esquemáticos que son propios de la clase media. No es que el obrero termina siendo un burgués con casa en la ciudad sino que, con otra lógica, termina siendo el mismo campesino rompiendo todo el esquema.

Yo recuerdo una anécdota que sucedió en la localidad de Siglo XX, el lugar donde estaba el Movimiento Obrero y la vanguardia esclarecida y todo eso, el tercermundismo eclesiástico, alrededor de los años ‘69, ‘70; llegaron ahí unos curas y cerraron la iglesia porque era un día de fiesta de San Miguel y todos iban vestidos con sus indumentarias de baile en función del santo entonces querían la misa al santo para luego bailar y los curas dijeron que eso era paganismo, cerraron la iglesia y no quisieron hacer la misa. Los mineros ¿que hicieron? Le pusieron candado a la iglesia y a la casa del cura para que no salgan hasta que realicen la misa.

¿Dónde están los parámetros marxistas? Los originarios son paganos en esa lógica, tienen sus creencias. Se trata de entender que la historia social boliviana no es la misma historia europea, argentina o chilena, para dar algunos ejemplos, pues la presencia del movimiento campesino es ancestral, sus costumbres han sido protegidas a pesar de la colonia y de la destrucción de muchas de sus costumbres. Los originarios, en unos lugares más que en otros, adoptaron las costumbres occidentales pero a la vez mantuvieron sus propias costumbres. Hasta ahora los campesinos resuelven muchos de sus problemas con el uso de sus normas, estas son más eficaces porque son adoptadas por el colectivo tanto como formación y también como protección de la comunidad y aunque con alguna frecuencia la lógica occidental los sataniza o ridiculiza, en los hechos han resultado ser más disciplinados, más lógicos y coherentes, puesto que ahí no existen el tráfico de influencias característico de la justicia y la burocracia modernas. De hecho hay otros códigos, otras disciplinas poco abordadas aun ahora.

En el fondo estamos identificando que hay potencial revolucionario en estas fuerzas que tienen dificultades para ver esta síntesis. Incluso, he visto por televisión, por el canal estatal, gente diciendo “veremos si el hermano Evo reflexiona y mira más para adentro de Bolivia que para Cuba o Venezuela”, hay una tensión expresada en el dilema (descolonizar o encaminarse al socialismo) que se repite en los debates del sector salud.

## Las acciones

La pregunta que organiza nuestra estrategia de Atención Primaria dentro de la gestión como Ministra son dos puntos: uno, aparece la interculturalidad impregnando

do toda la acción del gobierno, se golpea con dos puños al mismo tiempo, una es la Residencia de Salud Familiar Comunitaria con Interculturalidad (SAFCI) y la otra el programa Desnutrición Cero. A las dos las veo fuertemente conectadas con APS.

A tiempo de iniciar el proceso electoral y la gestión actual, con el equipo de salud adoptamos como base de toda la discusión, análisis y construcción, los determinantes de la salud y es partir de ellos que adoptamos como estrategia central la construcción de un nuevo modelo sanitario basado en la promoción de la salud, pero no una promoción esquemática sino aquella que incorpore las características o particularidades de nuestro país. Una de ellas es precisamente el alto porcentaje de población que se reclama originaria o mestiza y que hoy se encuentra en una actitud interpelante, gracias al triunfo electoral del presidente Evo Morales Aima.

Para abordar la interculturalidad hemos adoptado caminos estructurales y funcionales: para el primero se creó el Viceministerio de Medicina Tradicional e Interculturalidad cuya tarea está más ligada a estimular y coadyuvar a la organización de los médicos tradicionales y para el ámbito funcional se adoptaron dos caminos paralelos: un curso de residencia médica y un curso postgradual nivel especialidad.

El equipo con el que trabajamos la residencia en Salud Familiar Comunitaria Intercultural está constituido por personas, la mayoría profesionales médicos, con experiencia y trayectoria profesional en el área rural e inclusive algunos de ellos con conocimientos y ejecución como médicos tradicionales, porque o provienen de ellos o tuvieron experiencias de campo lo que constituyó un equipo con profunda convicción en lo que es la medicina tradicional y su necesidad de revalorización de los saberes tradicionales, hasta lograr la articulación con la medicina occidental; mientras que el curso en Interculturalidad y Salud está trabajado de una manera bastante más académica sobre los profesionales que trabajan de manera estable en el área rural del sistema de salud público, personas que se acercaron a la oferta que hicimos movidos por su propia experiencia e inquietud. La idea es que comencemos a estructurar lazos de unión con la medicina tradicional, a través de la destrucción de supuestos negativos respecto de la medicina tradicional y de la comprensión de las culturas nativas y costumbres, no desde el ámbito antropológico sino desde las vivencias mismas. La diferencia respecto de la residencia es que ésta es mucho más académica y a través de ella tratamos de impactar en el sistema mismo y la residencia es una formación más convencida para estructurar un nuevo modelo. Lo que hace falta es un engranaje que utilice todos los recursos formados o en formación imbuidos del modelo en Salud Familiar Comunitaria Intercultural SAFCI.

En relación a SAFCI sentimos que una gestión armada sobre la lógica de los determinantes aumentó la potencia explicativa, pero desde el punto de vista de las intervenciones en la salud pública clásica de repente existe aun cierto descalce entre una cosa y la otra.

Convivimos con esta contradicción porque los organizadores, estructuradores de la política de salud promoviendo toda esa cuestión sobre determinantes ha sido un grupo pequeño, convencidísimo pero pequeño.

La población y la cooperación internacional no entendían exactamente que era, y diría que aun existe confusión con respecto al significado de los determinantes,

la promoción y la prevención. El tema de los programas de salud, de la atención hospitalaria desaparecieron del discurso contrariamente a lo que sucedía anteriormente. Lo primero era la calidad de servicios, el programa de tuberculosis o de esto o de esto otro, y ocurre que de pronto aparece invertido, lo que antes aparecía invisible ahora aparecía visible y viceversa. Algunas conversaciones con la cooperación, luego de haber trabajado con los equipos correspondientes mostraban confusión; más de uno me dijo “no sabemos si se va a continuar con los programas”, “que piensa del binomio madre niño” y “sobre los hospitales?”. Como si no mencionarlos o incluirlos mecánicamente en un discurso significara abandonarlos.

Se ha entrado en un discurso tan fuerte de los determinantes que ni los propios expertos en la cooperación internacional podían entender la magnitud del cambio. Entonces, nosotros también incurrimos en un extremo en suponer que todo el mundo nos estaba siguiendo y ocurre que estábamos dejando una parte importante, y es que los hospitales existen, ese grupo de gente no iba a seguirnos, no nos seguían en la misma rutina. No ha sido un discurso que hubiera tenido tiempo suficiente para impregnar pero también nosotros nos convencimos entre nosotros y creíamos que todo el mundo nos estaba siguiendo cuando nos dimos cuenta había una distancia entre lo que decíamos y lo que estábamos haciendo.

Sin embargo, hay un programa concreto donde no solamente se plantea discursivamente sino que se encuentra el formato para trabajar en la lógica de las determinantes que es el de Desnutrición Cero. Ahí el Ministerio aborda un tema con una estrategia institucional que tiene muy pocos antecedentes en la historia boliviana cual es instalar un programa iniciado y promovido desde Salud pero no anclado ni dirigido por el Ministerio de Salud. Es decir una iniciativa intersectorial instalada a nivel de gabinete nacional.

Al comienzo fue una experiencia muy dura, aun ahora no termina por anclarse del todo porque algunos otros Ministerios no han asumido la magnitud del desafío. Por otra parte siempre se veía a desnutrición como un tema de salud, en tanto que agricultura lo veía como suyo a partir de la alimentación.

A la luz de los determinantes aparece el tema de Desnutrición Cero como un tema central. Pero, desde mi visión, el tema de D0 era un tema sentido por todos; nadie puede resistir pensar que se muera un niño por hambre; y ha sido un mecanismo movilizador de la comunidad el saber que ese desnutrido existe y es el más proclive a morir. Es esta la razón por la cual el programa logró mover a tanta gente.

Se conjugaron varios elementos. Uno, que el equipo de salud estaba mostrando indirectamente que el tema de la desnutrición no era sólo su responsabilidad y que otros sectores o que la comunidad eran también protagonistas para evitar que se muera un niño. Alrededor, de D0 se logró la movilización de la gente, la contribución y el percatarse que la salud no era sólo hospitales. El equipo con el que trabajamos es muy inteligente en su forma de actuar de tal manera que no medicalizó el proyecto a pesar que los otros ministerios han seguido en forma desigual en la misma carrera. Los que más fuertemente acompañaron este programa son los equipos de planificación y educación. Los otros no han sabido como incorporarse o han sentido celos

porque nosotros estamos procurando desnutrición con seguridad alimentaria y se supone que agricultura es quien tiene que involucrarse incentivando las huertas y en general su preocupación ha sido tardía.

Otra experiencia muy importante fue la de las vacunaciones. La vacuna contra la rubéola en el 2006, para todos los hombres y mujeres entre 15 a 39 años. Aprovechamos bien el discurso del presidente y el momento, aunque no lo habíamos medido suficientemente, la repercusión de poner el tema de la salud junto con educación dentro de lo urgente.

Planteamos el tema de la vacunación que llegó hasta los adultos, cosa que no se había hecho antes y, a pesar de la inicial resistencia de los miembros del gabinete, de los parlamentarios e incluso del presidente, logramos vacunar a todos ellos. Después de un primer momento de evasión terminaron todos reclamando su vacuna y la vacunación a todo el personal de ministerios, casa de gobierno y Parlamento.

La vacunación terminó siendo un tema instalado en la opinión pública, de consigna, de campaña y de competencia entre las comunidades, los municipios “el niño tiene que vacunarse pero tu no te vacunas”, alentado en mucho por los propios niños.

Eso generó una convicción de hacerse ver en conjunto y de involucrarse de tal manera que cuando terminamos la campaña muchos alcaldes se acercaron y me preguntaron “ahora que campaña tenemos que hacer”. Creo que logramos, sin instrumentalizar, que la comunidad organizada se involucre; en esa lógica quien ve el tema de la desnutrición como un tema de responsabilidad se involucra.

Un punto también muy llamativo para Bolivia en términos de soberanía sanitaria es la existencia de numerosas ONGs trabajando el tema de APS. Ese ámbito aun no ha sido bien abordado, no ha habido tiempo. Es un ámbito no controlado y entonces hay ONGs buenas y malas. La población siente mucho malestar con algunas ONGs. Nuestra actitud ha sido controlar su presencia de manera indirecta a través de la movilización popular. Esas acciones de compromiso evitaron que sean instrumentalizados por ONGs que en general los reemplazaban, asumieron los líderes locales y entonces las ONG's tuvieron que venir a pedir permiso para involucrarse más directamente con las campañas.

El tema se complejiza con la presencia de la cooperación norteamericana (USAID) en el territorio percibiéndose como actores de las políticas de salud y de la APS. USAID ha sido muy hábil porque durante la época anterior había generado varios programas, uno de ellos el de fortalecimiento y apoyo a los niveles de dirección de los SEDES, de programas, de municipios, capacitación que era aparentemente independiente pero que estaba controlada ganando favores e influencia a través del fortalecimiento donando equipamiento, computadoras y otros.

Cuando decidimos adoptar el Plan Nacional de Salud antes indicado, las ONGs intentaron adaptar sus programas, sin embargo USAID reaccionó muy rápidamente y dijo “como el programa central es Salud Familiar Comunitaria entonces nosotros vamos a hacer eso” y cerraron los programas anteriores para reabrir programas en Salud Familiar Comunitaria. A la vez, migraron rápidamente del occidente al oriente

(foco de la resistencia autonomista al gobierno) y se colocaron llamativamente en la zona del chaco, o sea, donde está el petróleo.

Allí organizaron con el Colegio Médico un programa académico paralelo al del Ministerio lo que generó un grave conflicto, discusiones, malestar con el Colegio Médico y con una de las Universidades que se prestó a dar cobertura. Paralelamente las organizaciones guaraníes adoptaron la decisión de expulsión de las ONGs financiadas por USAID aparentemente por ejecutar acciones de esterilización no consentida. En esa zona y otras se da el caso de una disminución importante de su población. USAID todavía sigue siendo un dolor de cabeza, una preocupación porque reitero que heredamos el peso enorme de un financiamiento en salud proveniente de la “cooperación” y no hemos tenido tiempo de hacer un control más riguroso de las ONGs.

## Conclusiones

Entiendo que los promotores de esta reunión (y de este libro) coinciden en relanzar la APS a treinta años de ALMA ATA pero al mismo tiempo ese relanzamiento necesita otro voltaje. Ya no puede ser la APS del ‘78 ni mucho menos la restrictiva del Banco Mundial de los ‘90, ¿cuál es el mensaje para los que no son de Bolivia en relación a lo que Bolivia aprendió y también en lo que Bolivia necesita eventualmente como cooperación?

Creo que hay temas muy grandes: uno que es reiterativo, el tema de la formación de recursos humanos y que va a seguir siendo reiterativo si no se cambia a otro contexto. Necesitamos enfatizar la interculturalidad pero no solamente dirigida en función de pueblos originarios, obviamente, ese es el vector central porque en aquellos países donde no hay pueblos originarios, con seguridad hay pueblos originarios de otros lugares que han migrado por razones económicas, entonces necesariamente se debe abordar la interculturalidad donde estos grupos originarios estén, aunque fuesen una minoría.

Por otra parte en nuestro continente los países han sido delimitados no en relación a los pueblos originarios o culturas, puesto que aymaras hay tanto en Bolivia, el Perú y Chile, quechuas desde el Ecuador hasta la Argentina o los pueblos amazónicos los tenemos al menos en nueve países del sub continente. Entonces ¿Cómo no incorporar este tema en el análisis y la construcción de estrategias para una APS renovada y efectiva?. Además y en última instancia ¿que atención de la salud no es intercultural?

A pesar del avance que hemos logrado hacer, aun insuficiente, poco entendido e inclusive resistido por los profesionales de la salud, en Bolivia hemos logrado instalar el debate de la interculturalidad en Salud de manera suficientemente vigorosa e interesante, sin embargo aun tenemos desafíos para encarar siendo una de ellas la escasa elaboración teórica y la insuficiente comprensión del tema en la mayoría de los niveles de dirección, a pesar de la actitud interpelante de los pueblos originarios

y de la población toda. Existe temor a la burocratización, a la formalización y la utilización del término, que bien puede ser cooptado como si fuese un simple maquillaje.

Tenemos mucho por aprender, es posible que Bolivia tenga mas conocimiento o autoridad respecto de la cultura aymara, en tanto que el Perú podrá tener un mejor abordaje respecto de la quechua, la cultura guaraní es posible que podamos abordarla mejor a partir del conocimiento Paraguayo o la Amazonia por alguno de los otros países.

Movilizados Por el derecho a la Salud y la Vida es el lema del actual Ministerio de Salud y Deportes, un lema que traduce el vector de la política del gobierno actual, y es en este contexto que considero como necesario el abordaje de la APS a partir de los conocimientos, las creencias y las culturas de los pueblos, las que articuladas con el desarrollo científico tecnológico de la medicina académica, nos permitirá alcanzar la meta ansiada de Salud para Todos.





# Retos contextuales a la revitalización de la Atención Primaria de la Salud: algunas lecciones de África y de América Latina

**Françoise Barten<sup>a</sup> y David Sanders<sup>b</sup>**

a. Egresada de la facultad de medicina de la Universidad de Nijmegen, Maestría en Epidemiología (CIES, Nicaragua), en salud comunitaria (LSH& TM), Doctorado en Medicina Ambiental (KUN). Vivió y trabajó durante 1978-1989 en Centro América por el Ministerio de Salud y ONGen APS rural y urbana. Docente/Investigadora en Sistemas y Políticas de Salud de Radboud Universidad Nijmegen, depto. Atención Primaria en Salud y Salud Pública; Prof.

Honoraria de la UNAN León, Nicaragua (2005); de la UMSS, Cochabamba (2000); de la Escuela de Salud Pública de Nicaragua (1995). Desde 2004 participa en comité de gerencia del proyecto ALCUEHealth (Françoise coordinó programas de formación de recursos humanos en salud, programas intersectoriales y tomo la iniciativa con otros investigadores por la investigación Rescate de experiencias innovadoras en salud en Centro América (1995-2001).

b. Desde Abril 1993 es el director fundador y profesor del programa de salud pública de la Universidad del Western Cape. 2001 a 2004 ha sido vice decano de la Facultad de Ciencias Comunitarias y de Salud. Durante 1980 y 1992 fue el asesor médico de OXFAM (UK) para la construcción de programas de salud rural. Fue también docente de la University of Zimbabwe Medical School. Es el autor de "The Struggle for Health: Medicine and the Politics of Underdevelopment" y co-autor de "Questioning the Solution: the Politics of Primary Health Care and Child Survival" y de "Fatal Indifference: the G8, Africa and Global Health".





## Introducción

El renovado interés en Atención Primaria en Salud - Salud para Todos (equidad, justicia social, participación, abordajes intersectoriales y los determinantes de la salud) por parte de la Organización Mundial de la Salud, la Comisión de los Determinantes Sociales de Salud, el Movimiento de la Salud de los Pueblos, asociaciones profesionales, centros académicos etc. se expresa en resoluciones, declaraciones, conferencias, publicaciones, revistas especializadas dedicados a la APS, y se explicita en iniciativas globales de investigación. Vale la pena señalar que este interés renovado ocurre en un contexto de cambio global y de retos sin precedente, por el calentamiento global, la inseguridad alimentaria, la crisis financiera y de energía, conflictos emergentes y de largo plazo, la rápida urbanización no controlada, las migraciones y un aumento de las desigualdades en salud.

Primero este artículo examina las diferentes definiciones y perspectivas de atención primaria y luego algunas características del contexto global. Luego subraya la necesidad de contextualizar la salud y el desarrollo de la salud y llama la atención al hecho que compromisos importantes como los Objetivos del Milenio prácticamente han ignorado las fuerzas que movilizan el incremento de las desigualdades en salud. El texto luego describe diferentes experiencias en Atención Primaria en Salud. Muchas experiencias de Atención Primaria en Salud Integral han sido desarrollados a nivel local – aun antes de Alma Ata – y la visión y los principios de Alma Ata también se han mantenidos vigentes durante las últimas décadas muchas veces en contextos adversos y en particular por los esfuerzos de organizaciones de la sociedad civil. El texto, sin embargo, argumenta que las diferentes experiencias en la implementación de APS han sido establecidas fundamentalmente por el contexto político más amplio – la medida en que las mayorías demandan sus derechos en salud y la medida en que el estado (local y nacional) se siente obligado a abordar los obstáculos para la Salud para Todos, incluyendo aquellos obstáculos que operan a nivel global y que afectan los determinantes de la salud. Un inadecuado reconocimiento de esto continuara llevando a diagnósticos falsos de “fracasos” y de paradigmas contradictorios en cuanto a la dirección hacia donde apuntan.

## Actores, perspectivas y comprensión

La declaración de Alma Ata sobre la atención primaria de la salud en 1978 y el desarrollo de la Estrategia Global de Salud para Todos para el Año 2000, definió a la atención primaria de la salud como una filosofía, estrategia, abordaje, conjunto de actividades y un nivel de atención. Presentó una reorientación radical en el pensamiento sobre salud, la atención y el desarrollo de la salud, ya que implicó una reorientación de sistemas de atención de la salud y de desarrollo, hacia las primeras necesidades de una Población y subrayó la necesidad por un nuevo orden internacional como prerrequisito para mejorar la equidad en salud (PHM, 2008). Se esperaba que como una estrategia la APS tenía que asegurar la Salud para Todos, solidaridad, universalidad, y el acceso a una buena atención de la salud – y fue adoptado como política central de la OMS. De acuerdo al Dr. Halfdan Mahler, director de la OMS en 1978 durante dos términos consecutivos, la iniciativa de implementar la atención primaria integral fue abortada poco tiempo después de su con-

cepción, por la adopción de la atención primaria selectiva y la imposición subsecuente de los programas de ajuste estructural promovidos por las instituciones de Bretton Wood, y más tarde, por la reforma del sector salud por parte de muchos donantes (Mahler 2008). El interés renovado en Alma Ata en 2008, por la tanto, merece un análisis más detallado de la comprensión de la APS por distintos actores como también del contexto en el cual emerge. Está claro que existe un espectro amplio de perspectivas que varían desde la prestación de atención médica primaria, la reforma tecnocrática del sector salud, abordajes de promoción de la salud hasta atención primaria integral. Cuál es el nivel de comprensión de los principios claves de APS, como por ejemplo la participación comunitaria? Se entiende la participación principalmente como un medio hacia un fin (por ejemplo eficiencia, efectividad), o se reconoce también como un fin en si misma (empoderamiento) y como premisa para la sostenibilidad y la equidad? Transciende el alcance de este artículo hacer un análisis detallado, pero es importante llamar la atención sobre la necesidad de coherencia y de examinar hasta que punto estas distintas perspectivas se relacionan con la realidad de los retos en desarrollo de la salud que incluyen no solo la necesidad de abordar los efectos inmediatos en salud y los factores inmediatos de riesgo, pero de comprometerse con los determinantes sociales subyacentes y estructurales de salud y de inequidad en salud.

### **Contexto, retos, capacidad y compromiso**

El contexto global está cambiando rápidamente y esto afecta a la población a nivel mundial. La gente esta expuesta a una variedad de riesgos en salud, que se interconectan y muchas veces suelen producir una sinergia en los efectos en la salud, como también múltiples enfermedades (Barten et al. 2006). Exposición, riesgos e impacto en la salud difieren de acuerdo a mecanismos conexos claves como son el lugar geográfico, clase social, género, edad, ocupación, educación, estatus migratorio, etnicidad, raza etc. A pesar de mayores avances en conocimiento, y de impresionantes aumentos de riqueza, las inequidades en salud tanto dentro como entre los países y regiones están incrementándose (CDSH 2007; UNDP 2005), mientras que en algunas regiones el impacto de la pandemia de VIH/SIDA, el incremento de la pobreza, la inseguridad alimentaria, los conflictos violentos a largo plazo, la migración, el calentamiento global, se expresan en una pérdida de beneficios en salud pública previos. (Sanders 2008).

Los MDG's señalan varias dimensiones de la pobreza y la relación entre salud y las condiciones sociales y muestran un consenso sobre la necesidad de lograr los objetivos en salud y en desarrollo, como una oportunidad de trascender las intervenciones sectoriales estrechas. Sin embargo, no queda claro en que medida los Objetivos del Milenio abordan las desigualdades en salud, riqueza e ingreso que se incrementan ya que los Objetivos del Milenio (MDGs) han fracasado en reconocer el impacto de una globalización acelerada e inequitativa sobre una urbanización sin precedentes, informatización de la economía e incremento de las desigualdades en salud.

En 2008, la mitad de la población mundial vive en ciudades y la pobreza se ha vuelto cada vez más un fenómeno urbano. A través de la historia las ciudades han ofrecido nuevas oportunidades para el crecimiento del ingreso, han mejorado las con-

diciones de vida y el desarrollo de la salud (Hall 1998; León 2008). Sin embargo, la *urbanización actual* difiere de lo que el mundo ha experimentado hasta ahora. A fines del siglo XIX menos del 3 % de la población mundial vivía en ciudades y pueblos (Weber 2007), mientras que África y Asia eran casi totalmente rurales hasta 1950. El ritmo de la urbanización en los últimos 20 años ha sido particularmente alto en las regiones menos desarrolladas del mundo y se espera que esta tendencia continúe. En las próximas dos décadas las ciudades de los países en desarrollo absorberían el 95% del crecimiento urbano y en el 2030, alojarán a cerca de 4.000 millones de personas o el 80% de la Población mundial será urbana. Este proceso tiene implicaciones en la equidad, la sostenibilidad, los marcos conceptuales de la salud y de políticas de desarrollo y deben ser entendidos y abarcados en un contexto macro-económico y social (UN-Hábitat 2004).

Los servicios urbanos y el desarrollo de infraestructura no han mantenido el mismo ritmo del crecimiento de la población urbana y el crecimiento de las villas miseria / asentamiento informales muchas veces iguala el crecimiento urbano mismo (UN Hábitat 2006). De acuerdo a proyecciones recientes, la población que vive en asentamientos informales en los países de bajo y de mediano ingreso probablemente se duplicará en menos de 30 años (UN Millennium Project 2005; UN-Habitat 2006). La profundidad de la pobreza en los asentamientos informales en las ciudades es mayor que en las comunidades rurales, pero esta realidad no siempre es captada por datos y sistemas de información. El ambiente social y físico desde hace tiempo han sido reconocidos como importantes determinantes de la salud, y claramente el reto de alcanzar los Objetivos del Milenio en el contexto actual global, demanda un abordaje integral y sistémico.

Sin embargo, los Objetivos del Milenio han ignorados hasta ahora las relaciones cruciales entre la pobreza rural y urbana, empleo, condiciones de trabajo, lugar y salud, como también la necesidad de abordar el incremento de las desigualdades en salud y los derechos ignorados de los trabajadores en un contexto de globalización de la economía, informalización de la economía y de urbanización (Barten et al. 1996; Barten et al. 2008).

Comprender como asegurar y mantener la salud pública de las poblaciones y reducir las inequidades en salud es cada vez más importante, en particular porque las tendencias de comodificar la salud, han reforzado un modelo estrecho y reduccionista, que descontextualiza la salud y medicaliza su respuesta. También, la práctica de donantes externos de priorizar el financiamiento de intervenciones selectivas de un número limitado de enfermedades en un contexto de cuasi-colapso de los sistemas de salud pública debido a las políticas económicas neoliberales y el retiro del estado, las reformas del sector salud mal concebidas y la migración de los recursos humanos está siendo cada vez más analizado (Brugha et al. 2004; Buse and Walt 1997; Buse and Walt 2000)

## La Atención Primaria en Salud

El interés renovado en Atención Primaria en Salud muchas veces está acompañado por una percepción general que la APS ha fallado y/o tiene que adaptarse a la “nueva realidad”. Sin embargo, existen muchas iniciativas y experiencias a nivel local/ de base que han desarrollado la visión y algunas estrategias basadas en los principios de

la Salud para Todos. Los casos que han sido descritos en este libro ofrecen un testimonio vivo de las muchas maneras innovadoras en que las comunidades locales, organizaciones de la sociedad civil y muchas veces también gobiernos a nivel municipal/local, han desarrollado abordajes y políticas transectoriales para abordar la pobreza, el medio ambiente, y la salud de manera integral en contextos muchas veces adversos.

Sin embargo, estas iniciativas más veces que menos están enfrentando retos en términos de su sostenibilidad, en ampliar la escala y también muchas veces les falta la capacidad de superar la visión y la implementación a nivel local. Argumentamos mas adelante, refiriéndonos a algunos casos ilustrativos, que las diferentes experiencias en implementación de APS y la amplitud de estas experiencias, han sido fundamentalmente determinadas por el contexto político más amplio – la medida en que la mayoría ha demandado sus derechos a la salud y la medida en que el estado (local y nacional) se siente obligado a enfrentar las barreras para la Salud para Todos, incluso aquellos que operan a nivel global y que afectan los determinantes de la salud. Argumentamos también que el fracaso de reconocer esto y de tomarlo en cuenta continuará resultando en diagnósticos falsos de “fallas” y en paradigmas conflictivos de comprensión de la dirección.

## Experiencias de implementación de APS

### **CASO 1. Una iniciativa del sector salud para abordar el manejo de la desnutrición infantil y la inseguridad alimentaria en Transkei, SA.**

A pesar de la larga y digna historia de lucha militante en contra del régimen opresivo del apartheid, en el periodo posterior a 1994 cuando se logró la democracia formal, el progreso en el abordaje de las inequidades socio-económicas y de salud ha sido limitado (Sanders y Chopra 2006). Después de la transición política (finales de los '80 hasta aproximadamente 1994) la movilización social ha disminuido en prominencia y los órganos populares han reducido su papel y actividad. En 1994, la política de desarrollo estaba basada en una estrategia centrada en el pueblo, el Programa de Reconstrucción y de Desarrollo (RDP, Reconstruction and Development Programme). Este programa fue reemplazado en 1996 por la adopción de un plan neoliberal económico, Crecimiento, Empleo y Redistribución (GEAR, Growth, Employment and Redistribution) (Bond 2008). En el periodo reciente pasado el movimiento de los sindicatos y aun sectores del partido de gobierno han criticado de manera abierta esta política conservadora y se han movlizado en contra de las desigualdades que se incrementan en estándares de vida.

Una de las ganancias en la libertad política ha sido la introducción de una constitución muy progresista, cuya “Declaración de Derechos” (“Bill of Rights”) incluye provisiones para alcanzar los derechos sociales y económicos.

A pesar de las políticas económicas conservadoras que fueron adoptadas, el gobierno ha respondido, bajo alguna presión de la sociedad civil, a sus obligaciones constitucionales a través de un aumento significativo de su presupuesto de bienestar en particular al extender y aumentar el monto del Fondo de Apoyo Infantil (CSG, Child Support Grant) para las familias pobres.

El trabajo de investigación y desarrollo para mejorar el manejo de la desnutri-

ción infantil severa en hospitales en el área rural ha continuado en el territorio empobrecido, anteriormente Transkei “homeland” en Sud África después de 1998<sup>1</sup>. La investigación que fue iniciada por la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Western Cape incluyó análisis de situación detallados, planes de implementación, todos los cuales involucraron al personal pediátrico de planta y ha sido exitoso en la reducción de los porcentajes de casos fatales con un promedio de 33% en 11 hospitales. La investigación actual intenta dilucidar porqué algunos hospitales operan mucho mejor que otros hospitales con una estructura y recursos equivalentes.

Una nueva investigación que hizo el seguimiento de los niños que fueron rehabilitados de manera exitosa demostró que ellos habían retornado a hogares con inseguridad alimentaria y, que a pesar de que todos los hogares habían calificado para recibir el Fondo de Apoyo Infantil (CSG), ninguno efectivamente lo hacía, a pesar de esfuerzos importantes de la mayoría de las personas que tenían a su cargo el seguimiento de esos niños. Su testimonio y los resultados de la investigación fueron utilizados en una campaña de concientización que incluyó pedidos formales al gobierno, artículos en los periódicos que generaron preguntas en el parlamento y un documental en la televisión en la hora pico de audiencia. Esto último generó una intervención inmediata del Ministro de Desarrollo Social, conciente de sus obligaciones constitucionales. Esto, y los esfuerzos continuos de sensibilizaciones en colaboración con una alianza de organizaciones no-gubernamentales de bienestar infantil, ha resultado en un profundo y sostenido incremento en la distribución de los fondos (CSG) y en una mayor atención al papel de la inseguridad alimenticia a nivel del hogar como un factor causal en la desnutrición, a pesar que aun falta mucho trabajo por ser realizado (20, 21). Este ejemplo muestra el poder de la investigación-acción participativa tanto en la mejora de la calidad de atención y en la construcción de la capacidad y el mejoramiento moral del personal de salud. Este último hecho también puede ser importante como un factor que mejora la retención de los trabajadores de salud. Además, este caso ejemplifica el logro de la “colaboración intersectorial” (en este caso de Salud y Bienestar Social) a través de un proyecto de desarrollo e investigación y de servicio iniciado con el sector salud y, a través de la sensibilización basada en la investigación, resulta en la participación de otro sector – Bienestar Social – que tiene la responsabilidad de enfrentar uno de los determinantes de la desnutrición como es la pobreza de los niños. A pesar de estos éxitos, la experiencia representa tan sólo un ejemplo parcial de la implementación de APS. Aunque utiliza una tecnología apropiada (un simplificado y efectivo protocolo de tratamiento de la OMS) y que resultó en una acción intersectorial mejorada, esta no involucró a otros sectores (por ejemplo agricultura), ni tuvo incidencia en factores a nivel global que influyen en la seguridad alimentaria, ni promovió la participación comunitaria para enfrentar la desnutrición. Por lo tanto su sostenibilidad a largo plazo no está asegurada.

Los siguientes dos casos fueron seleccionados como “experiencias innovadoras en salud” en un análisis en profundidad dentro del marco de la investigación *Rescate* en Centro América<sup>2</sup>. El propósito de esta investigación (1997-2001) fue realizar un

1. (Nota: “homeland” es un territorio rural asignado a la población de raza negra durante el apartheid).

2. Rescate de Experiencias Locales Innovadoras en Salud. Desarrollo alcanzado por los Sistemas de Salud en Guatemala, El Salvador y Nicaragua, centrado en los esfuerzos de la sociedad civil. Proyecto EU/INCO IC18\*CT960058 (1997-2000) con Centro de Investigaciones y Estudios de la Salud, Nicaragua (Gladys Ricarte, Rene Perez Montiel); Nijmegen Institute for International Health, RUN Holanda (Francoise Barten, Rene Perez Montiel, Jose Utrera, Martha Cedeno); Facultad de Medicina, Universidad de El Salvador (Eduardo

análisis crítico de la experiencias, valores y lecciones aprendidas en la atención primaria integral en El Salvador, Nicaragua y Guatemala para fortalecer la capacidad de la sociedad civil en un proceso de reforma del sector salud dentro de un contexto post-conflicto y la aplicación de una reforma del sector salud.

Centro América es una región periférica, mayormente agrícola, de la economía global. Su historia colonial, sus sociedades altamente exclusivas, sus profundos niveles de pobreza y de vulnerabilidad externa son similares a muchos países en el hemisferio sur. La región fue hecha pedazos por los conflictos de los años '80 lo cual tuvo un impacto profundo en la sociedad entera. La construcción de la paz ha sucedido desde '90 en un difícil contexto macro, donde las políticas de estabilización y de ajuste estructural en el periodo post-guerra han conducido a reformas drásticas del estado con altos gastos para la población marginalizada. Como las reformas implementadas no han logrado reducir los altos niveles de pobreza urbana o rural, éstas no han contribuido a un modelo de desarrollo sostenible que podría sacar a la población de una situación de mera subsistencia. La guerra de los '80, pero también la exclusión social y la situación económica precaria de los '90 ha generado una migración permanente y en aumento de las áreas rurales a las urbanas y de las áreas urbanas a las áreas urbanas del Norte, en la búsqueda de mejores oportunidades. Las desigualdades en el ingreso han aumentado y el conflicto se ha vuelto más social. La polarización social y económica se expresa en particular en las ciudades. Durante este periodo también se han desarrollado experiencias innovadoras (Atención Primaria en Salud) en salud y desarrollo a nivel local, promovidas por organizaciones sociales, comunidades y algunos gobiernos locales.

### **CASO 2. APS iniciada desde la Comunidad en Guargila, Chalatenango, El Salvador La Clínica Ana Manganaro.<sup>3</sup>**

Es un programa de salud comunitaria que se desarrolló en una zona de conflicto anterior, un territorio controlado por las fuerzas rebeldes en el noreste de Chalatenango con la provisión inicial de atención médica a combatientes y a comunidades. Es importante tomar en cuenta que cuando la guerra civil se inició en El Salvador en 1980, dos terceras partes de la población campesina había literalmente sido abandonado por el gobierno y la pequeña elite gobernante: el 80% de la población rural no tenía acceso al agua potable y el 60% no tenía acceso a la atención en salud. Durante el conflicto las comunidades campesinas en las áreas controladas por los rebeldes, en la provincia de Chalatenango, ya habían iniciado la construcción de nuevas formas de gobierno democráticamente elegidos, llamados *Poder Popular Local* durante la guerra, para poder resolver algunos de sus problemas materiales más inmediatos, para lograr la seguridad alimentaria y poder darle respuesta a las necesidades de salud y de educación de la población, estableciendo clínicas populares y clases para la alfabetización de adultos (Pearce 1986).

El sistema de salud popular en Chalatenango involucró a una red de promotores (laicos) de salud basados en los pueblos. Inmediatamente después de la firma de

Espinoza, María Angela Elias, Hilda Cecilia Mendez; Instancia Nacional de Salud & Fundación Rigoberta Menchu, Guatemala (Giovanni Salazar, Elizabeth Moreno); Prince Leopold Institute of Tropical Medicine, Antwerp, Bélgica (Pol de Vos, Patrick van der Stuyft).

3. Proyecto de Salud Comunitaria, El Salvador en este libro.

los Acuerdos de Paz en 1992, la lucha sobre la atención comunitaria y la APS entre administradores del Ministerio de Salud y el sistema popular de salud en Chalatenango se hizo explícito cuando el Ministerio de Salud impuso su propio esquema (diseñado por el USAID) de promotores de salud y se negó a involucrar los promotores de salud laicos basados en los pueblos del programa de salud popular y a incluir la participación local en el proceso de toma de decisiones (Smith-Nonini 1997).

El programa de salud de Guargila involucró a la red de promotores de salud laicos basados en los pueblos, que evolucionó hacia una prestación de salud popular, incluyendo el establecimiento de un esquema de seguro comunitario. Un énfasis importante ha sido puesto en la educación en salud. Los indicadores de salud por ejemplo la mortalidad infantil y la mortalidad materna han mejorado en comparación de otros distritos y los procesos impulsados desde la comunidad han logrado mantenerse durante los años y han tenido la capacidad de incidir en algunos de los procesos de formulación de políticas a nivel del municipio. El apoyo solidario de grupos externos y de algunos donantes ha sido un factor crítico que ha permitido al programa continuar desarrollándose de acuerdo a su visión original y sus principios de atención primaria integral – y de distanciarse de la intervención del gobierno central y de la selección de promotores de salud por el Ministerio de Salud.

La dependencia actual del programa de salud comunitaria de fuentes externas es considerada una amenaza a la sostenibilidad. Es importante tomar en cuenta que el programa Clínica Ana Manganaro se limita a una población relativamente reducida. La orientación del programa que tiene un fuerte énfasis en el empoderamiento de la comunidad también explica las dificultades para ampliar la escala dentro del marco de las presentes políticas gubernamentales de reforma del sector salud. La migración rural-urbana y la migración internacional en particular a los Estados Unidos ha continuado y un cada vez mayor número de familias en los pueblos están recibiendo remesas y dependen del apoyo económico externo. El impacto en la cohesión social, la solidaridad y las redes sociales requieren más estudio.

### **CASO 3. Iniciado externamente - SILOS Zona Norte, San Salvador.**

La experiencia del Sistema Local de Salud (SILOS) en la Zona Norte de la capital de El Salvador, una zona de bajo ingreso<sup>4</sup> fue un abordaje sistémico de salud y de desarrollo que fue iniciado por el Ministerio de Salud con el apoyo de la OPS, y financiado por la Ministerio de Cooperación al Desarrollo de los Países Bajos en el contexto de los acuerdos de paz en 6 municipalidades de la Zona Norte de San Salvador, con una población de aproximadamente 300.000 habitantes cuando el proyecto se desarrolló. Esto incluyó un re-asentamiento de una población bien organizada. Es importante tomar en cuenta que la zona norte fue una de las áreas de mayor conflicto durante la guerra. Esta experiencia que comenzó en 1992, trascendió rápidamente de un desarrollo de servicios de salud a nivel distrital hacia un abordaje intersec-

4. (véase Una experiencia de atención primaria: Sistema Local de Salud, Zona Norte San Salvador (1992-1997) por María Angélica Elías Marroquín en este libro).

torial que abordó los determinantes subyacentes más amplios de salud, incluyendo el proceso de formulación de políticas y de toma de decisiones a nivel local, municipal y regional. Esta experiencia que fue muy exitosa en abordar los problemas de salud y de desarrollo prioritarios y en movilizar las comunidades, también retó a poderosos intereses económicos como también al modelo tradicional biomédico en salud. El incremento de la organización comunitaria y la participación fue considerada una amenaza al control gubernamental y la política oficial de reforma, y cuando el gobierno perdió las elecciones locales, el Ministerio de Salud, que sintió su poder y control amenazados, se retiró y se reorientó el proceso en línea con la reforma del sector salud promovida por el Banco Mundial. Esto implicó una significativa reducción en la organización, participación, empoderamiento y acción intersectorial a nivel local. (Barten et al. 2002).

#### **CASO 4. La experiencia participativa de construcción de la salud en León, Nicaragua.**

En León, la segunda ciudad más importante de Nicaragua, existe un larga historia de organización y de participación comunitaria. Nicaragua es un país con índices de desarrollo humano entre los mas bajos de América Latina. En muchos ambientes políticos, el gobierno local no tienen la jurisdicción, los recursos o el poder para reducir la inequidad en el acceso a los determinantes básicos de la salud en la ciudad ni los determinantes sociales y ambientales de la equidad en general. La salud y la equidad en salud son determinados por una variedad de factores incluso políticas publicas a nivel macro como a nivel micro. También está claro que la amplitud y la profundidad de la participación variará de acuerdo a la cultura y el diseño de sistemas políticos. Sin embargo, la “localidad” también puede incidir. En sociedades con un alto nivel de polarización social y económica, como la Nicaragua de los años 1990s, suele ser difícil lograr un acuerdo social a nivel nacional. En la práctica, ha sido el nivel local, que ha ofrecido muchas veces las mejores oportunidades para desarrollar una agenda para mejorar la salud y el bienestar de la ciudad y de sus habitantes. Uno de los resultados más importantes de la experiencia del municipio de León, ha sido la construcción de una alianza entre los principales actores a nivel local y regional, para desarrollar políticas coordinadas, estrategias y actividades y promover un abordaje integral (de los determinantes sociales) para el desarrollo de la salud urbana. La comunidad solía ser el actor con menos poder sobre los procesos de toma de decisión y de formulación de políticas. Sin embargo, en León ha resultado imposible desarrollar actividades relevantes para incidir en los determinantes de salud sin la participación de las organizaciones comunitarias (Pérez Montiel y Barten 1999) p. 18. Inicialmente se priorizaron programas para la construcción y la mejora de la vivienda, centros recreativos y escuelas; la reparación de las carreteras para asegurar el acceso al área rural; el acceso al agua potable. Acciones fueron implementadas para trasladar la industria contaminante de cuero desde las riberas del río hacia la zona industrial de la ciudad. Se mejoró la recolección de desechos sólidos y se priorizó el problema de la violencia y de la salud mental. Siguen existiendo serios problemas de salud pública, inclusive dificultades para asegurar las condiciones básicas para una existencia saludable para todos. Esta situación se agravó en 1998 cuando el huracán Mitch golpeó con mayor fuerza a la región de León. La capacidad instalada permitió la movilización inmediata del gobierno local, las

organizaciones comunitarias y de las instituciones locales para enfrentar la crisis y para atender inclusive a los municipios aledaños más afectados.

## Conclusiones - algunas lecciones y aspectos críticos

El reciente interés renovado en la atención primaria en salud está siendo acompañado de un reconocimiento cada vez mayor a nivel mundial de que las actuales desigualdades en salud no son aceptables desde una perspectiva moral, social y política. Como los casos arriba mencionados y descritos en este libro han ilustrado, es posible aplicar distintos abordajes para el desarrollo de la salud – tanto desde los servicios de salud (centro de salud, hospital, distrital y municipal) como iniciativas intersectoriales a nivel político e iniciativas basadas en la comunidad. Puntos de entrada para el desarrollo y el cambio social tanto como las prioridades obviamente diferirán de acuerdo a los contextos locales.

La capacidad técnica es importante para realizar un análisis de situación local a través de la investigación-acción participativa, para facilitar y mantener una participación comunitaria sostenida y relevante, y poder desarrollar una acción de sensibilización a nivel local, nacional e internacional. Esto tiene implicaciones para la orientación de la formación de los recursos humanos en salud, y por el papel de las universidades e instituciones de conocimiento. La investigación debe responder cada vez más a los retos de las inequidades en salud que se incrementan y debe examinar los determinantes subyacentes de estas desigualdades que se amplían como también el impacto de las intervenciones en salud pública y de abordajes amplios a nivel de sistema. Esto implica una necesidad de movilizar el conocimiento de distintas disciplinas, pero particularmente fortalecer la capacidad de producir un conocimiento y poder en contra de la tendencia imperante. Esto demanda diferentes abordajes para realizar la investigación y la cooperación en investigación. Cuáles son las metodologías para realizarlas? Cuáles son las metodologías para definir la agenda? Cuáles son las formas de conducir la investigación y la cooperación en investigación? En que medida se construye sobre lecciones aprendidas y trabajo previo? A quién se involucra y quién decide? En que medida hemos realmente involucrado a las comunidades para definir la agenda de investigación y la investigación-acción? Es importante construir nuevas redes y fortalecer las existentes para asegurar el impacto de la investigación en la sociedad por ejemplo mediante el desarrollo de las habilidades de investigación de las organizaciones de la sociedad civil y mediante el desarrollo de la investigación-acción participativa. (McCoy et al. 2004).

Como ha sido ilustrado por los casos descritos en este trabajo, el contexto político es clave en la habilidad para iniciar, mantener y ampliar acciones a nivel local y mantener una demanda amplia y exhaustiva y a mediano plazo, asegurar recursos y apoyo nacional. Esto implica necesariamente en todos los casos superar las barreras a nivel global para asegurar un desarrollo socio-económico sostenible y equitativo. El renovado interés en Atención Primaria en Salud como en los determinantes subyacentes y estructurales de la salud sin duda ofrecen una importante ventana de oportunidades para el cambio político. La sociedad civil debería utilizar esta oportunidad y fortalecer su capacidad para asegurar un cambio político sostenido y relevante para poder incidir de manera positiva en los determinantes sociales, económicos, políticos y ambientales de la inequidad en salud.

## Bibliografía

- Barten F, Fustukian S, and de Haan S. 1996. The Occupational Health Needs of Workers: The Need for a New International Approach. *Social Justice* 23 (4): 153-163.
- Barten F, Mitlin D, Mulholland C, Hardoy A, and Stern R. 2006. Healthy Governance/ Participatory Governance. Towards Integrated approaches to address the social determinants of health for reducing health inequity. [Thematic paper for the Knowledge Network on Urban Settings of the WHO CDSH]. Abridged version: integrated approaches to address the social determinants of health for reducing health inequity. *Journal of Urban Health*, vol 84, no.3, May 2007. Japan: WHO Kobe Centre.
- Barten F et al. 2008. Contextualising workers' health and safety in urban settings. The need for a global perspective and an integrated approach. *Habitat International*.
- Barten F et al. 2002. Democratic governance: A fairytale or real perspective? Lessons from Central America. *Environment and Urbanization* 14(1): 129-145.
- Bond P. 2008. Elite Transition: From Apartheid to Neoliberalism in South Africa. Elite Transition: From Apartheid to Neoliberalism in South Africa, University of KwaZulu-Natal Press.
- Brugha R et al. 2004. The Global Fund: managing great expectations. *Lancet* 364: 95-100.
- Buse K, and Walt G. 1997. An unruly melange? Coordinating external resources to the health sector: a review. *Soc Sci Med* 45 (3): 449-463.
- Buse K, and Walt G. 2000. Global public-private partnerships: Part I—A new development in health? *Bull World Health Organ* 78 (5): 699-709.
- CDSH. 2007. Achieving Health Equity: from root causes to fair outcomes. Interim statement. Geneva: WHO.
- Hall P. 1998. *Cities in Civilization- Culture, Innovation, and Urban Order*. London: Weidenfeld & Nicholson.
- Leon D. 2008. Cities, urbanization and health. *International Journal of Epidemiology* 37: 4-8.
- Mahler H. 2008. Comprehensive Primary Health Care - Geneva Health Forum.
- McCoy D et al. 2004. Pushing the international health research agenda towards equity and effectiveness. *Lancet* 364: 1630-1631.
- Pearce J. 1986. *Promised Land. Peasant Rebellion in Chalatenango, El Salvador*. London: Latin America Bureau.
- Perez Montiel R, and Barten F. 1999. Urban governance and health development in Leon, Nicaragua. *Environment and Urbanization* 11(1): 11-26.
- Sanders D. 2008. Africa's health crisis. *BMJ*.
- Sanders D, and Chopra M. 2006. "Key Challenges to Achieving Health in an Inequitable Society: the Case of South Africa". *American Journal of Public Health (AJPH)* 96 (1): 73-79.
- Smith-Nonini S. 1997. "Popular" Health and the State: Dialectics of the Peace process in Chalatenango. *Soc Sci Med* 44 (5): 635-645.
- UN Habitat. 2006. State of the World's Cities 2006/7. London: Earthscan.
- UN Millennium Project. 2005. *Home in the City*. London: Earthscan.
- UN-Habitat. 2004. *The State of the World's Cities 2004/2005. Globalization and Urban Culture*. London: Earthscan.
- UN-Habitat. 2006. State of the worlds' cities 2006/7. The Millennium development goals and urban sustainability. Nairobi: UN-HABITAT.
- UNDP. 2005. Human development report 2005- International cooperation at a crossroads: aid, trade and security in an unequal world. New York: United Nations Development Programme.
- Weber A. 2007. *The growth of cities in the nineteenth century*. New York: Macmillan.



# El Desarrollo Humano desde la perspectiva integral y su proyección mundial

## **Miguel Márquez**

Funcionario retirado de las Organizaciones Panamericana y Mundial de la Salud. Representante de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud en Nicaragua. 1980-1989. Representante de la Organización Panamericana y Mundial de la Salud en Cuba, 1989-1996. Decano Honorario de la Universidad de Nicaragua. Profesor. Invitado de la Universidad de La Habana, Cuba. Profesor Honorario de la Universidad de Cuenca, Ecuador. Profesor de Mérito del Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana, Cuba. Asesor Especial del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo, PNUD. La Habana, Cuba. Miembro Consejo de Directores Global Link Foundation. Pittsburgh, EE.UU. Miembro del Patrono de la Fundación Instituto Catalán de Farmacoepidemiología. Barcelona, España.





## Surgimiento del enfoque del desarrollo humano

Después de la Segunda Guerra Mundial, creció el interés sobre los modelos de crecimiento económico y las cuentas de ingreso nacionales. Las variables que podían ser fácilmente medibles, los parámetros diferenciados que pudieran recoger valores para caracterizar el contexto económico, se convirtieron en objeto de estudio y planificación. Las necesidades, metas y participación del ser humano fueron marginadas en beneficio de objetos macro-económicos.

A medida que el trabajo estadístico aportaba estudios más exhaustivos a nivel nacional, se evidenció que, en algunos casos, países con crecimiento económico experimentaban un empeoramiento de las condiciones y la calidad de vida. Paralelamente, algunas sociedades, con ingresos relativamente modestos, lograron niveles de bienestar humano ciertamente satisfactorios. Estas disyuntivas entre los ingresos y el bienestar social también se extendían a países industrializados. Había que revisar los conceptos de crecimiento económico y distribución de la riqueza.

A comienzos de la década de los años '70, en la Universidad de Sussex, del Reino Unido, se realizó un amplio estudio sobre como combinar crecimiento y distribución social. Las conclusiones fueron importantes: era necesario aumentar la productividad, pero analizando de quienes y para quienes. La predistribución de los medios de producción y los servicios básicos no sólo no eran suficientes, sino que, a su vez, debía ser incrementada la productividad de la mayoría de los pobres.

El Informe del Club de Roma de 1972, que resultó del Proyecto sobre la Condición Humana, iniciado en 1968, marcaría un hito en la conceptualización del desarrollo, al considerarlo como el proceso que experimentaba una sociedad para conseguir el bienestar de la población, relacionándose de forma armónica con el entorno natural, consiguiendo así satisfacer las necesidades materiales y establecer las bases para que todo individuo pueda desplegar su potencial humano<sup>1</sup>.

En contraposición al carácter netamente cuantitativo del crecimiento, el desarrollo es definido como un proceso que involucra aspectos cualitativos de la condición humana en un país, región o continente. Esta reformulación de la esencia del desarrollo, promovida por sectores de Europa Occidental a través del informe *¿Qué Hacer?*, aparecido en 1975, hizo énfasis en el desarrollo como un concepto integral, en el cual el ser humano y la satisfacción de sus necesidades constituyen el objetivo supremo. Al respecto, una de las principales precisiones de los autores del informe plantea que: 'El Desarrollo es un todo; es un proceso cultural, integral, rico en valores; abarca el medio natural, las relaciones sociales, la educación, la producción, el consumo y el bienestar<sup>2</sup>.

Paralelamente con la tesis del otro desarrollo, toma cuerpo la aproximación al desarrollo por el camino de las necesidades humanas básicas, que tiene puntos esenciales de contacto con aquella concepción. Sin embargo, esta última tesis logra pene-

1. Martínez, J. y J. M. Vidal. *Economía Mundial*. Madrid, Mc Graw Hill.

2. Meadows, D.H., Meadows, D.L. Randers, J y Colbs. 1992,..... *Más allá de los límites del crecimiento*.

trar de forma más aguda en la identificación e inserción de las necesidades humanas dentro de la estrategia de desarrollo, lo cual trasciende hasta el marco de la teoría económica y permite un análisis más balanceado de la esfera del consumo.

Al colocar el acento en la erradicación de la pobreza, el derecho al empleo, la distribución equitativa del ingreso y el acceso universal a los servicios básicos, ambas tesis se inscriben dentro de un movimiento renovador del pensamiento socioeconómico, que rompe con la óptica tradicional sobre los problemas del desarrollo.

En correspondencia con el predominio de esta nueva concepción en la escena internacional, el Banco Mundial modificaría de alguna manera sus criterios relacionados con la problemática del desarrollo, los cuales se argumentan en la Parte II del *informe sobre el Desarrollo Mundial, 1990*, titulado: *La pobreza y el Desarrollo Humano*. La propuesta, si bien parece conceder una mayor prioridad a los factores sociales o humanos en la estrategia de desarrollo, en la práctica no rebasó los límites de las concepciones cuantitativas que identifican el desarrollo con el crecimiento económico<sup>3</sup>.

Lo anterior se constató con claridad durante la década de los '80, especialmente en la primera mitad (1980-1986). En esos años, la explosión de la crisis de la deuda externa de los países subdesarrollados termina en forma abrupta con tres décadas de relativos progresos socioeconómicos y da paso a la peor recesión después de la conocida durante los años treinta, con el sensible empeoramiento de las condiciones de vida y agudos retrocesos sociales, en particular, entre los grupos de población más vulnerables, como los niños y las madres.

A mediados de esa década, surge el estudio del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) titulado *Ajuste con rostro humano* que, como enfoque alternativo, insistió en la necesidad de tener en cuenta la dimensión humana en las políticas de ajuste e integrarla a éstas en su conjunto, en lugar de considerarla como un componente adicional de bienestar. El modelo de ajuste con rostro humano, según sus propios autores, introduce una dimensión de alivio de la pobreza en las necesarias políticas de ajuste, de igual manera que la predistribución del ingreso y la atención a las necesidades básicas lo hace respecto a las políticas de crecimiento<sup>4</sup>.

Las cuestiones asociadas a la pobreza y su superación devinieron, cada vez más, el centro de las concepciones latinoamericanas acerca del desarrollo, que a partir de la profundización de las tesis de la pobreza crítica y, más tarde, con la formulación de reformas estructurales, se apartan de la visión tradicional del desarrollo latinoamericano y pretenden superar las limitaciones inherentes a las políticas de ajuste aplicadas hasta entonces.

Las tesis de CEPAL de finales de los '80, de transformaciones productivas con equidad, representa los esfuerzos por articular lo que los autores denominan una concepción actualizada del desarrollo: crecer, mejorar la distribución del ingreso, consolidar los procesos democratizadores, adquirir mayor autonomía, crear condiciones que detengan el deterioro ambiental y mejorar la calidad de la vida de toda la

3. Banco Mundial 1990. *Informe sobre el Desarrollo Humano: La pobreza*. 1987 New York, Oxford University Press.

4. Andrea, G; Jolly, R. y Steward F. *Ajuste con rostro humano*. Madrid, Siglo XXI Editores.

población; en fin, 'la transformación de las estructuras productivas de la región en un marco de progresiva equidad social'<sup>5</sup>.

Hacia finales de los años '80, existían las condiciones necesarias, tanto desde el punto de vista político y social, como teórico-conceptual para avanzar hacia una adecuada revalorización del enfoque del desarrollo humano.

## Enfoque desde la perspectiva integral

Los enfoques desde la perspectiva económica o desde la social, la expresión del desarrollo humano y de la equidad tenían limitaciones. Se hizo necesario cuestionar la validez de enfoques fragmentarios y dar paso a una visión integral, en la cual se produjera una interacción permanente entre los avances económicos y los sociales. Esta visión debería privilegiar acciones, tanto en aquellos aspectos en que más se manifiestan las inequidades acumuladas, como allí donde se expresan concretamente en grandes conglomerados poblacionales, marginados del desarrollo humano.

Este enfoque desde una perspectiva integral adquiere mayor relevancia después de que la ONU, en la *Declaración sobre el Derecho al Desarrollo* del 4 de diciembre de 1986, reconociera que el desarrollo es un proceso global económico, social, cultural y político que tiende al mejoramiento constante de toda la población y de todos los individuos<sup>6</sup>.

En 1981, Iglesias, en su calidad de Secretario Ejecutivo de la CEPAL, al presentar el *Informe al Decimonoveno Período de Sesiones*, expresó la importancia de crear modelos cada vez más integrales para el desarrollo económico y social, y planteó la necesidad de conciliar la eficiencia económica con lo social, la modernización de la empresa privada y el Estado, y el reordenamiento de todas las políticas nacionales de acuerdo con el criterio de desarrollo integral<sup>7</sup>.

De los desafíos expresados por Iglesias, el tercero está íntimamente relacionado con el enfoque integral necesario para la conducción de una política de desarrollo, a través de una conciliación de las políticas nacionales de eficiencia económica y avance social, en que se controlen mutuamente las desviaciones surgidas al pretender progresar rápidamente en una dirección, sin descuido o abandono de la otra.

## Antecedentes a la declaración sobre el derecho al desarrollo

### Declaración Universal de Derechos Humanos

Artículo 22: Toda persona, como miembro de la sociedad tiene derecho a la seguridad social, y a obtener, mediante el esfuerzo nacional, habida cuenta de la orga-

5. CEPAL 1992. Equidad con transformación productiva: un enfoque integrado. Santiago de Chile, Naciones Unidas.

6. ONU 1986. Declaración sobre derecho al desarrollo. New York, Naciones Unidas.

7. Iglesias, V. E.. "Desarrollo y Equidad, el desafío de los años ochenta" 1981 Revista de la CEPAL, Núm. 15, diciembre de 1981.

nización y los recursos de cada Estado, la satisfacción de los derechos económicos, sociales y culturales, indispensables a su dignidad y al libre desarrollo de su personalidad.

ONU 1948. *Naciones Unidas, A/RES/41/126, 14 de diciembre de 1948*

### **Pacto internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales.**

**Preámbulo:** Reconociendo que, con arreglo a la Declaración de los Derechos Humanos, no puede realizarse el ideal del ser humano libre, liberado del temor y de la miseria, a menos que se creen condiciones que permitan a cada persona gozar de sus derechos económicos, sociales y culturales, tanto como de sus derechos civiles y políticos.

Artículo 3: Los Estados Partes del presente Pacto se comprometen a asegurar a los hombres y a las mujeres igual título, a gozar de todos los derechos económicos, sociales y culturales enunciados en el presente Pacto.

ONU 1966. *Naciones Unidas, A/RES/2200, 16 de diciembre de 1966*

### **Declaración sobre el derecho al desarrollo**

Artículo 1: El derecho al desarrollo es un derecho humano inalienable, en virtud del cual todo ser humano y todos los pueblos están facultados para participar en un desarrollo económico, social, cultural y político en el que puedan realizarse plenamente todos los derechos humanos y libertades fundamentales, y contribuir a ese desarrollo y disfrutar de él.

El derecho humano al desarrollo implica también la plena realización del derecho de los pueblos a la libre determinación, que incluye, con sujeción a las disposiciones pertinentes de ambos Pactos Internacionales de Derechos Humanos, el ejercicio de su derecho inalienable a la plena soberanía sobre todas las riquezas y recursos naturales.

Artículo 2. La persona es el sujeto central del desarrollo y debe ser el participante activo y el beneficiario del derecho al desarrollo.

ONU 1986. *Las Naciones Unidas. A/RES/41/128, 4 de diciembre de 1986.*

### **Los estilos de desarrollo**

El estudio de las características cualitativas del desarrollo, en forma independiente o como complemento de la magnitud del crecimiento, fue una de las preocupaciones de la CEPAL y de sus principios teóricos. Se amplía así la definición de desarrollo, que implica mucho más que crecimiento, ya que no sólo se refiere al dinamismo de los principales agregados económicos, sino a su estructura y proyec-

ción política y social. El desarrollo 'consiste en procesos de crecimiento y de cambio relacionados sistemáticamente entre sí' y 'expresa una aspiración por una sociedad mejor'.

De este modo, se incorporan elementos de poder político y económico, sociales, tecnológicos, sectoriales y regionales, que configuran el tipo de sociedad a la que se quiere llegar.

En 1990, Altamir, director de la División de Desarrollo Económico de la CEPAL, analiza la crisis en los países latinoamericanos y del Caribe, su relación con las transformaciones en el orden económico internacional y las condiciones necesarias para un desarrollo sostenido, entre las cuales el factor clave sería la sinergia de los procesos de desarrollo equitativo con la creciente articulación social. Altamir parte de las limitaciones del estilo de desarrollo latinoamericano, en el cual desempeñan un papel importante los dilemas acerca de los patrones universales frente a configuraciones locales, rasgos estructurales y desequilibrios del estilo de desarrollo, socialmente excluyentes<sup>8</sup>.

Luego de la presentación de esta propuesta, fue publicada una serie de trabajos que sustentan las tesis de la CEPAL relacionadas con el desarrollo humano desde una perspectiva integral.

Estos trabajos son: *Transformación Productiva con Equidad 1990; Equidad y Transformación Productiva: un enfoque integrado 1992; El desarrollo sustentable: transformación productiva, equidad y medio ambiente 1991... Educación y Conocimiento: eje de la transformación Productiva con Equidad 1992; Brecha de la Equidad en América Latina, el Caribe y su relación con la Cumbre Social 1997.*

En el caso cubano, como se refleja en la *Investigación sobre desarrollo humano en Cuba 1996*<sup>9</sup>, y la *Investigación sobre desarrollo humano en Cuba 1999*, Martínez, precisa que 'a partir del triunfo revolucionario de 1959 se ha aplicado una concepción de desarrollo económico y social que vincula y le da independencia orgánica a los aspectos económicos y sociales del desarrollo, considerados como unidad integral. En este contexto, se ha definido como objetivo final la transformación de los seres humanos, haciéndolos más saludables, cultos, participativos y solidarios con sus semejantes. Muy temprano se comprendió que tanto el bajo nivel cultural de la población como su deficiente salud eran fuertes obstáculos al desarrollo económico. De ahí que se impulsaran las políticas sociales y económicas como elementos inseparables de un proceso que requería la marcha de ambos y su articulación recíproca'<sup>10</sup>.

## Proyección mundial del enfoque integrador planteado por el PNUD

En 1990, el PNUD asumió el reto de conformar una nueva dimensión sobre el desarrollo humano. Aparece un criterio más amplio para mejorar la condición

8. Altamir, O. "Desarrollo, crisis y equidad." 1990. *Revista de la CEPAL*. Núm. 40.

9. CIEM 1997. *Investigación sobre el desarrollo humano en Cuba 1996*. La Habana, Caguayo S.A.

10. CIEM 2000. *Investigación sobre desarrollo humano y equidad en Cuba 1999*. La Habana, Caguayo S.A.

humana que abarca todos los aspectos del desarrollo humano, tanto en los países industrializados, como en los países en desarrollo, en los hombres como en las mujeres, y en las generaciones actuales como en las futuras. *El desarrollo humano se concibe no sólo como el ingreso y el crecimiento económico, sino que engloba también el florecimiento pleno y cabal de la capacidad humana y se destaca la importancia de poner a la gente (sus necesidades, aspiraciones y opciones) en el centro de las actividades de desarrollo.*

El desarrollo humano es un proceso mediante el cual se amplían las oportunidades del ser humano. Esa es su acepción más simple y, al mismo tiempo, más abarcadora. Así se expresa en el primer informe sobre desarrollo humano, publicado en 1990<sup>11</sup>. Este informe, el primero en una serie de ediciones anuales, lanzó internacionalmente las bases de este nuevo paradigma de desarrollo. El desarrollo humano, como modelo de concepción de desarrollo, no se limita a establecer metas de ingresos de producción, ni tampoco a considerar a las personas como meros beneficiarios del bienestar social. *El ser humano pasa a ser considerado como motor, a la vez que objeto del desarrollo y, por tanto, se le atribuye la posibilidad y necesidad de participar activamente en los procesos de ampliación de sus propias oportunidades en distintas esferas: ingreso, conocimientos, vida prolongada, libertad, seguridad personal, participación comunitaria y derechos fundamentales.*

Según este nuevo paradigma, el desarrollo debe centrarse en el ser humano. Esto puede parecer obvio o reiterativo; sin embargo, y como se vio anteriormente, hay conceptos divergentes de modelos de desarrollo en su aplicación y también en su medición. Si bien las metas de cualquier modelo de desarrollo tienen que orientarse hacia un mejoramiento de la calidad de vida de hombres y mujeres, los medios para conseguirlo pueden ser muy diferentes. Metas y medios pueden, inclusive, llegar a confundirse, como cuando se determina que un cierto nivel del Producto Interno Bruto (PIB) *per capita* demuestra que se han alcanzado niveles satisfactorios de desarrollo, sin examinar la distribución de ingresos y las condiciones reales de vida de la gente.

El desarrollo humano, según el PNUD, contiene dos aspectos básicos: *la formación de capacidades humanas y el uso que la gente hace de esas capacidades adquiridas*. Por ello, coloca al ser humano como agente esencial de esos 'medios' de desarrollo, y defiende una sinergia dinámica entre fin y medios, entre beneficiarios y 'facilitadores'. Si Einstein demostró que materia y energía eran diferentes manifestaciones del mismo ente, podríamos proponer, de forma similar, que fines y medios, desde este marco de referencia, conforman un todo indivisible, continuo y cíclico. Llamémosle desarrollo humano. De ahí la importancia de colocar al ser humano en el centro de este concepto. El objetivo básico del desarrollo humano es la creación y el mantenimiento de un ambiente propicio para que las personas puedan desarrollar todo su potencial y tener oportunidades razonables para llevar una vida productiva y creativa, conforme a sus necesidades e intereses. Este postulado es aplicable tanto a los países más pobres como a los más ricos, ya que se refiere a todos los seres humanos sin distinción de lugar de origen.

11. PNUD. *Desarrollo Humano. Informe 1990*. Bogotá, Tercer Mundo Editores.

En el plano mundial, la Cumbre sobre Desarrollo Social celebrada del 6 al 11 de marzo de 1995 en Copenhague, con la participación de 118 jefes de Estado o de gobierno, aprobó una Declaración y un Programa de Acción que representan un nuevo consenso para situar al ser humano en el centro del desarrollo, así como en la Conferencia de Ginebra 'Copenhague + 5', efectuada en julio del 2000<sup>12</sup>.

El enfoque aplicado en los análisis y los parámetros de medición propuestos en los informes, han tenido acogida y despertado el interés en los diversos países, pues permiten abordar la diversidad de sus problemas y logros<sup>13</sup>. Es también significativa la preparación de perfiles de desarrollo humano y planes de acción que permiten potenciar las políticas económicas y sociales con una perspectiva integral. Ejemplos de estas iniciativas son los planes preparados en Benin, Botswana, Bolivia, Brasil, Colombia, Cuba, El Salvador, Filipinas, Letonia, Malawi, países insulares del Pacífico, Pakistán, Rusia, Sudan, Turquía y Ucrania.

El interés creciente por el tema se manifiesta en la preparación de informes sobre el desarrollo humano en 124 países y en diez informes regionales: África, Asia Meridional, Comunidad para el Desarrollo del África Meridional, Europa y Comunidad de Estados Independientes, e Islas del Pacífico Sur. Setenta países han preparado segundas a más versiones del informe.

Es evidente que en torno al desarrollo humano hay un amplio campo de discusión, tanto conceptual como en lo que respecta a la medición por países y a nivel mundial; especialmente, si consideramos el desarrollo humano con equidad como un proceso inherente al ser humano, quien transita de un nivel inferior a uno superior, en concordancia con cada momento histórico. Este ascenso caracteriza a la sociedad humana e implica el crecimiento armónico de la riqueza espiritual y moral, así como el perfeccionamiento físico que propiciarían un desarrollo humano unilateral, fundamentado en sólidos principios de justicia social y solidaridad. Así concebidos, desarrollo humano y equidad están indisolublemente unidos al ascenso en la cultura, la educación, la salud, el bienestar físico y psicológico, todo lo cual posibilitaría al hombre una vida socialmente productiva y saludable y, por lo tanto, capaz de alcanzar nuevos parámetros económicos y sociales para sí, para su medio familiar, la Nación y la comunidad internacional. Esta visión del desarrollo es, según Manakorda, la llegada histórica del hombre a la plenitud de sus capacidades, entre ellas la de consumo a goce, sobre todo, de los bienes espirituales<sup>14</sup>.

Por último, resulta necesario referimos al valor del Índice de Desarrollo Humano (IDH):

El valor del Índice de Desarrollo Humano que cada año nos ha entregado el PNUD no radica en las mediciones en sentido estricto que nos ha aportado. Lo importante, lo verdaderamente relevante del IDH en estos años, es el criterio que se

12. Naciones Unidas 1995. Cumbre Mundial sobre el desarrollo social. Declaración y Programa. Copenhague-New York, Naciones Unidas.

13. PNUD 2000. Informe sobre Desarrollo Humano. 2000. Barcelona, Ediciones Mundi-Prensa.

14. Manakorda, M. 1969. *Marx y la pedagogía moderna*. Barcelona, Oikostun S.A. Editores.

ha utilizado en su elaboración, combinando variables sociales y económicas y abriendo el abanico de indicadores que deben utilizarse en la medición del desarrollo. Solo el PNUD ha tenido éxito hasta ahora en este sentido, ya que ha conseguido desterrar la idea de que falta algo.

## Dimensiones del Desarrollo Humano

Para conocer mejor las bases de este nuevo paradigma de desarrollo, y poder diferenciarlo de otros enfoques, debemos examinar brevemente cada una de sus seis dimensiones fundamentales: *equidad, sustentabilidad, productividad, potenciación, cooperación y seguridad*.

### *Equidad:*

Para que el desarrollo aumente las oportunidades de las personas, estas deben disfrutar de un acceso equitativo a esas oportunidades. De no ser así, se restringen las opciones de muchos individuos dentro de una sociedad (a menudo, sectores completos). Conviene recalcar que equidad debe entenderse como igual acceso a oportunidades, pero no iguales resultados, pues lo que cada uno haga con sus oportunidades entra en la esfera de la iniciativa individual.

A veces, la equidad requiere una reestructuración importante del poder en las sociedades, ya que se traduce, entre otras medidas, en: distribución de bienes productivos (incluida la tierra), implantación de políticas fiscales redistributivas, mayor disponibilidad del crédito bancario, extensión de oportunidades de participación y eliminación de barreras para mujeres y minorías.

La necesidad de la voluntad política y decisiones concretas hacia la reducción de las inequidades ha sido puntualizada al señalarse que '...la magia del mercado no basta para organizar las actividades productivas a través del estímulo de la iniciativa y la creatividad privadas, que en sí no resuelven el problema de la equidad. Esto tiene que ser objeto explícito de la voluntad política y de decisiones específicas y definidas'.

### *Sustentabilidad:*

Implica que las estrategias de desarrollo deben satisfacer las demandas y necesidades de las generaciones presentes, sin comprometer las capacidades de las futuras generaciones de satisfacer sus propios requerimientos. Es importante enfatizar que la sustentabilidad debe ser inherente a cualquier estrategia de desarrollo: un desarrollo no sustentable, simplemente, no es desarrollo; habría que buscarle otro término, como desarrollo aparente.

La sustentabilidad de las oportunidades humanas depende de mantener todas las formas de capital: físico, humano, financiero, social y medioambiental. A veces, el carácter sustentable del desarrollo se interpreta solamente como la necesidad de proteger y regenerar el medio ambiente y los recursos naturales, lo cual constituye uno de los ejes (aunque fundamental) de la sustentabilidad del desarrollo.

El término 'desarrollo sustentable' se popularizó a partir de la Conferencia de

Naciones Unidas sobre Medio Ambiente y Desarrollo, en Río de Janeiro, 1992. Allí se definió como 'desarrollo que satisface las necesidades del presente sin condicionar la potencialidad de generaciones futuras de satisfacer las suyas'. Sin embargo, la interpretación de sustentabilidad como característica exclusivamente ligada al contexto ambiental puede tener el efecto de confundir a estudiosos del desarrollo, e incluso, al gran público.

En definitiva, no importa la denominación que pueda adquirir este nuevo paradigma de desarrollo. Lo fundamental será entender que la esencia de la sustentabilidad implica que todas las personas tengan igual acceso a las oportunidades, tanto ahora como en el futuro. Un enfoque universalista no puede ignorar la privación actual de la gente en aras de prevenir la privación futura. Sostener la privación no puede ser la meta, ni se puede denegar a los menos privilegiados, hoy, la atención que depositemos en las generaciones futuras.

*Productividad:*

Un nivel de desarrollo aceptable proporciona una base sólida para una mayor productividad general, entendida como creación de riqueza, a la vez que eficiencia en los procesos de producción. Una población bien alimentada, sana, capacitada y motivada es el factor productivo más importante. El aumento en productividad requiere de inversiones, en este caso, dirigidas a las personas y al mejoramiento de un marco macroeconómico propicio, con el fin de ayudarlas a alcanzar su máximo potencial. Sin embargo, estas inversiones frecuentemente no gozan del respaldo generalizado de todos los estamentos de la sociedad y de sus representantes en los gobiernos, expresado en una carencia de enfoques de desarrollo a mediano y largo plazos. El propósito del crecimiento económico debe ser el de enriquecer la vida de las personas: 'el fin es el Desarrollo Humano; el crecimiento económico es un medio.' El ingreso promedio *per capita* sirve para reflejar el grado de 'dominio de los recursos', siendo el medio el que permite tener una vida confortable.

*Potenciación:*

El desarrollo humano conlleva la formación de capacidades humanas a través de mayores conocimientos y mejores estados de salud; pero no se detiene ahí: proclama que estas capacidades deben ponerse en uso. Esto es, desarrollo de la gente, para la gente, y (una de las características que diferencian al desarrollo humano) por la gente.

No es un paradigma de desarrollo paternalista, ni fundamentado en ideas de asistencialismo público. Asume que la gente debe participar en las actividades, procesos y eventos que afectan su vida. Como concepto, potenciación significa que las personas estén en una situación que les permita escoger y ejercitar opciones vitales en base a su propia conciencia. A diferencia de otros esquemas de desarrollo, estas opciones cubren los espectros políticos, sociales y culturales, y no solamente los económicos; por tanto, no se reduce a proveer los servicios sociales básicos, algo que el Estado necesita hacer en la mayoría de los casos.

Un ejemplo de la importancia del concepto de potenciación como pilar del

desarrollo humano, se presentó en el *Informe de Desarrollo Humano 1995*. Este informe hizo hincapié en la potenciación de la mujer como factor básico en la reducción de la inequidad entre géneros, mostrando estadísticamente que formar capacidades en la mujer no es suficiente. Ilustró asimismo, disparidades notorias en muchos países entre los niveles de desarrollo general y en relación con los de sus mujeres.

#### *Cooperación:*

El desarrollo humano se preocupa no sólo por la gente como individuos, sino además por la forma en que estos interactúan y cooperan en las comunidades. Los seres humanos sobreviven en una compleja trama de estructuras sociales, que va de la familia al Estado, de los grupos locales de autoayuda a las empresas multinacionales. Son seres sociales los que valoran la participación en la vida de su comunidad; este sentido de pertenencia es una fuente importante de bienestar; proporciona placer y sentido, logra una percepción de tener propósito y significado.

El desarrollo humano entraña necesariamente una preocupación por la cultura (la forma en que las personas deciden vivir juntas); porque es la sensación de cohesión social, basada en la cultura, en valores y creencias compartidas, la que plasma el desarrollo humano individual. Si la gente vive junta, si coopera para enriquecerse recíprocamente, amplía sus opciones individuales.

#### *Seguridad:*

Millones de habitantes de países en desarrollo viven al borde del desastre. Incluso en los países industrializados, la gente está expuesta constantemente a riesgos, debido a la delincuencia, a la violencia o al desempleo. La falta de empleo es una fuente importante de inseguridad, que socava el derecho de la gente al ingreso y otras prestaciones.

Durante demasiado tiempo, la idea de seguridad se ha referido a la seguridad militar o a la seguridad de los estados. Una de las seguridades básicas es la de poder ganarse el sustento; pero la gente quiere además estar libre de amenazas crónicas, como la enfermedad o la represión, así como de perturbaciones súbitas y nocivas en su vida cotidiana. En el enfoque de desarrollo humano se insiste en que todos deben disfrutar de un nivel básico de seguridad.

Es evidente que en torno al desarrollo humano hay un amplio campo de discusión, tanto conceptual como en lo que respecta a la medición por países y a nivel mundial; especialmente, si consideramos el desarrollo humano con equidad como proceso inmanente al ser humano, quien transita de un nivel inferior a uno superior, en concordancia con cada momento histórico. Este ascenso caracteriza a la sociedad humana e implica el crecimiento armónico de la riqueza espiritual y moral, así como el perfeccionamiento físico que propiciarían un desarrollo humano omnilateral, fundamentado en sólidos principios de justicia social y solidaridad. Así concebidos, desarrollo humano y equidad están indisolublemente unidos al ascenso en la cultura, la educación, la salud, el bienestar físico y psicológico, todo lo cual posibilitará al hombre una vida socialmente productiva y saludable y por lo tanto, capaz de alcanzar nuevos

parámetros económicos y sociales para sí, para su medio familiar, la nación y la comunidad internacional. Esta visión omnilateral del desarrollo es, según Manakorda, la llegada histórica del hombre a la plenitud de sus capacidades, entre ellas la de consumo o goce, sobre todo, de los bienes espirituales.

Para terminar, considero necesario presentar a ustedes la justa preocupación de Yanez, un estudioso del tema del desarrollo humano: “El valor del Índice de Desarrollo Humano que cada año nos ha entregado el PNUD no radica en las mediciones en sentido estricto que nos ha aportado. Lo importante, lo verdaderamente relevante del IDH en estos años, es el criterio que se ha utilizado en su elaboración, combinando variables sociales y económicas y abriendo el abanico de indicadores que deben utilizarse en la medición del desarrollo. Sólo el PNUD ha tenido éxito hasta ahora en este sentido, ya que ha conseguido desterrar la idea de que solamente con variables económicas se medía el desarrollo, descolonizado la mente de los expertos, de los políticos y los actores sociales, de criterios simples para caracterizar y medir el desarrollo. El riesgo, eso sí, sigue estando presente, y consiste en hacer del IDH un nuevo dogma de fe que certifica las virtudes de las políticas económicas-sociales que aplican los gobiernos. Es lo que se debe evitar, aceptando el valor relativo de sus datos y la conveniencia de su periódica revisión acentuando la validez de sus criterios generales”<sup>15</sup>.

### **Síntesis de las propuestas de acción para alcanzar un nivel superior de desarrollo humano en el mundo**

**1990.** Mantener reducida la cantidad de metas globales con el propósito de generar el apoyo político y la acción necesarios para llevarlas a la práctica. La agenda internacional está de por sí bastante congestionada y el exceso de metas distrae la atención que merecen las políticas a seguir.

- Determinar, en detalle, las implicaciones en recursos humanos y financieros, país por país, antes de fijar cualquier meta global, con el fin de garantizar el realismo de las metas.
- Establecer metas diferentes para grupos distintos, de acuerdo con su estado actual de desarrollo humano y sus anteriores tasas de progreso.

**1991.** La educación primaria es un derecho humano básico y debería impartirse gratuitamente.

- El acceso a la atención médica básica debería ser universal y gratuito.
- Debería introducirse subsidios discriminados para los servicios de agua potable y servicios sanitarios. Es decir, que los vecindarios más pobres pagarían menos por

15. Yanez, C. 1999, <http://www.iigov.org/PNUD/biblioteca/texto/biblio11.htm>.

los servicios, y los ricos pagarían más.

- Si se establece tarifas para todos los servicios, el ingreso derivado debería utilizarse en los servicios prioritarios, especialmente en la comunidad, para que los habitantes puedan ver que los servicios por los cuales pagan, están mejorando.

**1992.** Finalizada la Guerra Fría, hubo un descenso en los gastos militares. Con la expansión de la libertad económica y política, y una conciencia cada vez mayor de la opinión pública en lo referente a los temas ambientales, el mundo tiene ahora una oportunidad única de romper en gran parte con el pasado. Ha llegado el momento de concertar el nuevo pacto internacional sobre el desarrollo humano: un acuerdo que coloque a las personas en primer lugar en las políticas nacionales y en la cooperación internacional para el desarrollo. Este pacto también tendría que prepararse mediante un proceso de consultas mundiales. Deberá convocarse una cumbre mundial sobre desarrollo humano con miras a comprometer el apoyo de los líderes políticos del mundo en la consecución de los objetivos del pacto, incluyendo su compromiso en lo que respecta a los recursos que necesitarán.

**1993.** La evolución de las circunstancias en el decenio de 1990 exige un enfoque totalmente nuevo de la Ayuda Oficial al Desarrollo (AOD):

- Dirigir la ayuda hacia áreas de prioridad humana como la salud y la educación básica, la seguridad ambiental y la reducción del crecimiento demográfico.
- Basar las asignaciones de la AOD en los niveles de pobreza.
- Vincular la AOD a intereses mutuos.
- Adoptar un nuevo diálogo sobre política de cooperación centrada en el público.
- Utilizar la asistencia técnica para fortalecer la capacidad nacional.
- Colocar la AOD en un marco más amplio de reparto de las oportunidades mundiales del mercado.
- Crear una nueva motivación para la ayuda.

**1994.** Las metas para los próximos años deberían ser:

- Acceso universal a la enseñanza básica.
- Acceso universal a la atención de salud, al agua apta para el consumo y al saneamiento.
- Inmunización universal de los niños.
- Reducción de la mortalidad materna a la mitad.
- Acceso a servicios de planificación de la familia de todas las parejas que lo deseen.
- Reducción de la tasa de analfabetismo de adultos a la mitad de la proporción actual.
- Eliminación de la desnutrición severa y reducción de la desnutrición moderada.
- Avance de la población mundial hacia la estabilización en 7300 millones hacia el año 2015.

- Establecimiento de sistemas de crédito a los pobres para posibilitar que trabajen por su cuenta y tengan medios de vida sustentables.

**1995.**

- El desarrollo debe colocar al ser humano en el centro de sus preocupaciones.
- El propósito del desarrollo es ampliar todas las opciones humanas y no sólo el ingreso, de modo que el concepto de Desarrollo Humano se centre en la sociedad y no meramente en la economía.
- El Desarrollo Humano debe tanto ampliar la capacidad humana (mediante inversiones en las personas), como asegurar el aprovechamiento cabal de esa capacidad (mediante un marco propicio).
- El Desarrollo Humano se basa en cuatro aspectos esenciales: productividad, equidad, sustentabilidad y potenciación.

**1996.**

- En primer lugar, es preciso adoptar medidas internacionales que apoyen las políticas y las medidas nacionales favorables al pleno empleo.
- En segundo lugar, es preciso adoptar iniciativas internacionales para elevar el nivel de conocimientos especializados y de educación en los países de bajo Desarrollo Humano.
- En tercer lugar, es menester establecer mecanismos internacionales para prevenir la marginación de los países menos adelantados.

**1997.**

- Potenciar los individuos, los lugares y las comunidades para que adquieran mayor control de su vida y de sus recursos.
- Reforzar la igualdad de género a fin de potenciar a la mujer y liberar su energía y creatividad.
- Acelerar el crecimiento en beneficio de los pobres en los 100 países en desarrollo, cuyas economías crecen lentamente, o están estancadas o en declinación.
- Mejorar la gestión de la globalización a escala nacional e internacional para abrir oportunidades a todos, y no para cerrarlas.
- Asegurar la actividad del Estado empeñado en erradicar la pobreza y en brindar una atmósfera propicia para la participación política amplia y para las asociaciones en pro del crecimiento de los pobres.
- Adoptar medidas especiales en situaciones particulares, para apoyar el progreso de los países más pobres y débiles, y para impedir los reveses.

**1998.** El reto para la comunidad mundial del siglo XXI consiste en adoptar nuevas orientaciones en cuanto al crecimiento y las pautas de consumo. A fin de echar atrás

las tendencias negativas actuales, necesitamos concentrarnos en cinco objetivos.

- Aumentar el nivel de consumo de los pobres para satisfacer sus necesidades básicas y eliminar las insuficiencias críticas para el Desarrollo Humano.
- Introducir pautas y niveles de consumo sustentables que reduzcan el daño ambiental.
- Lograr una distribución más equitativa de la carga internacional para cubrir los costos de la reducción y reversión del daño ambiental mundial como el recalentamiento de la atmósfera, las lluvias ácidas y la pérdida de la diversidad biológica.
- Desalentar pautas de consumo que tienen efectos negativos sobre la sociedad y refuerzan las desigualdades y la pobreza.
- Proteger y propiciar el derecho del consumidor a la información, seguridad de los productos y acceso a los que necesita.

#### **1999.**

- Poner las preocupaciones humanas y los derechos humanos en el centro de la política.
- Proteger la seguridad humana y reducir la vulnerabilidad a escala mundial.
- Proteger la diversidad cultural.
- Reducir los extremos de la desigualdad entre los países y dentro de ellos.
- Preservar el medio ambiente.
- Aumentar la seguridad en la negociación y las instituciones de la estructura de gobierno internacional.
- Establecer la arquitectura mundial para el siglo XXI.
- En suma, se impulsa la preocupación por la gente, no por el capital.

#### **2000.**

- Las políticas deben incorporar los principios fundamentales de los derechos, a saber, no discriminación y participación verdadera.
- Se adopten medidas que garanticen progresos adecuados y la provisión efectiva de recursos.
- Se garanticen los derechos mediante la promoción de normas sociales, institucionales, leyes y un entorno económico propicio.
- Educar a las personas acerca de los derechos humanos como principio integral y alcanzable.

#### **2001.**

- Iniciativas mundiales para crear tecnologías a favor del Desarrollo Humano.
- Crear asociaciones innovadoras y nuevas iniciativas para la investigación y el desarrollo.

- Aumento de la inversión en tecnologías para el desarrollo.
- Prestar apoyo institucional regional y mundial.

#### **2002.**

- Tener acceso a los recursos necesarios para un nivel de vida decoroso.
  - Desempeño económico.
  - Igualdad de ingreso.
  - Prioridades del gasto público en las áreas sociales.
  - Potenciación de género.
  - Modificar las políticas de cooperación internacional.
  - Proteger la seguridad personal.

#### **2003.**

- Política, no caridad, para redefinir el apoyo del norte al sur.
  - Mayor volumen y eficacia (0.7% del PIB)
  - Redefinir la deuda externa y las responsabilidades futuras.
  - Compartir los frutos del conocimiento científico mundial.
  - Respeto de los compromisos de la declaración del Milenio: Políticas No Caridad.

#### **2004.**

- Multiculturalismo
  - Incorporación de los pueblos indígenas a la configuración del desarrollo.
  - Ampliar los bienes culturales a través del respeto, creatividad y la diversidad.
  - Reconocer las múltiples identidades para los ciudadanos del mundo.

#### **2005.**

- Una nueva fundamentación de la cooperación.
  - La cooperación como imperativo ético
  - Reanalizar el historial, los problemas y los desafíos de la cooperación internacional.
  - Repensar en la gestión de la cooperación internacional: bilateral, multilateral, nuevas iniciativas.

#### **2006.**

- Mayor significado en la concertación de cooperación internacional para el agua y

el medio ambiente.

- Reconocer que el acceso a agua segura es una necesidad fundamental y un derecho básico.
- Avizorar que agua y saneamiento son desafíos desalentadores pero que se pueden superar.

(Síntesis tomada de los informes de Desarrollo Humano preparados para el PNUD desde 1990 al 2006.)

### Temas de los informes sobre Desarrollo Humano

- **2006.** Más allá de escasez. Poder, pobreza y crisis mundial del agua.
- **2005.** La cooperación internacional ante una encrucijada. Ayuda al desarrollo, comercio y seguridad en un mundo desigual.
- **2004.** La libertad cultural en el mundo diverso de hoy.
- **2003.** Los Objetivos del Milenio: un pacto entre las naciones para eliminar la pobreza.
- **2002.** Profundizar la democracia en un mundo fragmentado.
- **2001.** Poner el adelanto tecnológico al servicio del desarrollo humano.
- **2000.** Derechos humanos y desarrollo humano.
- **1999.** La mundialización con rostro humano.
- **1998.** Consumo para el desarrollo humano.
- **1997.** Desarrollo humano para erradicar la pobreza.
- **1996.** Crecimiento económico y desarrollo humano.
- **1995.** Género y desarrollo humano.
- **1994.** Nuevas dimensiones de la seguridad humana.
- **1993.** Participación popular.
- **1992.** Dimensiones globales del desarrollo humano.
- **1991.** Financiación del desarrollo humano.
- **1990.** Concepto y medición del desarrollo humano.

# Propuestas - mesa 1

Participantes:

El Salvador: María Argelia Dubón, Yansi Guadalupe Reyes  
Nicaragua: Fidelia Bustamante  
Guatemala: Walter Flores, Norma Salanic  
Bélgica: Pol de Vos  
Colombia: Carlos Rodríguez y Mauricio Torres

## Lecciones aprendidas

### En recursos humanos

- No es el personal médico el más idóneo para liderar el proceso de APS
- El cambio no va a salir de las Universidades en tanto no ha formado el recurso humano para la APS ni ha puesto el curriculum a tono con las necesidades de las comunidades, ha mantenido su eje de la formación en los servicios clínicos. La Universidad es un campo de conflicto que puede tener oportunidades para relacionar lo académico con lo comunitario.
- Se reconoce y valora la formación autónoma de los promotores de salud de las comunidades

- Se destaca que el eje principal sea alrededor de la participación comunitaria

### **En cuanto al papel del estado**

- Delegación de la responsabilidad trasferida a las comunidades por el Estado, sin recursos
- Replicamos las experiencias autónomas sin exigirle al Estado su responsabilidad
- El Estado no es homogéneo, hay diferencias entre lo local y lo nacional. El asunto en la relación con el Estado es con qué perspectivas se trabaja, si contribuye a resolver las necesidades de la gente o va en contra

### **Otros**

- Se ha invisibilizado la importancia del componente de lo político de la APS.
- La APS quedó contenida en el sector salud y esto la aisló.

### **Propuestas**

- Análisis de coyuntura y estructura, no se trata de un manual o una receta para APS, no perder el enfoque al que se quiere llegar: EMPODERAMIENTO de la gente hacia las causas de lo que lo somete, control mayor sobre los factores que inciden sobre su vida, democracia.
- Se debe reformar los curriculums que se ajusten a las necesidades de las comunidades, pero lo más real es intentarlo directamente con las comunidades y tratar desde sus avances presionar el cambio curricular en las universidades.
- No hay una sola APS, pero la que queremos impulsar es aquella que aporta a la justicia social, a la resolución de los problemas de salud de la gente, al empoderamiento entendido como la capacidad de la gente para incidir, para tomar control sobre los niveles de decisión de las cosas que los afectan. Esto lleva a que la prestación de los servicios no sea lo central, no sea el fin, si no un medio; pero a su vez, demanda tener en cuenta las necesidades sentidas de la gente que en muchas ocasiones son de carácter asistenciales.
- Las propuestas para enfrentar las problemáticas deben tener un enfoque organizativo, que tenga la fuerza política para profundizarlo y mantenerlo.
- Para hacer avanzar la APS se hace necesario partir de una lectura de necesidades más allá de lo sanitario, lo que posibilita convocar al conjunto de sectores.
- Se requiere renovar las propuestas, no podemos seguir parados sobre el deber ser, debemos exigirnos por tener una nueva lógica, buscar nuevos caminos, nuevas formas para hacer, debemos acudir a nuestra mejor inventiva e imaginación.
- Hay retos de la APS que no han sido abordados y que hacen parte de la realidad contundente de la región, como por ejemplo los relacionados con la violencia y la salud mental. También tiene el reto de recoger los desarrollos teóricos de la región que redimensionan el proceso salud - enfermedad

## Propuestas - mesa 2

### Participantes:

El Salvador: Norma Baq  
Colombia: Luz Carmona  
España: Juan Luis Jimenez  
Nicaragua: Enrique Picado  
Guatemala: María Eugenia Escalante  
Bolivia: Roberto Tardío  
Argentina: Mario Rovere

### Lecciones aprendidas

#### **Reconocimiento del contexto como un elemento clave**

El papel de la globalización que rearma el rol del estado entre lo global y lo local, nuevas formas de ciudadanía global que incluya a los migrantes. 3,5% de la población mundial no vive en el país en el que nació lo que implica repensar el territorio, la subjetividad, la soberanía que no es hoy aislamiento sino interacciones. Lo que se expresa en el caso del recurso humano en salud y los problemas que se generan por las migraciones a los países desarrollados.

- La APS hoy implica reconocer el papel de los movimientos sociales en los procesos de desarrollo local.
- Hay que tener en cuenta las dimensiones técnicas, la organización social y comunitaria y la disposición institucional político-administrativa para su operacionalización.
- La APS se convierte hoy en un referente para transformar los sistemas sanitarios lo que implica reconocer las poblaciones en los territorios.

En su momento Alma Ata visibilizó experiencias que preexistían. Esto reforzó lo existente y promovió nuevas experiencias con un potencial que generó una sensación de amenaza por lo que el Banco Mundial intentó desmovilizar a partir de su propuesta de reformas regresivas de los 90s.

- APS a la luz del derecho a la salud, va más allá de la prestación de servicios, se resignifica con herramientas jurídicas internacionales como el Protocolo de San Salvador que posibilita la exigibilidad inmediata de los derechos sociales.
- Se explicita con mayor fuerza el vínculo derecho-equidad en tanto se debería generar el rol del estado como garante frente a 1) la protección de riesgos evitables (dimensión ecológica y social), 2) la equidad en la atención (dimensión sectorial) y 3) la equidad en la distribución del saber y el poder que posibilita la democratización (dimensión política).
- La interculturalidad es un nuevo desafío para la Atención Primaria.

- Potenciar la APS como un imaginario de lucha y transformación social
- Constituir un bloque latinoamericana emancipatoria con una agenda estratégica,
- Proponer una iniciativa con los movimientos sociales, aprovechar el cumpleaños 30 de Alma Ata para visibilizar y convocando a los firmantes.
- Incorporar la concepción de APS con distintas cosmovisiones
- Intercambios entre países para recuperar la genealogía de la salud pública que nació como una propuesta política que interactuaba con el urbanismo.
- El derecho de los pueblos nos tiene que invitar a pensar en la centralidad

- Constituir un acuerdo de alto talante, un bloque latinoamericano en pro de una APS emancipatoria, con una agenda estratégica, por ejemplo, medicamentos.
- Posicionar la APS como una utopía posible
- Incidir en la formulación de programas de formación en salud para que se incorpore la APS entendiendo la educación en el marco cultural, no como reproductor del estatus quo, sino como productora de culturas.
- Hacer análisis por escenarios teniendo en cuenta la correlación de fuerzas y la geopolítica
- Aprovechar la potencia de la APS en tanto le posibilita debilitar la mirada medicalizada y potencia la construcción social de la salud.

## Propuestas - mesa 3

Participantes:

Colombia: Guillermo Garzón  
Nicaragua: María Hamlin  
Ecuador: Rocío Rojas  
México: Catalina Eibenschutz  
Guatemala: Giovanni Guevara  
El Salvador: Margarita Posada  
Nicaragua: Gladys Ricarte

### Lecciones aprendidas

- La organización comunitaria es un común denominador de la comunidad, están pero son invisibilizadas.
- La APS no es para organizar está para fortalecer las organizaciones existentes que son propias de su contexto.
- Considerar que la problemática social es una lucha de clases sociales por lo que es necesario apoyar en el componente económico y político.
- Todos los actores involucrados en la APS, no hemos sido coherentes en el ejercicio de la responsabilidad, en priorizar las acciones de promoción y de responder no a las necesidades del sector salud, sino a los derechos de la población.
- Se debe integrar a la sociedad civil activamente en la reformulación de la APS.
- En la APS todos no pueden hacer de todo, redefinir competencias de los actores sociales y la participación de la sociedad civil.

- En la APS no se puede hablar de integralidad, intersectorialidad porque no se han integrado al equipo técnico y operativo a otros profesionales sociólogos, psicólogos, etc.
- No se ha logrado que la APS, de respuesta a la salud de los pueblos.
- La participación comunitaria es dinámica y diferente en contextos diferentes.

## Propuestas

- Reorientación de la APS
  - a. Dar contenido de ciudadanía y garantía de derechos.
  - b. Formación del recurso humano interdisciplinario que pueda responder en forma integral, participativa, porque el momento histórico en los pueblos es diferente.
- Facilitar procesos en donde la comunidad por si mismo se empodere y se fortalezca la organización comunitaria en donde la salud es una situación de derecho y que se aplique el marco legal, caso contrario se denuncie.
- Reivindicación del contenido real de la APS en lo referente a participación comunitaria y resolución de conflictos en el marco del ejercicio democrático.
- Intersectorialidad: no fragmentación, mayor coordinación e integración de planes de gobierno y agencias de cooperación, que den respuesta inmediata a los derechos prioritarios como es el agua.
- Tener un verdadero concepto de salud de todos.
- Combinación de formas de lucha que hagan avanzar y que se entreguen propuestas desde la comunidad y sean tomadas en cuenta.
- APS no es servicios de salud sino derecho a la salud, por lo que debe incluir la participación de otros actores sociales y de la salud: psicólogos, sociólogos, ambientalistas, etc.
- Unidad entre la ciencia y la comunidad (conocimiento habilidad y participación comunitaria).
- Análisis y revisión de terminología: políticas públicas y políticas de salud, usuarios y clientes.
- Redefinir que la APS no lleva la rectoría, únicamente el sector de la salud por lo tanto, se deben integrar los equipos interdisciplinarios tanto en su formación, funcionamiento y representación.
- La medición de indicadores no debe ser de enfermedad sino de salud.

# Propuestas - mesa 4

Participantes:

Holanda: Francoise Barten  
México: Gladys Faba  
Nicaragua: Freddy Meynard  
El Salvador: Eduardo Espinoza y Estudiante

## Lecciones aprendidas

### Ponencias y experiencias expuestas

- La APS es una experiencia rica, válida
- La APS no ha logrado garantizar una atención a la salud que cubra las demandas de la población latinoamericana debido a que no ha articulado las voluntades técnicas, políticas y sociales de los diversos agentes involucrados en el proceso de atención comunitaria.
- Con la globalización de la economía se observa cada vez más competencia entre las organizaciones que atienden la salud, no se ejercen valores de integración y solidaridad
- Los casos exitosos expuestos en este seminario muestra que experiencias exitosas no han dependido necesariamente de la voluntad del gobierno; la participación de la sociedad civil
- Los casos exitosos no muestra necesariamente un alcance significativo; debemos plantear metas más ambiciosas que pasen por la educación de la sociedad civil
- Debemos revitalizar el concepto de APS incorporando el conocimiento y utiliza-

ción de los determinantes sociales e incluyendo como un elemento importante la educación a la sociedad civil.

- Las formulación de estrategias para revitalizar la APS considera los siguientes elementos:
  - i. Contextualización de la atención a la salud de la población considerando su complejidad , diversificación y el perfil epidemiológico.
  - ii. Coordinación intersectorial entre sectores estratégicos
  - iii. Fortalecimiento de la sociedad civil considerando sus organizaciones sociales
  - iv. Formación de profesionales de la salud en el concepto de la salud pública cuyo modelo operativo de atención a la comunidad sea el de una APS que incorpore los aspectos individuales y los determinantes sociales de la salud
- Es imprescindible que redes de la Sociedad Civil como la de ALCUEH promuevan el desarrollo de estudios que recuperen evidencias científicas sobre los beneficios que otorga la atención primaria de salud

### Propuestas

- Empezar estrategias de revitalización de la APS que planteen un concepto y estrategias novedosas y adecuadas con el actual contexto económico , social y político.
- Fortalecimiento de organizaciones sociales con base comunitaria que se incorporen a un proceso activo de prevención y auto cuidado de la salud con el apoyo y orientación de los servicios de salud.
- Una comunidad informada es imprescindible, y para ello el personal de salud debe informar con un lenguaje que la comunidad apropie y que le permita tomar conciencia de su estado de salud y de la importancia de reclamar el derecho de atención.
- Es necesario fomentar un proceso de sistematización de experiencias exitosas en los países en la región en las que se comparaba la utilización exitosa de programas que incorporan los determinantes sociales en el modelo de atención.
- La sostenibilidad de las experiencias comunitaria se da con el empoderamiento de la comunidad y experiencias que expresen estos elementos son importantes.
- En la formulación de modelos novedosos de APS es importante diferenciar que implica una APS en centros urbanos más complejos en relación con las APS que operan en regiones rurales donde las condiciones de pobreza generan un creciente proceso migratorio más allá de las fronteras nacionales. En ambos casos es importante considerar los problemas vinculados a los estilos de vida de la población que se relacionan con el tabaquismo, drogadicción violencia urbana, etc.
- El desarrollo de las organizaciones comunitarias es fundamental; la necesidad de reivindicar la salud desde la propia comunidad, el concepto de prevención, del auto cuidado y de la corresponsabilidad de una población bien informada y educada en los valores y principios básicos de una APS que considera el concepto de salud no solo biológicamente, sino que incorpora las condiciones sociales y económicas en las que vive la población.

RESULTADOS

# Llevando las prácticas de APS mas allá de los límites de lo posible

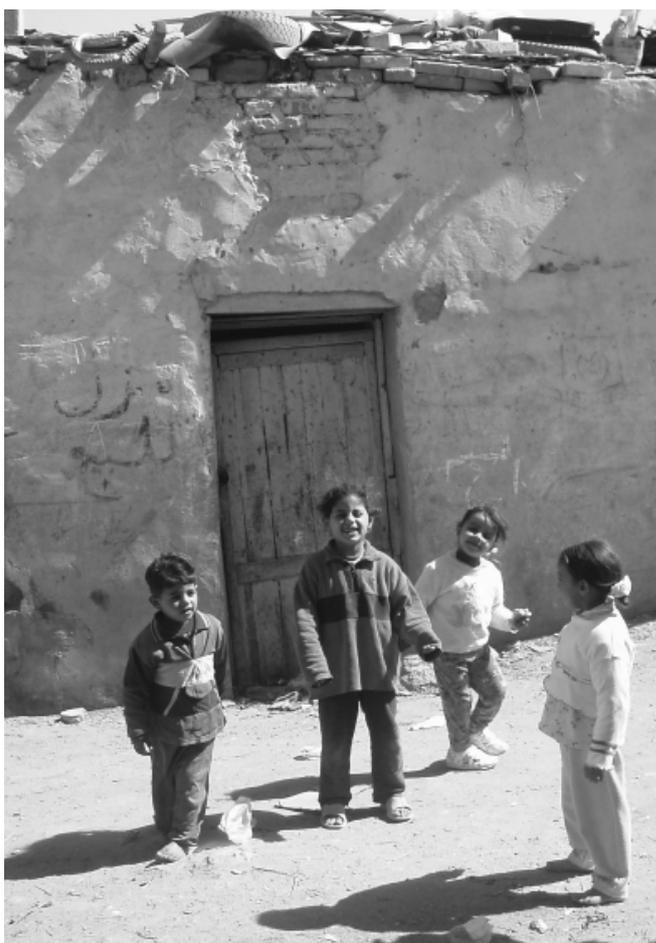


Foto: Hani Serag - "Ezbet El-Hagana" - El Cairo, Egipto. Movimiento por la Salud de los Pueblos.

Eduardo Espinoza,  
Françoise Barten y Mario Rovere  
San Salvador, El Salvador, Septiembre 2007



SALUD PARA TODOS: UNA META POSIBLE



## Las lecciones aprendidas y las nuevas dimensiones del proceso salud-enfermedad

Durante los debates que dieron continuidad a las diferentes ponencias y exposiciones de las experiencias de APS, hubo un reconocimiento general a la importancia del contexto como elemento clave en el éxito o en el fracaso de las experiencias consideradas o en los intentos por operacionalizarlas. Desde la reacción inicial del Banco Mundial que visibilizó una amenaza en Alma Ata e intentó desmovilizarla con su propuesta regresiva, hasta la situación actual caracterizada por un nuevo repunte de las experiencias de APS, este reconocimiento ha ido cobrando cada vez más importancia.

De esta manera, los asistentes llamaron la atención a factores contextuales que se habían fortalecido desde Alma Ata, descollando entre ellos el fenómeno de la globalización que asigna de hecho un nuevo papel al estado entre lo global y lo local, haciendo por otra parte más evidentes las consecuencias de la no-homogeneidad del estado y las diferencias entre lo local y lo nacional, así como sus implicaciones para la salud de la población. En la mayoría de los países que no pertenecen al primer mundo el estado se adelgaza importantemente, cediendo por una parte decisiones y formulaciones a lo global y trasladando responsabilidades a lo local sin correlato en los recursos, estimulando a las comunidades en el mejor de los casos, a replicar experiencias exitosas pero sin comprometerse en su sostenibilidad.

## El estado y la deuda con la equidad y la salud de la población

El concepto y práctica de APS integral han permitido abrir paso a la comprensión de que el derecho a la salud es mucho más que el acceso a los servicios de salud, lo que viene a renovar la necesidad de coordinar con sectores estratégicos más allá del sector salud demandando la participación activa de otros actores sociales, como los ambientalistas, sociólogos, humanistas, psicólogos, economistas y muchos otros profesionales e instancias.

Este retomar del planteamiento intersectorial original, también es un intento de romper con el aislamiento en que cayó la APS al confinarse al sector salud. Fue este virtual secuestro de la APS en los servicios especialmente en el primer nivel de atención, en algunos contextos como el centroamericano y el de otros países de latinoamérica, lo que limitó la demanda de la sociedad por el ejercicio del derecho a la salud; pero hoy cuenta con herramientas jurídicas internacionales más robustas y amplias como el Protocolo de San Salvador en el marco de los derechos sociales, que posibilitan su exigibilidad inmediata.

Estas particulares circunstancias del desarrollo de la APS en Latinoamérica no deben, sin embargo, confundirse en otros países del tercer mundo con la demanda por un primer nivel de atención inexistente, donde la carga de enfermedad es tan desproporcionada y oprobiosa, que el primer nivel es una precondition necesaria para el desarrollo de una APS integral, que amplíe las posibilidades para un abordaje de las determinantes sociales de la salud de la población.

La globalización también potencia los procesos migratorios que obligan a repensar igualmente elementos como el territorio, la subjetividad y la soberanía que no

son hoy aislamiento sino interacciones, visualizándose nuevas formas de ciudadanía global más allá de los estados, que den una valoración más justa de las dimensiones y consecuencias de este fenómeno migratorio para la salud y la enfermedad que se hacen más complejas y diversas, subsumiendo e invisibilizando entre otros fenómenos el dramático flujo de cerebros incluyendo personal altamente calificado en salud, como una forma perversa y creciente de traslado de recursos desde el sur subdesarrollado hacia el norte desarrollado.

Una competencia irracional y malentendida entre instituciones e individuos es otro fenómeno derivado de la globalización de la economía que exagera lo individual por sobre lo colectivo y rompe con valores como la integración, la equidad y la solidaridad, en abierta confrontación con los valores promovidos desde Alma Ata.

## **El eje fundamental: La Participación social y comunitaria**

Los casos exitosos considerados en este taller han mostrado que más que la voluntad gubernamental, el éxito y la sostenibilidad han estado en función de la participación significativa<sup>1</sup> de la sociedad civil, en la medida que ésta ha conducido al empoderamiento de la comunidad. La participación comunitaria es dinámica y diferente en contextos diferentes, por lo que debe tenerse en cuenta para desarrollarla no solo sus dimensiones técnicas, sino también la organización social y comunitaria existente y la disposición institucional político-administrativa para su operacionalización. Participación Social y Organización Comunitaria caminan juntas, la primera no puede existir sin la segunda.

Los participantes en este taller han destacado que la APS sigue reconociendo como al inicio, el importante papel que desempeñan los movimientos sociales en el desarrollo y en el hecho de que la APS más que generar nuevas organizaciones, debe consolidar y ampliar las organizaciones existentes, en función de un fortalecimiento más amplio de la sociedad civil en su conjunto.

## **El Papel de las universidades y los profesionales sanitarios**

En este confinamiento de la APS al sector salud, buena parte de la responsabilidad ha radicado en los profesionales de la salud que no hemos logrado ser coherentes en el ejercicio de la responsabilidad de priorizar las acciones de promoción de la salud, privilegiando las necesidades del sector salud por sobre el derecho a la salud de la población.

Las universidades mismas han operado un doble papel de víctimas y victimarios al convertirse en un escenario del conflicto entre lo académico - medicalizado y lo comunitario, sin poder aprovechar las oportunidades de fortalecimiento de la APS-Integral que este conflicto abrió, postergando la formación de recursos humanos acorde con el planteamiento de APS integral, en sintonía con las necesidades de las comunidades. Como consecuencia hemos seguido manteniendo como eje de formación a los servicios clínicos.

Si bien se reconoce y valora la formación autónoma de los promotores de salud de

1. Participación significativa: Toma de decisiones, evaluación.

las comunidades y su excepcional aporte a la presencia y sostenibilidad de experiencias exitosas de APS-integral, esto no debería argumentarse para relativizar el papel de las universidades e instancias formadoras en el cambio. Éstas pueden y deben jugar un papel relevante para incorporar al proceso formativo además de los aspectos individuales, el conocimiento y utilización de los determinantes sociales de la salud, ampliando las posibilidades de incluirlas como un elemento importante de la educación a la sociedad civil y en el diseño de un nuevo modelo operativo de atención a la comunidad basado en la APS.

## Los retos no enfrentados y los componentes relegados

La presión desde los ámbitos del poder y los intentos por desvirtuar y desmovilizar los activistas de la salud que se armaron con la experiencia rica y válida de la APS integral, invisibilizaron la importancia del componente político de la atención primaria en salud. No obstante, el agravamiento actual de la crisis sanitaria convierte a la APS en un referente importante para la transformación de los sistemas sanitarios que implica entre otros elementos, el reconocimiento de las nuevas poblaciones y los flujos migratorios en los territorios.

La necesidad de dar respuesta a la salud de los pueblos pasa por la articulación de las voluntades técnicas, políticas y sociales de los diversos agentes involucrados en el proceso de atención comunitaria que retome las experiencias exitosas que hemos conocido a pesar de su alcance limitado, pero que nos iluminan para el planteamiento de metas más ambiciosas, que se reformulen conjuntamente con la sociedad civil y que operen a través de la educación de la misma sociedad civil, incorporando retos emergentes como la interculturalidad, las migraciones, el agua, la salud mental y la violencia social. El componente económico y político debe ser enfatizado en su justa dimensión como generador de la problemática social.

## Más allá de los límites de lo posible...

### Más allá del deber ser

Las deudas acumuladas desde que se hizo el planteamiento original y el incumplimiento por los estados de los compromisos suscritos, no pueden ser una excusa para continuar congelados e inamovibles en el deber ser. Por el contrario, se requiere de nuestra mejor inventiva e imaginación para renovar y buscar nuevas propuestas, nuevos caminos y nuevas formas para hacer, de manera que podamos reposicionar a la APS como un imaginario de lucha y transformación social, como una utopía posible, como un verdadero concepto de Salud para Todos.

Se trata de que la APS con un alto contenido de ciudadanía y garantía de derechos, aporte a la justicia social, a la resolución de los problemas de salud de la gente y al *empoderamiento* entendido como la capacidad de la gente para incidir, para tomar control sobre los niveles de decisión de las cosas que los afectan.

El análisis por escenarios parece ser la herramienta idónea de partida, tomando en cuenta la correlación de fuerzas, la geopolítica y la realidad contundente de la región

expresado en antiguos y nuevos retos como la inequidad, las migraciones, el agua, la violencia y la salud mental.

Para ello urgimos de un concepto y estrategias de revitalización novedosas y adecuadas al actual contexto económico, social y político. La necesidad de buscar nuevos caminos de desarrollo es imperativa, el consumismo desenfrenado el individualismo a ultranza y el agotamiento del planeta nos conducen al suicidio colectivo. La incorporación de una concepción de APS con distintas cosmovisiones puede generar la nueva lógica de que urgimos para retomar el derecho de los pueblos a su desarrollo.

### **Más allá de una APS para poblaciones marginadas**

Recordando que la Salud Pública nació como una propuesta política que interactuaba con el urbanismo, en la reformulación de la APS y la introducción de estos modelos novedosos es importante diferenciar que implica la APS en centros urbanos más complejos, en relación con la APS en regiones rurales donde las condiciones de pobreza generan un creciente proceso migratorio más allá de las fronteras nacionales. En ambos casos es importante por supuesto, considerar los problemas vinculados a la violencia urbana y a los estilos de vida de la población que se relacionan con el tabaquismo, drogadicción, sedentarismo y otros.

El planteamiento de revitalización debe recoger los desarrollos teóricos de la región que redimensionan el proceso salud enfermedad y la sistematización de las experiencias exitosas. De entre estas últimas debemos poner especial atención a aquellas en que se comprueba como factor de éxito la utilización de programas que incorporan los determinantes sociales en el proceso de construcción de la salud, las condiciones de vida y la democracia para toda la sociedad, posibilitando el empoderamiento de ésta hacia el control de las causas generadoras de las barreras y el sometimiento que impiden su acceso a estas necesidades básicas, convirtiendo en realidad el postulado de Salud para Todos.

### **Más allá del sector salud**

Este convencimiento de que para hacer avanzar la APS es urgente debilitar la mirada medicalizada y potenciar la construcción de la salud leyendo las necesidades no solamente desde el sector salud, es lo que conduce a la convocatoria del conjunto de sectores, con un nuevo concepto de Intersectorialidad tanto a nivel local como global.

Este nuevo concepto debe ser más transversal e interdisciplinario, redefiniendo las competencias de los actores sociales y la participación de la sociedad civil, de tal manera que rompa con la fragmentación, que estimule una mayor coordinación e integración de planes de gobierno y agencias de cooperación y que den respuesta inmediata a los derechos prioritarios.

Esto conduce indefectiblemente a un accionar en que la prestación de los servicios no sea lo central, a que los servicios de salud no sean el fin sino un medio; pero a la vez, demanda tener en cuenta las necesidades sentidas de la gente que en muchas ocasiones son de carácter asistencial.

## Más allá del asistencialismo de los profesionales de la salud

El proyecto de revitalización no puede estar desligado de las instancias formadoras de los Recursos humanos en salud. Este fue un error del planteamiento original retomado tardíamente. La capacidad de incidencia e influencia del personal de salud no puede ni debe ser soslayada, siendo necesaria la reorientación en la formación del recurso humano para que pueda responder en forma integral, participativa, en concordancia con el momento histórico y con la conciencia interdisciplinaria que se requiere.

Se debe reformar los curriculums para que se ajusten a las necesidades y de derechos de las comunidades, pero para ello se requiere una fuerte presión para el cambio curricular desde las comunidades, especialmente sobre las universidades a fin de que se incorpore la APS como la base de la formación, entendida, no como una mera reproductora del estatus quo, sino como productora de culturas, posibilitando la unidad entre la ciencia y la comunidad (conocimiento habilidad y participación comunitaria).

El personal de salud está llamado a ejercer su “liderazgo “con responsabilidad, a educar y a educarse con la población y ello requiere que las instancias formadoras le preparen para hacerlo bien, en el marco de una APS como ha sido delineada arriba.

## Más allá de la organización local

El desarrollo de las organizaciones comunitarias es fundamental para generar la fuerza política necesaria para mantener y profundizar el planteamiento revitalizador. Una comunidad organizada y bien informada es imprescindible. Se necesita que la comunidad se apropie del lenguaje y los objetivos de la APS de manera que le permita tomar conciencia tanto de su estado de salud como de la importancia de reclamar el ejercicio de su derecho a la salud.

De esta manera la sociedad al tiempo que enfrenta la problemática, reivindicará su derecho a la salud desde la propia comunidad, aportando creativamente a la prevención, al autocuidado y al control social del estado, ejerciendo su corresponsabilidad como una población bien informada y educada en los valores y principios básicos de una APS que considera el concepto de salud no solo en su dimensión biológica, sino y sobretodo desde las condiciones sociales y económicas en las que vive y que en consecuencia la determinan.

Solo en el marco de una organización comunitaria con estas características puede reivindicarse el contenido real de la APS en lo referente a participación comunitaria y resolución de conflictos en el marco del ejercicio democrático.

No obstante para que la participación social y comunitaria trascienda mas allá del control sobre los determinantes locales de la salud, adquiera relevancia y estimule la emulación, se requiere constituir al menos regionalmente un acuerdo de alto talante, un bloque latinoamericano en pro de una APS emancipadora, con una agenda estratégica convocante, por ejemplo, tierra, poder, medicamentos, violencia, agua. Se podría iniciar proponiendo una iniciativa con los movimientos sociales, aprovechando el cumpleaños 30 de Alma Ata para visibilizar la iniciativa.

## Más allá del rol tradicional del estado y de la autoridad sanitaria

Los intentos por debilitar a los estados en los países pobres que solamente han conducido a una mayor dependencia, insalubridad e impotencia para poder incidir en los determinantes sociales de la salud más allá del nivel local, deben ser combatidos. El Estado debe enfrentar la asimetría de poder entre el estado y los actores económicos, fortalecerse especialmente en relación con un incremento de capacidades para responder al déficit social.

Ello obliga a repensar la forma en que se debe trabajar con el estado para reencauzar su responsabilidad de resolver las necesidades de la gente, y a tutelar el ejercicio pleno de su derecho a la tierra, agua, vivienda, alimentación, trabajo digno, salud, etc. partiendo del hecho de que cada vez es más fuerte y explícito el vínculo entre derecho y equidad.

En este sentido el planteamiento de revitalización debería de alguna manera garantizar que el estado cumple a plenitud con su rol de garante frente a:

- 1) La protección de riesgos evitables (dimensión ecológica y social),
- 2) La equidad en la atención (dimensión sectorial)
- 3) La equidad en la redistribución del saber, los recursos, la riqueza y el poder que posibilitan la democratización (dimensión política).
- 4) La gestación de un modelo de desarrollo alternativo que al tiempo que recupera la salud de los ecosistemas, herede un mundo sustentable a las futuras generaciones

Cuando concluimos la edición de este libro, se conoce el arribo al poder de un gobierno de izquierda en El Salvador liderado por el Frente Farabundo Martí para la Liberación Nacional. (FMLN). En un evento convocado por las organizaciones del Sistema Naciones Unidas poco antes de las elecciones, el candidato del FMLN y su equipo asesor en salud se enfrentaron a sus rivales en el poder durante 20 años. El planteamiento hecho por el hoy presidente electo plantea que su gobierno hará una profunda Reforma de Salud y que el nuevo Sistema de Salud se basará en la estrategia de Atención Primaria en Salud, estimulando una fuerte organización comunitaria y abriendo espacios para la participación social. Precisamente en su exposición citó explícitamente los pilares básicos de la APS de intersectorialidad, participación social y búsqueda de la equidad.

En un país como El Salvador, con una fuerte tradición organizativa y en un territorio relativamente pequeño y con una alta densidad poblacional, existen las condiciones para construir un Sistema de Salud ejemplarizante que pueda obtener a corto plazo, logros relevantes susceptibles de estudiarse y adecuarse a otras regiones. El Salvador se configura así como una experiencia a observar y apoyar por quienes conciben a la salud como un bien público y un derecho humano fundamental cuya garantía para toda la población es responsabilidad estatal.

El nuevo gobierno en El Salvador, requerirá a corto plazo de mucha creatividad y respaldo de la comunidad científica y luchadores sociales para que su planteamiento se materialice en un Sistema de Salud basado en la APS de alcance intergeneracional.

Adjuntamos en anexo el planteamiento que el candidato del FMLN y su equipo técnico hicieron en el debate promovido por las naciones unidas.