

# Vigencia y relevancia de la Atención Primaria de Salud

*Román Vega Romero*

Profesor investigador  
Programas de Posgrado en Administración  
de Salud y Seguridad Social  
Facultad de Ciencias Económicas y Administrativas  
Pontificia Universidad Javeriana

**H**oy se registra un nuevo consenso sobre la vigencia, relevancia y alta ubicación que debe darse a la Atención Primaria de Salud (APS) en la agenda de salud de los países desarrollados y en vías de desarrollo, y en la de los organismos internacionales relacionados con las políticas mundiales de salud. La APS ha sido asumida nuevamente por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como una de sus políticas fundamentales para renovar los sistemas de salud; será tema del Informe Mundial de la Salud de este año; ha sido objeto de numerosas y variadas investigaciones científicas, publicaciones, conferencias y proclamas; y es uno de los instrumentos de los movimientos sociales y de los gobiernos progresistas del mundo para alcanzar el derecho a la salud y la equidad en salud.

La APS fue definida en la Conferencia de Alma Ata de 1978 como la filosofía para transformar los sistemas de salud y la estrategia para alcanzar salud para todos, formulación que aún no ha perdido vigencia si se tiene en cuenta la reiteración en tal sentido recientemente hecha por la OMS a través de su actual directora Margareth Chan, por la reunión de los países de las Américas propiciada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en Montevideo, en 2005, y la de la Conferencia Internacional de Buenos

Aires de 2007, donde se ha subrayado la necesidad de un énfasis renovado en la APS como enfoque para fortalecer los sistemas de salud y lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

A treinta años de la Declaración de Alma Ata el balance general indica que los valores y principios promulgados nunca fueron realmente implementados en la gran mayoría de países del mundo, y que en aquellos pocos donde se pusieron en práctica el avance en la mejoría de la salud de la población, y particularmente de los grupos en desventaja social y económica, ha sido consistente y significativo. La APS no sólo devino parte del derecho a la salud sino que, a su vez, fue inspiradora de la sustentación que las Naciones Unidas hicieron para establecer las normas y mínimos esenciales que obligarían a los Estados a garantizar el derecho a la salud. A la APS hoy se le atribuye valor significativo, no sólo por garantizar el derecho a la salud sino como estrategia que permite reducir las inequidades en el estado de salud y hacer más eficiente y equitativa la atención en salud. Estas reconocidas cualidades la han convertido en política de Estado de los gobiernos que la han creído indispensable para garantizar el derecho a la salud y la equidad en salud, en el marco de procesos de cambio democráticos y sociales de carácter progresista.

La APS promulgada por la Declaración de Alma Ata hizo énfasis en valores, principios y elementos como el derecho a la salud, la equidad, la orientación familiar y comunitaria, la integralidad de la atención con énfasis en la prevención, la participación individual y comunitaria y la acción intersectorial por la salud, todos los cuales le dieron a la APS un *enfoque integral* en el marco de la búsqueda de un orden económico internacional más justo. Sin embargo, la concepción de *APS integral* fue rápidamente eclipsada por el enfoque fracasado de APS selectiva, reducida a muy pocas intervenciones de bajo costo, y por el de atención básica limitada a intervenciones médicas del primer nivel de atención. En ambos casos, la caricaturización de la APS integral se convirtió en un obstáculo para renovar los sistemas de salud, que siguieron aislados, segmentados o fragmentados, y los hizo impotentes para enfrentar los desafíos de equidad en salud de las poblaciones marginadas y excluidas, cuyos determinantes sociales trascendían la atención médica clínica y los enfoques convencionales de salud pública básica, de programas verticales y costo-efectivos. Esos enfoques limitados de APS fueron utilizados por las reformas de mercado posteriores de los sistemas de salud como elementos de contención de costos y como puerta de entrada a servicios de atención de predominio biomédico y curativo, que generalmente ignoraron los factores sociales determinantes de la inequidad en salud y las exigencias de participación profunda, colaboración intersectorial, reconocimiento e interculturalidad de los pueblos.

De cara a garantizar el derecho a la salud, lograr la equidad en salud y la armonización intercultural de los sistemas médicos modernos y tradicionales, en América Latina se ha venido propiciando un nuevo compromiso por la APS que ha tenido como punto de partida la asimilación de las enseñanzas

dejadas por los distintos enfoques de ésta implementados en los años pasados, los fracasos de las políticas y reformas neoliberales de los sistemas de salud, y la búsqueda de articulaciones novedosas entre sistemas de salud universales y equitativos con modelos del orden económico y social que propicien la inclusión social, el bienestar y la calidad de vida de los pueblos. Sin embargo, frente a ese compromiso parece estar inexplicablemente ausente la política nacional de salud de Colombia.

Si bien desde los inicios de los años 80 del siglo xx la APS comenzó a ser introducida en los planes de salud oficiales de Colombia, como una de las estrategias más importantes para solucionar los problemas de salud en los grupos prioritarios de la población, en la tradición colombiana, con contadas excepciones, la APS fue reducida a medicina primitiva o de nivel básico, y con la Ley 100 de 1993 se liquidó el potencial transformador de la misma. En los años recientes, en el marco de las políticas sociales y de salud desarrolladas por gobiernos territoriales progresistas, la APS ha resucitado como una esperanza pero ha carecido del apoyo político y técnico de los sucesivos gobiernos nacionales. A pesar de que la Ley 1.122 del 2007 hizo referencia a la APS como ‘un modelo de atención’ que podía ser puesto en práctica en desarrollo del Plan Nacional de Salud Pública, la reglamentación del mismo con el Decreto 3.039 del 2007 y la Resolución 425 de 2008 la ignoró casi por completo, enunciándola sólo como el ‘modelo’ para la operación de la política de salud mental.

Mientras en Colombia la reforma de mercado del sistema de salud enterró la APS, en América Latina, por el contrario, ésta sirvió de fuente de inspiración de las reformas de varios sistemas de salud que han demostrado su efectividad y potencial para ayudar a reducir las disparidades en salud, hacer



eficiente el gasto en salud y para introducir importantes innovaciones en los modelos de atención y gestión en salud. Experiencias de antaño reconocidas como las de Costa Rica con sus *Equipos Básicos de Atención Integral* (EBAIS) y Cuba con su *Medicina General Integral*, así como nuevas iniciativas como la de Brasil con su *Programa Saúda da Família* (PSF), la de Chile con su APS municipalizada y sus *Centros de Salud Familiar* (CESFAM), la de *Barrio Adentro* en Venezuela, los *Centros de Atención Primaria de Salud* (CAPS) de Argentina, y las de ciudades como México D.F. y Bogotá D. C. en Colombia, entre otras de la región, han sido innovadoras por su introducción de nuevos enfoques y tecnologías de atención y gestión, e iluminantes por las enseñanzas en materia de las condiciones contextuales y sectoriales requeridas para la implementación exitosa de la APS.

Elemento indispensable para mejorar la salud y lograr la equidad en salud en algunas de esas experiencias ha sido el carácter universalista y pro-equidad de los sistemas de salud, que ha propiciado la acción intersectorial por la salud, la movilización y participación social, la integralidad y equidad de la atención en salud y la transformación intercultural de los sistemas médicos. Sistemas de salud de esa naturaleza no han podido ser construidos sin que de los mismos haya sido fundamento la Atención Primaria Integral de Salud, como es el caso del *Sistema Único de Salud* de Brasil (SUS), y la más reciente propuesta de transformación con enfoque de *Salud Familiar Comunitaria Intercultural* (SAFICI) del Sistema de Salud de Bolivia.

Con base en las evidencias y experiencias acumuladas hoy puede señalarse, con toda certeza, que un enfoque de APS integral permite aumentar la equidad en la accesibilidad y utilización de los servicios de salud y de otros recursos y servicios esenciales para la salud; reducir la vulnerabilidad de las pobla-

ciones a través del empoderamiento y generación de capacidades comunitarias; reducir la exposición a riesgos, a través de cambios en los determinantes sociales y ambientales de la salud; facilitar la armonización intercultural de los sistemas médicos modernos y tradicionales; mejorar los mecanismos y oportunidades de participación y propiciar la movilización efectiva, social y política, de los grupos marginados y excluidos; incrementar las acciones intersectoriales por la salud a partir del desarrollo de iniciativas, actividades, programas, planes y políticas públicas integrales y transectoriales; y mejorar los resultados y la equidad en salud.

Aunque la política de salud hegemónica en Colombia ha negado la APS, el Encuentro Nacional de Atención Primaria de Salud convocado por la Alcaldía Mayor de Bogotá y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en 2005 para discutir el documento de renovación de la APS propuesto por la OPS [1] estableció que la APS es la estrategia capaz de reorganizar los servicios de salud y el sistema de salud de Colombia, sacar de la indiferencia a sus actores frente a la necesidad de actuar para reducir las inequidades en los resultados en salud y en el acceso y utilización de los servicios sociales y de salud, mejorar la atención integral de la población pobre y excluida, y hacer eficiente el uso de los recursos disponibles del sistema.

Ese planteamiento no fue simplemente una proclama especulativa e ideologizada. Como ha sido señalado en una publicación reciente:

... la política de salud y la estrategia de APS desarrolladas en Bogotá parecen haber contribuido a mejorar la integralidad y la coordinación de las acciones individuales y colectivas en el sector público, a hacer un mejor uso de los recursos y a mejorar los resultados de salud y de equidad en salud, aunque no en todo el sistema de salud, ni en

gran parte de las localidades de la ciudad, ni en las dimensiones requeridas.

El hecho de que no se haya logrado influenciar a los aseguradores y a un número substancial de prestadores; que la coordinación con éstos sea casi inexistente; que haya manifiesta debilidad de la orientación familiar y comunitaria; que esa debilidad parezca estar asociada al contenido adverso de las políticas laborales y de formación del recurso humano; que la participación comunitaria sea aún moldeada en función de las reglas de juego de las instituciones y de la racionalidad del mercado de la salud; y que la acción intersectorial no haya podido extenderse y profundizarse como sería deseable, entre otros aspectos, indica que factores del contexto político nacional han impedido un desarrollo robusto y sostenible de la política de salud local y del enfoque de APS asumido.

Los resultados de esta experiencia sugieren también que si se quiere ser consecuentes con el objetivo de garantizar el derecho y la equidad en salud, no es

posible acomodarse a la lógica actual del Sistema General de Seguridad Social (SGSS) ni renunciar al objetivo estratégico de su cambio profundo. Bajo esos supuestos, la combinación de la acción desde dentro y desde fuera del sistema debe permitir acumular las fuerzas necesarias para propiciar tal cambio. El peligro para los gobiernos alternativos de Colombia es convertirse en funcionales del SGSS y concentrar los esfuerzos en propiciar los resultados que éste y quienes los sustentan exigen [2: 167].

## Referencias

1. OPS/OMS. Renovando la Atención Primaria de Salud en las Américas. Un Documento de Posición de la Organización Panamericana de la Salud / OMS. Borrador para discusión, versión en español 5 de mayo de 2005 (original en inglés, 31 de marzo 2005), Washington D. C.; 2005.
2. Vega Romero R, Acosta Ramírez N, Mosquera Méndez PA, Restrepo Vélez MO. La política de salud en Bogotá, 2004-2008. Análisis de la experiencia de atención primaria integral de salud. *Medicina Social* 2008; 3 (2): 148-169. [Citado en [www.medicinasocial.info](http://www.medicinasocial.info)].

