



Transitando del mito de la atención primaria en salud (APS) al cuidado integral e intercultural de la salud y el vivir bien^{*}

Transiting from the Myth of Primary Health Care (PHC) to Comprehensive and Intercultural Health Care and Living Well

Transitando do mito da Atenção Primária à Saúde (APS) ao cuidado integral e intercultural da saúde e do bem viver

Recibido: 05 de octubre de 2024. **Aceptado:** 24 de noviembre de 2024. **Publicado:** 30 de diciembre de 2024.

DOI: <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps23.tmac>

Oscar Feo Istúriz

Universidad de Carabobo en Venezuela (CLACSO), Venezuela
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2205-2592>

Gonzalo Basile^a

Coord. GT Salud Internacional CLACSO / Programa Salud Internacional FLACSORD, República Dominicana
ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2251-0541>

Cómo citar Feo Istúriz, O. y Basile, G. (2024). Transitando del mito de la atención primaria en salud (APS) al cuidado integral e intercultural de la salud y el vivir bien. *Gerencia y Políticas de Salud*, 23. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps23.tmac>

^aAutor de correspondencia. Correo electrónico: gtsaludinternacionalclacso@gmail.com

Resumen

Este artículo realiza una revisión y caracterización de la implantación de la atención primaria de salud (APS) como estrategia para el Sur global y abre una discusión desde el pensamiento crítico latinoamericano caribeño en salud sobre la construcción de una categoría que permita un nuevo marco de comprensión y acción político-sanitaria en los territorios y comunidades de vida en el sur. La categoría propuesta es el *cuidado integral e intercultural de la salud y la vida* que forma parte de un nuevo marco categorial de los estudios críticos para la refundación de los sistemas de salud en el siglo XXI cuyos fundamentos se presentan en esta edición de la revista. Este viraje de marcos epistémicos implica, para el artículo, fundamentar el mito de la APS e identificar la reproducción de la colonialidad en los conocimientos sanitarios para la región latinoamericana caribeña. A partir de una revisión y caracterización sintética, se propone una discusión crítica sobre la urgencia de transitar hacia epistemologías de producción del cuidado de la salud desde una autonomía y soberanía sanitaria regional. Para ello se asumen las contribuciones clave del *vivir bien/buen vivir* de las naciones indígenas andino-amazónicas, cuyos saberes generan prácticas de un *saber-hacer* para producir territorios de cuidado integral e intercultural de la salud. La estrategia busca transitar de la atención a la enfermedad y atención primaria concebida como hecho biológico individual y/o colectivo, al cuidado integral e intercultural de la salud y la vida, concebido como una respuesta teórico-metodológica situada a las determinaciones del proceso salud-enfermedad-cuidado en los contextos demográficos, interculturales, territoriales, epidemiológicos y socioambientales de la región del Abya Yala, de Latinoamérica.

Palabras clave: APS, atención primaria, cuidado integral de salud, interculturalidad, refundación, sistemas de salud.

Abstract

This article reviews and characterizes the implementation of primary health care (PHC) as a strategy for the Global South and opens a discussion from Latin American and Caribbean critical health thinking about the construction of a category that allows for a new framework of political-health understanding and action in the territories and living communities of the South. The proposed category is *comprehensive and intercultural health and life care*, which is part of a new categorical framework of critical studies for the refoundation of health systems in the 21st century, the foundations of which are presented in this edition of the journal. This shift in epistemic frameworks involves, for the article, substantiating the myth of PHC and identifying the reproduction of coloniality in health knowledge for the Latin American Caribbean region. Based on a synthetic review and characterization, a critical discussion is proposed on the urgency of transitioning towards epistemologies of health care production from regional health autonomy and sovereignty. To this end, the key contributions of living *well/good* living from the Andean-Amazonian Indigenous nations are embraced, whose knowledge generates practices of *know-how* to produce territories of comprehensive and intercultural health care. The strategy seeks to move from disease care and primary care conceived as an individual and/or collective biological event to comprehensive and intercultural health and life care, conceived as a situated theoretical-methodological response to the determinations of the health-disease-care process in the demographic, intercultural, territorial, epidemiological, and socio-environmental contexts of the Abya Yala region of Latin America.

Keywords: PHC, Primary Care, Comprehensive Health Care, Interculturality, Refoundation, Health Systems.

Resumo

Este artigo realiza uma revisão e caracterização da implantação da Atenção Primária à Saúde (APS) como estratégia para o Sul global e abre uma discussão a partir do pensamento crítico latino-americano caribenho em saúde sobre a construção de uma categoria que permita um novo marco de compreensão e ação político-sanitária nos territórios e comunidades de vida no sul. A categoria proposta é o *cuidado integral e intercultural da saúde e da vida*, que faz parte de um novo marco categorial dos estudos críticos para a refundação dos sistemas de saúde no século XXI, cujos fundamentos são apresentados nesta edição da revista. Essa mudança de marcos epistêmicos implica, para o artigo, fundamentar o mito da APS e identificar a reprodução da colonialidade nos conhecimentos sanitários para a região latino-americana caribenha. A partir de uma revisão e caracterização sintética, propõe-se uma discussão crítica sobre a urgência de transitar para epistemologias de produção do cuidado em saúde a partir de uma autonomia e soberania sanitária regional. Para isso, assumem-se as contribuições-chave do bem *viver/viver* bem das nações indígenas andino-amazônicas, cujos saberes geram práticas de um *saber-fazer* para produzir territórios de cuidado integral e intercultural da saúde. A estratégia busca transitar do atendimento à doença e da atenção primária concebida como um fato biológico individual e/ou coletivo, para o cuidado integral e intercultural da saúde e da vida, concebido como uma resposta teórico-metodológica situada às determinações do processo saúde-doença-cuidado nos contextos



demográficos, interculturais, territoriais, epidemiológicos e socioambientais da região do Abya Yala, da América Latina.

Palavras-chave: APS, atenção primária, cuidado integral da saúde, interculturalidade, refundação, sistemas de saúde.

Introducción

Este artículo parte de un trabajo basado en la revisión, sistematización y análisis documental y de contenidos que viene desarrollando el grupo de estudio en Refundación de Sistemas de Salud, del grupo regional de Salud Internacional, del Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO), donde se busca caracterizar los marcos teóricos y epistémicos que dominan la propuesta de Atención Primaria en Salud (APS).

Asimismo, se busca responder a una pregunta orientadora: ¿De dónde surgen las concepciones teóricas, la iniciativa de APS, y cuál fue el rol de la geopolítica global y los organismos internacionales de cooperación en el desarrollo, en la promoción e implantación de esta última como estrategia casi exclusiva para el Sur global? ¹

En segundo lugar, a partir de la caracterización y la descripción de las mutaciones que fue sufriendo esta iniciativa global, nos preguntamos: ¿Por qué la APS degeneró en una atención selectiva para pobres en el Sur? O como la denominó Mario Testa: “atención primitiva de la salud”. En la misma línea preguntamos: ¿Por qué el pensamiento sanitario del siglo XX en el Sur asumió esta tesis como una estrategia totalizante?

Bajo estos objetivos y preguntas orientadores, resulta importante para los autores ubicar tres procesos clave que se describen en la implantación y construcción de la APS como estrategia para el Sur global:

1. **El contexto de los años cincuenta a los setenta de Guerra Fría y los bloques confrontados (Occidente, panamericanismo y eurocentrismo) y el Este de las repúblicas socialistas soviéticas y sus territorios satélites).** En este contexto, la mayoría de los gobiernos latinoamericanos caribeños (con algunas excepciones) eran dictaduras basadas en la doctrina de seguridad nacional, violencia política, etc.
2. **La concepción e influencia de la teoría del desarrollo y su aplicación al campo de la salud pública (1),** como respuesta a problemas epidemiológicos y a los sistemas de salud especialmente luego de la segunda posguerra mundial con una agenda que se expande a partir de 1945 como reemplazo de la agenda sanitaria colonial del control vertical de enfermedades en enclaves coloniales (Ej.: Malaria, TB, otras).
3. **La urgencia de sistematización de evidencias, argumentos y propuestas que se buscaron sintetizar en una concepción global con la propuesta de APS como estrategia para el Sur global,** por parte de actores clave del sistema internacional de la cooperación al desarrollo como las tecnocracias de la Organización Mundial de la Salud (OMS), del Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (Unicef), las iniciativas filantrópicas globales y las academias del Norte global.

Por último, se discute un abordaje introductorio y exploratorio en las implicaciones de producir un proceso de transición epistémica para asumir la propuesta de *cuidado integral e intercultural de la salud* (CIIS) y el *vivir bien*, desde el nuevo marco categorial de los estudios críticos para la refundación de los sistemas de salud en el Sur global (2), que viene desarrollando el grupo

de trabajo de Salud Internacional de CLACSO. Estas implicaciones de las epistemologías de refundación de sistemas de salud para el Sur se pueden consultar en los textos de Basile y otras autoras en esta edición de la revista.

APS como iniciativa geopolítica global para el Sur

Durante las últimas décadas de la Guerra Fría –fines de la década de 1960 y principios de 1970–, Estados Unidos se vio envuelto en una de las crisis del capitalismo y de su propia hegemonía mundial, y justamente fue en este contexto geopolítico en el que se *consolida* un concepto y estrategia global denominada *atención primaria de la salud*. Aunque el surgimiento, ideación, conceptualización y expansión de la APS era anterior.

Al realizar una selección para este artículo de referencias de literatura especializada de la revisión documental y análisis de contenidos de grupo de estudio de CLACSO, se pueden rápidamente ubicar varios fundamentos conceptuales y metodológicos de APS que fueron contruidos desde las propuestas de política sanitaria que nacieron desde la matriz global de *salud y el desarrollo* surgidas como teorías postcoloniales desde 1945 (1).

En principio, el libro de John Bryant de 1969, *Health and The Developing World*, en el que cuestiona el trasplante e implantación de sistemas de salud pública complejos, hospitalarios y de alta tecnología de Occidente y/o de las repúblicas soviéticas a los países considerados “en desarrollo”, marcaba la falta de un modelo preventivista (medicina preventiva anglosajona). Esta publicación es una referencia que ya hablaba de la APS como una posible tecnología instrumental de respuesta organizacional a los problemas sanitarios para lo que se denomina los países del subdesarrollo (3).

Por su parte, Carl Taylor (4), fundador y presidente del departamento de Salud Internacional de la Universidad Johns Hopkins, editó un libro que ofrecía la medicina rural india como modelo transferible para la cooperación con los países pobres del Sur global como África, Asia, Latinoamérica y Caribe.

Otro trabajo influyente de esta etapa que identifica Marcos Cueto (5) en este contexto fue el de Kenneth W. Newell (6), miembro del personal tecnocrático de la Organización Mundial de la Salud (OMS) desde 1967, quien compila y examina las experiencias de los auxiliares médicos rurales en los países de África, Asia y Latinoamérica. Justamente en la obra *Health by the People* (6), Kenneth Newells ya argumenta que “un enfoque sectorial de salud estricto es ineficaz” (5) y busca enunciar dispositivos para el Sur.

Otra influencia importante para la APS provino del estudio de la experiencia de los médicos descalzos en China y de la experiencia de los misioneros cristianos. La propia Comisión Médica Cristiana (7), una organización especializada del Consejo Mundial de Iglesias y la

Federación Luterana Mundial, fue creada a fines de la década de 1960 por misioneros médicos que trabajaban en los países considerados “en desarrollo” del Sur global. Esta organización hizo hincapié en la formación de los trabajadores de las comunidades rurales a nivel de base, equipados con medicamentos esenciales y desarrollando prácticas de transferencia de métodos biomédicos occidentales a la práctica comunitaria de lo que después la medicina preventivista anglosajona llamaría salud comunitaria (8) (9). Cabe destacar que tanto John Bryant y Carl Taylor fueron destacados miembros de la cooperación internacional de la Comisión Médica Cristiana. Y a partir de 1974, se formaliza una colaboración estratégica entre esta Comisión y la OMS (4).

Por último, si se consideran los resultados del propio Informe Lalonde (10), el informe canadiense de 1974 contribuyó a concebir la salud no solo en términos de los servicios médicos, sino también a partir de la influencia de los estilos de vida en el Norte global. Su enfoque buscaba incidir en los hábitos, conductas y comportamientos para promover un estilo de la vida saludable que luego se trasplantara a los países del Sur pero con otras territorialidades, demografías y otras condiciones de vida y salud colectiva.

Lo que se trata de ubicar con estas breves referencias es que la APS es un dispositivo. Es una teoría o una estrategia que se construyó en las transiciones entre las políticas de salud pública internacional de erradicación de la malaria y de las enfermedades tropicales –de concepción colonial, como agenda dominante de la etapa (3)–, y una iniciativa anclada en una geopolítica imbuida en la subordinación al tándem Salud y Desarrollo (11). Esta iniciativa se basó en las categorías clásicas de este pensamiento científico moderno como derechos, participación, intersectorialidad, comunitarismo, entre otras, que ya venían siendo trabajadas desde los años cincuenta y sesenta, incluso por la Alianza para el Progreso en la región latinoamericana caribeña (1).

Es decir, preeminentemente lo que se identifica en las referencias sistematizadas es lo siguiente:

- Son los actores globales del sistema internacional de cooperación al desarrollo del Norte global, sus academias, sus tecnocracias, sus filantropías, las que están discutiendo y construyendo una estrategia para el Sur global.
- Las experiencias de salud en los territorios de Latinoamérica, Caribe, Asia, África, Medio Oriente son consideradas como sistemas de saberes inferiores y básicos pero que pueden dar mejores resultados de implantación desde una biomedicina básica en contextos epidemiológicos, sanitarios y socioculturales del Sur (1).
- En ninguna de estas sistematizaciones de experiencias, prácticas y acciones en las regiones de la periferia del Norte global, se reconocen ni se identifican sistemas de conocimientos complejos, sino simples experiencias concebidas como *exterioridad* del pensamiento científico moderno en biomedicina/salud pública (1).

Cuando Halfdan Mahler (Dinamarca) es elegido director general de la OMS en 1973, efectivamente ya venía imbuido en esta epistemología de la atención sanitaria, asunto que aparecería en la Conferencia de Alma Ata. Incluso, posteriormente, fue reelegido para dos mandatos sucesivos de cinco años, permaneciendo al frente de la OMS hasta 1988. La formación de Mahler (4) estaba relacionada a la tuberculosis y programas de salud comunitaria con enfoque anglosajón en países del Sur global. Entre 1950 y 1951, dirigió una campaña antituberculosa de la Cruz Roja en Ecuador y posteriormente pasó varios años (1951-1960) en la India como funcionario de la OMS en el Programa Nacional de Tuberculosis. En 1962, fue nombrado jefe de la Unidad de Tuberculosis de la sede de la OMS en Ginebra, donde luego terminó como director del programa de Análisis de Sistemas de la OMS, un programa que implicaba mejorar las capacidades nacionales en planificación sanitaria.

Según Marcos Cueto (4), la estrecha relación de Mahler con la vieja guardia de la tecnocracia de la OMS, le facilitó la transición y la introducción de cambios incluso antes que fuera director general. Desde finales del decenio de 1960, hubo un aumento de los proyectos de la OMS relacionados con el desarrollo de “servicios básicos de salud” (de 85 en 1965 a 156 en 1971). Estos proyectos fueron antecesores institucionales de los programas de atención primaria de salud que aparecerían posteriormente.

En *Basic Principles for the Development of Health Services* (12), se describen los acontecimientos que tuvieron lugar durante un período de ocho años, de 1970 a 1978. Dos personalidades de la OMS fueron particularmente importantes en lo que podría llamarse la gestión de estos acontecimientos: el Dr. Mahler, subdirector general de 1970 a 1973, cuando fue elegido director general, y el Dr. Newell, director de Investigación en Epidemiología y Ciencias de las Comunicaciones de 1967 a 1972 de OMS, cuando Mahler lo nombró director de la nueva División de Fortalecimiento de los Servicios de Salud. Ambos compartían valores comunes que incluían la dedicación en su concepción del desarrollo y la APS. Newell dejó la OMS a principios de 1977, pero posteriormente contribuyó a la preparación de los primeros borradores del documento de antecedentes para Alma-Ata.

A través del liderazgo de Mahler, además, se estableció una estrecha relación con Unicef; específicamente, con el director ejecutivo entre 1965-1979, Henry Labouisse, quien tenía experiencia en salud comunitaria y educación. Este acuerdo interinstitucional estratégico de OMS-Unicef produjo en 1975 otro informe conjunto de suma importancia para lo que terminaría siendo la APS denominado: *Alternative Approaches to Meeting Basic Health Needs in Developing Countries* (4), ampliamente difundido por estas agencias.

La 28.^a Asamblea Mundial de la Salud en 1975 descrita por el propio Mahler (13) refuerza la tendencia para consolidar el desarrollo de programas nacionales de atención primaria de salud como prioridad global para el Sur impulsados tanto desde OMS como desde Unicef. Enfatizamos, que aunque hay ciertas creencias sobre que la APS tuvo su origen en Alma Ata,

es necesario recordar que existió un proceso de decisiones geopolíticas y epistémicas previas que fueron construyendo esta estrategia como iniciativa global. En general, se suele enumerar o listar experiencias que se presuponen antecedentes de la conceptualización de la APS, aunque pareciera que esas prácticas fueron simplemente sistematizadas y enunciadas solo para dar respaldo a la iniciativa global. Vale la pena referenciar algunas de ellas:

- Algo lejana en el tiempo, en el siglo XVII, en Rusia y algunos países de Europa central y oriental se empleó personal no médico, entrenado para resolver problemas de salud a nivel rural: los llamados “Feldsher” (14).
- Otra más reciente, pero que jugó un papel importante en la génesis de la conferencia de Alma Ata, fueron los médicos descalzos de China (4), que acompañaron en la década de los sesenta del siglo pasado las políticas sanitarias de la revolución cultural china, y que representaron un eslabón geopolítico importante en el marco del conflicto chino-soviético, ya que la URSS buscando mecanismos para neutralizar la experiencia de los médicos descalzos, ofreció a la OMS el financiamiento y sede para organizar una reunión mundial sobre la atención sanitaria a los sectores rurales y más desprotegidos de la población, lo cual desembocaría en la reunión de Alma Ata (15).
- También estaban las acciones incipientes de modelos de participación social de salud pública funcionalista con la transferencia de saberes biomédicos hacia la población a través de las experiencias de promotores de salud en zonas rurales de la región (16).
- Dos influencias menos conocidas son la “medicina simplificada” en Venezuela (17), que a partir de 1962 se desarrolló como propuesta para llevar salud a regiones rurales, entrenando a pobladores de esas comunidades para convertirlos en “auxiliares de medicina simplificada”. Con ella se cubrieron más de 3000 ambulatorios rurales.
- También están los programas de salud comunitaria que se desarrollaron en muchas comunidades centroamericanas durante la década de los setenta, combinando postulados de la teología de la liberación y las ideas de Paulo Freire sobre educación popular (18).

Es interesante revisar esas experiencias de APS comunitaria centroamericanas (18) ya que estuvieron concebidas y se autodescriben como ligadas a valores y prácticas de atención de la salud con amplia participación de las comunidades objetivo. Además, se describen como defensoras de un enunciado del derecho a la salud en clave política y compromiso con los pueblos, desarrollado en el marco de estrategias que acompañaron luchas contra las dictaduras militares y experiencias revolucionarias. Al mismo tiempo, estas estrategias de APS centroamericanas quedaron asimiladas a prácticas de ampliación de cobertura a bajo costo, con pocas o nulas críticas a las geopolíticas globales de esta APS y basándose en estrategias adecuadas a contextos donde los sistemas de salud pública eran precarizados, desfinanciados o inexistentes. Incluso muchas de estas prácticas de APS fueron financiadas por el sistema internacional de cooperación al desarrollo (11) en Centroamérica y el Caribe a través de agencias

de cooperación internacional desde la Agencia de Cooperación al Desarrollo de Estados Unidos (USAID por sus siglas en inglés), la propia OPS-OMS, Unicef, PNUD, y otros programas de salud comunitaria.

En definitiva, la APS, enunciada recurrentemente como tesis totalizante y bandera incluso de movimientos globales, forma parte simultáneamente del discurso y las políticas tanto de un salubrismo médico-social desarrollista que aboga por volver a una añorada APS Alma Ata (19) (20). Al mismo tiempo, es uno de los pilares del gran capital en los sistemas de mercados de coberturas sanitarias (2), con las propuestas de reformas y pactos actuales del Banco Mundial, Banco Interamericano de Desarrollo y OPS-OMS incluyendo los sistemas de salud basados en APS promovidos post-Astana (21).

Todo ello sitúa a la APS dentro de una geopolítica de la actual salud global (1) (22) y del sistema internacional de cooperación al desarrollo (11) (22), que desde los años sesenta ha estado imbuido de la concepción de Salud y Desarrollo basada en las categorías clásicas del pensamiento moderno desarrollista para el Sur global, y en específico para Latinoamérica y el Caribe.

Estas tesis parten del concepto de desarrollo bajo la teoría de los estadios, generando una ilusión de que los Estados-Nación y sociedades nacionales se desarrollan todos de la misma manera y de forma sincrónica, pueden en algún momento alcanzar el desarrollo. Desde esta perspectiva, se consideran "en vías de desarrollo" bajo la premisa de que, tarde o temprano, todos los países alcanzarán dicho estadio. Algunos habrían logrado este avance rápidamente, mientras que otros, de manera más lenta, buscan emular el modelo de los primeros (22).

Ese mito del desarrollo y el progreso como horizonte a alcanzar por todos los países escondía la cruda realidad que rebatieron desde América Latina y el Caribe los forjadores de la teoría de la dependencia y críticos del desarrollismo (23). Estos señalaban que desarrollo y subdesarrollo eran dos caras de la misma moneda, y que para que hubiese desarrollo en los países centrales, fue necesario que existiese subdesarrollo y dependencia en otros. Ese planteamiento hoy se encuentra con la propuesta de un sistema mundo que divide en Centro-Periferia, con una fuerte división internacional del trabajo, del comercio y de la naturaleza entre los países del centro global, y los países de la periferia (24).

Este mito del desarrollo tuvo fuertes implicaciones en la planificación del desarrollo, por ejemplo, en los planes nacionales de desarrollo y la construcción de los sistemas de salud basados en teorías y políticas fuertemente eurocéntricas de protección social, alejadas de realidades epidemiológicas, demográficas, socioambientales y sanitarias del Sur global (22).

Es en este contexto geopolítico, de Guerra Fría (y postguerra), teorías del desarrollo y crisis hegemónica de los Estados Unidos, que se consolida, se expande e implanta el mito de APS como una estrategia global casi exclusivamente para el Sur.

Realizar una revisión sistemática de las experiencias e impactos de la implantación de la APS en Latinoamérica y el Caribe es una marca de época de la salud pública de la segunda mitad del siglo XX donde se ubica esta geopolítica glorificada como tecnología político-sanitaria para el Sur. Es interesante incluso revisar la implantación de la APS al mismo tiempo que se van acumulando reformas, arreglos y cambios aditivos en los sistemas de salud pública en los países de la región latinoamericana caribeña (1, 2). Pues, existió una tendencia a asumir que algún éxito logrado en una experiencia específica o en una región puntual podía ser aplicado en cualquier contexto, situación y sistema de salud y que esto era una estrategia que podía adecuarse a cualquier realidad situada.

Es necesario resaltar, que dicha convicción y narrativa repetida fue sostenida por una comunidad epistémica transnacional que tuvo y tiene entre sus miembros destacados a dirigentes y consultores expertos de agencias internacionales bilaterales y multilaterales como también a salubristas nacionales y academias de los territorios latinoamericanos caribeños y a movimientos de sociedad civil como satélites occidentalizados de la OMS (1).

La conferencia de Alma Ata y la atención primaria en salud

Es a partir de la conferencia internacional sobre atención primaria en salud (APS) realizada en 1978 en Alma Ata, por acuerdo entre la antigua URSS y la OMS, que la APS se difunde e institucionaliza mundialmente. Esto gracias a un singular documento conocido como Declaración de Alma Ata, considerado de gran importancia en la historia de la salud mundial y que tiene aportes al reconocer las graves desigualdades sociosanitarias existentes, al tiempo de reclamar un nuevo orden mundial que permitiera “salud para todos” a través de esa estrategia de atención primaria en salud.

Esa declaración, inspirada en las ideas ya descritas de Mahler y otros integrantes del staff de la OMS de la época, incorpora conceptos novedosos para el momento, pero consustanciales al contexto geopolítico global desarrollista vigente y a las discusiones y decisiones de los actores que venían discutiendo esto desde el Norte global: la salud como derecho humano; la integralidad como elementos claves de la organización de la atención sanitaria, exigiendo acción intersectorial, y, por último, la organización y participación de la comunidad como componente central.

Sócrates Litsios (25), en sus memorias sobre la conferencia de Alma Ata, describe descarnadamente de dónde se nutrieron para desarrollar la propuesta técnica y la declaración final. Describe las tensiones del equipo de Mahler con el gobierno de la URSS, incluso detallando, como lo había marcado Kenneth Newells (6), que la propuesta de la Unión Soviética

suponía una conferencia sobre “servicios nacionales de salud” (es decir, sistemas nacionales de salud pública), y no la APS que termina en Alma Ata.

No deja de ser importante, en el contexto geopolítico latinoamericano caribeño, señalar que para 1978 año de la conferencia Alma Ata, Latinoamérica y el Caribe estaban transitando dictaduras militares como también democracias liberales restringidas. Al revisar incluso el listado de los asistentes a esa conferencia, asombra la cantidad de militares ministros de salud (25), representantes de dictaduras fuertemente represivas y totalitarias incluso con genocidios internos en plena ejecución.

Más allá de la breve extensión de este artículo, se deja constancia de un conjunto de nueve documentos de lectura y análisis clave, que entre 1970-1978 prefiguró lo que fue luego la declaración final de la propia conferencia de Alma Ata (25):

- 1970: Adoption of resolution WHA23.61: Basic Principles for the Development of Health Services.
- 1971: Executive board chooses Methods of Promoting the Development of Basic Health Services as the subject for its organizational study (1971–1973).
- 1972: Unicef/WHO Joint Committee on Health Policy (JCHP) chooses to evaluate existing basic health services; new Division of Strengthening of Health Services (SHS) created, with Dr Newell as director.
- 1973: Executive board completes its organizational study; Dr. Mahler takes over as director-general of WHO.
- 1974: Soviets propose holding an international conference.
- 1975: Alternative Approaches to Meeting Basic Health Needs in Developing Countries presented to WHO and Unicef executive boards; international conference agreed to; Newell’s Health by the People published.
- 1976: Executive board’s ad hoc group agrees to hold the International Conference on Primary Health Care, in the Soviet Union.
- 1977: Adoption of resolution WHA30.43: Health for All by the Year 2000 (HFA).
- 1978: International Conference on Primary Health Care held in Alma-Ata, September 6-12.

Ya las reflexiones de Newell (6) en 1975 referenciaban a la APS guiada por principios, que enfatizaban que el desarrollo de “servicios de atención primaria de salud a nivel comunitario es la única manera en que los servicios de salud pueden desarrollarse de manera rápida y efectiva a la necesidad” de países del Sur. Estos principios incluyen: (a) configurar la atención primaria de salud (APS) “en torno a los patrones de vida de la población”; (b) que todas las intervenciones se lleven a cabo “en el nivel más periférico posible de los servicios de salud por el trabajador más simplemente capacitado para esta actividad”; (c) diseñar otros niveles de servicios en apoyo a las necesidades del nivel periférico; y (d) para que los servicios de APS estén “plenamente integrados con los servicios de los otros sectores involucrados en el desarrollo comunitario”, entre otros puntos. Esto sumado al documento elaborado por Unicef-OMS y a la salida del libro posteriormente editado por Newell en 1975 (6) marcan claramente la búsqueda de refinamiento de un concepto como APS que ya traía una trayectoria de revisión y construcción epistémica en el Norte global.

Malher se oponía al modelo soviético de servicio nacional de salud pública al considerarlo “altamente centralizado, dejando pocas posibilidades de cambio desde ‘abajo’, y demasiado medicalizado” (25). Esto mostraba también la preocupación de Malher y su staff en la decisión de promover la APS, ya que debían diseñar modelos que hasta ese momento no existían ni tenían evidencia (25).

Cabe resaltar que en la descripción de documentos de 1952 de la OMS sobre Servicios Básicos de Salud (SBS) ya se resumían componentes que se reciclaron en lo que se buscó promover luego como una novedad en la APS: atención médica integral, participación comunitaria y acción intersectorial (26). Incluso el informe de la Conferencia Intergubernamental de 1937 de los Países del Lejano Oriente sobre Higiene Rural (27), celebrada en Bandoeng, Java, pueden encontrarse principios alineados con los que, décadas más tarde, serían sistematizados y promovidos en la APS en el periodo 1970-1978.

En este contexto, el delegado de URSS en la OMS –Venediktov– comienza a instalar la posibilidad de una conferencia internacional de lo que luego terminará siendo Alma Ata (25), aunque previamente se descartan las propuestas de Egipto y de Costa Rica. Aunque la Unión Soviética logró celebrar la conferencia en su territorio finalmente, los resultados reflejaron mucho más las opiniones de Mahler y la tecnocracia de la OMS que las de los soviéticos (25).

Esta breve revisión busca marcar que la estrategia global de APS fue tejida desde un proceso e iniciativa para el Sur global en plena disputa y desde los bloques geopolíticos dominantes de la etapa.

¿Qué pasó con esta estrategia de APS implantada en el Sur?

En primer lugar, una revisión semántica desde lo idiomático de la denominada APS ubica a la palabra “primario”, que tiene acepciones en castellano (28), como esencial y fundamental, y al mismo tiempo, como primitivo y elemental (29). Muchas instituciones y organizaciones

sanitarias la operacionalizaron desde la segunda concepción, convirtiendo la APS en una estrategia para poblaciones empobrecidas con unas pocas prestaciones y ampliación de coberturas a través de la participación comunitaria vertical que serían los antecedentes de los posteriores paquetes básicos que caracterizaron las reformas neoliberales de los noventa y de los dos mil (2). En esa adecuación de la APS tuvieron una participación crucial la Fundación Rockefeller y Unicef, quienes apenas un año después de Alma Ata promovieron una conferencia internacional en Bellagio, Italia, donde tomó cuerpo la APS selectiva. Presentando su plan de operacionalización de APS: unas pocas prestaciones dentro de las cuales destacaban las sales de rehidratación oral, las inmunizaciones y la lactancia materna, como fórmulas dirigidas a los sectores más empobrecidos de la población, incluyendo acciones mitigatorias materno-infantiles, entre otras (2, 29, 30). Esto constituyó un claro antecedente del asistencialismo focalizado de los noventa.

Por otro lado, se considera que hubo otro importante problema adicional, ya que el *Primary Health Care* del inglés fue traducido como “atención primaria en salud” cambiando el término “cuidado” por “atención” que, de conjunto con el confuso “primario” en lugar de “integral”, debilitaron la traducción desde el propio concepto. En un artículo publicado por Tejada (15) se señala que el término “cuidado de la salud” expresaría mejor el sentido primigenio de la reunión de Alma Ata. Aclarando que esta concepción de cuidado (*care*, en inglés) nada tenía ni tiene que ver con la concepción del cuidado de la vida y salud de las epistemologías andino-amazónicas de la región.

En resumen, esa situación marca que siempre APS (integral o selectiva) fue una estrategia de atención de “servicios básicos de salud” o de atención médica para las periferias. En ese camino, la carga política de la idea de “Salud para Todos” de Malher de 1975, y la necesidad de un nuevo orden mundial, quedaron en enunciados diplomáticos loables, pero materialmente inconsistentes con la geopolítica dominante de la etapa y con las propias políticas que la OMS y la Unicef, junto con otros actores globales, impulsaron en esos años.

De la revisión y sistematización realizada, no hay duda de que el término APS generó una gran dispersión de experiencias, trayectorias y prácticas que todavía se mantiene. Hay países donde la categoría remite exclusivamente al primer nivel de atención basado en extensión asistencial primaria en establecimientos sanitarios, mientras que en otros es sinónimo de programas especiales para los más pobres basados en esquemas idealizados de salud comunitaria, en otros a servicios básicos de salud o a veces hasta consiste en una oficina o en una dirección estatal de los ministerios de salud pública.

Algunas corrientes salubristas intentaron describir esto como una confusión, como una falta de cumplimiento de los mandatos y credos fundacionales de la APS, y se esfuerzan actualmente por marcar con todo su empeño en corregir, arreglar, para retornar o volver a una supuesta originalidad violentada de la estrategia de APS para el Sur global.

Los autores que promueven la APS en Latinoamérica y el Caribe (31) reconocen que su ambigüedad ha servido para todo: impulso de programas locales realmente transformadores que construyeron prácticas territoriales de salud con impactos sociosanitarios; promoción de paquetes de servicios por parte de los organismos financieros; atención primitiva de la salud para pobres (29); construcción de un nivel de atención dentro del esquema organizacional jerárquico-funcional de niveles de atención de los sistemas sanitarios eurocéntricos, e incluso discursos panamericanos salubristas nostálgicos de una APS idealizada que se le presenta a las comunidades, poblaciones y sociedades aún hoy como la respuesta a sus problemas (30).

Desde la década de los setenta, con la reunión de Alma Ata (2), pasando por los enunciados de la estrategia global de APS, la APS selectiva promovida por Unicef y Rockefeller (32), las reformas impulsadas por el Banco Mundial, y la adaptación de la APS al manejo social del riesgo y a la carga de enfermedad individualizada para la atención de grupos vulnerables (22), la atención primaria en salud se convirtió en uno de los ejes fetiches del discurso político sanitario para el Sur global.

Sin embargo, esta propuesta no solo fue absorbida por el pensamiento científico moderno en salud (1), a través de sus engranajes biomédico clínico, de salud pública funcionalista y médico-social eurocéntrico, sino que también se materializó en experiencias de atención sanitaria con intervenciones costo-beneficio dirigidas a los sectores más empobrecidos de la sociedad. En muchos casos, esto se tradujo en una “atención para pobres” (29) o simplemente en la reproducción de discursos idealizados médico-sociales desarrollistas (1).

A partir de la revisión, sistematización y análisis que viene desarrollando CLACSO, en este breve texto se puede considerar que la APS se transformó progresivamente en un mito y símbolo de seducción de una especie de enunciado totalizante descrito como una supuesta estrategia que todo lo contiene y todo resolvería el día que fuera comprendida e implementada correctamente. Es decir, solo es un problema de implementación.

Así en 2003, con ocasión de los 25 años de la reunión de Alma Ata, la Organización Panamericana de la Salud promovió un proceso de análisis y evaluación de la APS que describió algunas lecciones aprendidas resaltando la confusión en el uso del término, la imposibilidad para revertir la medicalización imperante, la ausencia de formación de profesionales y técnicos dirigidos más a la salud que al control de enfermedades. Como resultado del proceso, se elaboró una propuesta que hoy se conoce como “APS renovada” y se complementa con las Redes Integradas de Servicios de Salud y Sistemas de Salud basados en la APS (33). Es decir, arreglos a la iniciativa global de los setenta.

En el 2018, a los cuarenta años de la Conferencia de Alma Ata, bajo el auspicio de la OMS y Unicef en la República de Kazajistán, cuya nueva capital es Astana, se impulsó una nueva Conferencia para actualizar el compromiso geopolítico global con la APS. Los resultados de esa conferencia fueron colocar a la APS al servicio de la Cobertura Universal de la Salud (21), estrategia desarrollada para la expansión de mercados de coberturas financieras para hacer del

aseguramiento el mecanismo fundamental de acumulación de capital en el campo de los de sistemas de salud (34).

A más de cuarenta años de Alma Ata, se mantiene el panorama. Se han realizado numerosas reuniones, congresos y comisiones para analizar las causas de las causas que impidieron una correcta implantación de la estrategia en el Sur global, y se sigue esperando ilusoriamente un nuevo orden o contexto para volver a la APS de Alma Ata.

Discusión: Hacia el cuidado integral e intercultural de la salud y la vida

Ante esta breve revisión, este artículo abre la posibilidad de replantearse la conveniencia y pertinencia de seguir usando una categoría como APS y todas sus terminologías y mitos anexos. A pesar de estar rodeadas de estima por múltiples actores sociosanitarios y de algunas experiencias loables de equipos de salud a nivel local en Latinoamérica y el Caribe, aún hoy en la región se desconoce, invisibiliza y descontextualizan las implicaciones del diseño de la propia estrategia global de APS como geopolítica para el Sur, y especialmente sus lagunas en los fundamentos técnicos-metodológicos como las implicaciones del mito en los sistemas de salud de la región (22).

Aún hay movimientos de sociedad civil, actores sociales, academias que insisten en su rescate y resignificación. Es un debate en curso, sin embargo, los autores asumimos en esta discusión la necesidad de construir una nueva categoría, menos confusa y mitológica, que rompa con la colonialidad del poder y saber del *mito*, y exprese más claramente estrategias de respuesta a las necesidades en los contextos sanitarios en y desde el Sur.

Haciendo un uso del planteamiento dialéctico de suprimir, conservar y superar, creemos que se debe conservar de la APS aquellos aportes útiles y pertinentes, pero superar sus enormes limitaciones, para construir una propuesta de una nueva categoría: el *cuidado integral e intercultural de la salud y la vida* como parte del marco categorial de los estudios críticos para la refundación de los sistemas de salud (2).

En esta breve revisión, desde el pensamiento crítico en salud (1) se introduce la necesidad de superar este *mito de la APS* y avanzar hacia el *cuidado integral e intercultural de la salud y la vida* (CIIS): **cuidado**, en vez de atención; **integral e intercultural**, en vez de primaria, rompiendo con las reminiscencias asistencialistas, expresión del modelo biomédico salubrista hegemónico, que nos conduce a un concepto de atención con una clara asimetría, donde unos, el equipo médico sanitario y los trabajadores de salud, saben, conducen y dirigen e incluso convocan a participar, y por otro lado, las personas, familias y comunidades, pasivamente aceptan estos saberes y directrices de una acción médica-sanitaria orientada por la biomedicina

clínica occidental, y por una salud pública profundamente normativa, funcionalista, instrumental y autoritaria (35).

En primer lugar, hay que señalar que el cuidado integral e intercultural de la salud y la vida no es una propuesta aislada o una estrategia de reemplazo de un modelo de atención, sino que es parte del marco categorial para transformar radicalmente las teorías y políticas de los sistemas de salud en el siglo XXI y las formas de cómo se entiende y se produce pensamiento crítico latinoamericano caribeño en salud desde y para el Sur global (1). El cuidado integral de la salud entonces forma parte de una propuesta que el pensamiento crítico viene construyendo hacia la refundación de los sistemas de salud (36).

Se trata de cuidado integral e intercultural de la salud en el marco de una propuesta de refundación que asume la transición de una vigilancia epidemiología clásica al monitoreo epidemiológico crítico en los territorios con cartografías socioculturales del proceso de salud-enfermedad y comprensión del vivir bien (37), de actualización de la economía política de los sistemas de salud para construir financiamientos comprendiendo las determinaciones internacionales de la salud particularmente de dependencias al complejo médico industrial financiero y caminar hacia una estrategia de soberanía sanitaria (38).

El cuidado integral e intercultural de la salud y la vida busca nutrirse de un sistema de conocimientos donde las epistemologías del buen vivir y vivir bien (39) sustituyen progresivamente en nuestras concepciones y prácticas a los sistemas de conocimientos eurocéntricos panamericanos. Incorporar el *vivir bien* en las estrategias político-sanitarias en el Sur global (39), en primer lugar, implica un reaprendizaje donde las y los salubristas académicos, gestores públicos como de movimientos sociales debemos tener mucho *cuidado* de canibalizar, frivolar o realizar extractivismos epistémicos usando solamente como consigna líquida el *vivir bien o el buen vivir*.

El *vivir bien* implica un sistema de conocimientos con una epistemología ancestral absolutamente desconocida por la academia universitaria y más aún por el salubrismo latinoamericano caribeño. Esto implica que más que repetirla como consigna política, es necesario estudiarla, comprenderla para aproximarse respetuosamente a practicarla reconociendo que las y los protagonistas del saber son Otros. Introduce un saber escuchar, desintoxicarse, reaprender y comprender la naturaleza y la vida, des-monoculturalizar los sistemas de conocimientos sanitarios incorporados desde el eurocentrismo y panamericanismo (sean médico-sociales europeos/latinoamericanos y/o biomédicos sanitarios funcionalistas), impulsar diálogos interculturales como dimensión política y metodológica –no solo instrumental idiomática– para romper las asimetrías coloniales, raciales y territoriales que aún se reproducen (1).

Percatarse de este giro decolonial del cual parte el cuidado integral e intercultural de la salud, implica estar dispuestos a un giro epistémico en el saber, conocer y hacer (1, 39).

El segundo cuestionamiento a los modelos de atención dominantes tanto salubrista biomedicalizados o médico-sociales es que estos están caracterizados por tres componentes: primero, están organizados por niveles en primer nivel, segundo nivel, tercer nivel, cada uno de ellos centrados en expansión de establecimientos sanitarios sean hospitalarios o unidades descentralizadas. El tercer nivel es el hospital, el segundo nivel es la clínica o ambulatorio especializado, y el centro de primer nivel de atención es el consultorio o el núcleo de “atención primaria” en las comunidades.

El cuidado integral e intercultural implica un nuevo modelo organizacional, y un nuevo modelo relacional de reciprocidad, comunalidad y complementariedad. Un modelo organizacional ya no por niveles, sino por redes de sistemas instituidas por territorios, territorialización y territorialidades del cuidado integral e intercultural de la salud y vivir bien (40).

Pero, vale alertar, que no se trata de cambios de denominación, se requiere un cambio sustancial de las formas de organización del trabajo y relacionamiento con comunidades de vida – asumiendo comunidad desde epistemologías del vivir bien y no del comunitarismo anglosajón–, centrando en el territorio social donde se insertan esos establecimientos. Ese es un cambio sustancial, porque el eje del sistema de salud deja de estar en el establecimiento de salud o en las estrategias de APS en los barrios o comunidades como extensión de cobertura, para estar centrados en comprender, construir praxis y actuar sobre el territorio social, donde se reproducen socioculturalmente las determinaciones de la salud humana y colectiva, el cuidado colectivo e integral de la vida.

En un intento de definición del cuidado integral e intercultural de la salud y la vida se propone ubicar cuatro categorías conceptuales: integralidad, interculturalidad, complejidad y transdisciplinariedad.

Partimos de la repolitización y fortalecimiento de la *integralidad*, entendiéndola como una envolvente red de respuestas interdependientes sobre la salud y la vida. Construir prácticas que se centren en estrategias de producción de cuidado integral (39) implica asumir apuestas: el trabajo en equipos transdisciplinarios, la creación de espacios de encuentro clínico y/o territorial para que suceda el cuidado, los vínculos, lazos y co-responsabilidad en la salud colectiva con y desde el Otro, el reconocimiento y puesta en valor de otras formas de producción de conocimiento para construcción de respuestas de cuidado en salud y vivir bien nutriéndose de la subjetividad individual y colectiva, de modos de vida y comunidad, de ecología de saberes y deseos de las personas y equipos sanitarios, otros.

Seixas y Merhy (41) ponen acento en cómo la integralidad fue reducida a una mera normativa de referencia-contrarreferencia de casos clínicos según niveles de especialidad. Estos autores describen que, en el proceso de trabajo en salud,

es frecuente encontrarnos con la idea de que resolver de forma inmediata las cuestiones que se presentan, normalmente a través de derivaciones o prescripciones, significaría integralidad, incluso si esa persona sale de allí con la sensación de que su problema no fue resuelto, y vuelva numerosas veces al servicio, sin quejas específicas. ¿Es ajena esta situación a los servicios en salud? ... ¿cómo cargar a la "integralidad" de sentidos y significados productores de más salud, de más vida? ¿Cuáles son esos sentidos y significados? Y a partir de allí ¿cómo potencializar la producción del cuidado en nuestras prácticas?

Producir integralidad incluye construir tecnologías en salud —*duras, blandas-duras o blandas*—, donde es indispensable posicionar las tecnologías blandas, basadas en prácticas de *saber-hacer* dentro del proceso de trabajo en salud. Estas tecnologías deben ser consideradas como componentes clave de la acción, priorizando el cuidado integral en los sujetos, la comunidad —en clave del vivir bien— y en la espacialidad de los territorios, en lugar de enfocarse en los procedimientos, la repetición normativa-asistencial, vertical y el lugar estático del establecimiento sanitario (41). Seixas y Merhy (41) señalan que para concretar la integralidad es necesario contar con un proyecto ético-político sustentado en el reconocimiento de que la vida del otro vale la pena.

El cuidado integral e intercultural en salud parte de una combinación de categorías conceptuales y estrategias de acción que se desarrollan en los diversos espacios y momentos de la vida.

Categorías conceptuales que organizan el cuidado integral e intercultural:

- La determinación e interseccionalidades críticas en la salud humana y colectiva,
- La interculturalidad y los aportes de los feminismos decoloniales comunitarios para repensar y actuar en los procesos territoriales atravesados por una epidemiología de la racialización y el racismo junto al sexismo y clasismo sobre las formas de nacer, vivir, trabajar, hacer comunidad, enfermar y morir.
- Estrategias de acción: preventivo-promocionales y de cuidado integral e intercultural a nivel singular, grupal y colectivo, de monitoreo participativo y epidemiológico crítico como también estrategias de cuidados continuos necesarios incluso en la curación y rehabilitación a nivel individual-familiar.

Espacios de la vida sociocultural y escalas de observación como de intervención:

- Laboral, comunitario, territorial, familiar, e individual.
- A lo largo de todo el ciclo de la vida, del nacimiento a la muerte.
- Con una amplia participación de las y los sujetos implicados a todos los niveles, como cuestión de rupturas en las asimetrías de poder, de capacidad real para decidir y eje transversal de las relaciones humanas y con la naturaleza más democráticas, pluridiversas.

Por eso, el cuidado integral e intercultural de la salud y el vivir bien solo puede dinamizarse desde el territorio, comprendido como el espacio social donde se desarrolla y reproduce la vida, y sus intersecciones críticas por clase social, etnia-raza y género (42). Cuidado integral y territorio deben ser el punto de partida de las nuevas territorialidades de los servicios y sistemas de salud, que privilegian políticas y prácticas para la promoción del vivir bien.

En las multiescalas de los territorios (43) se expresan los modos colectivos de vida y salud, la comunidad de vida en términos de armonía de lo común y colectivo, donde los clásicos factores de riesgo aislados, o el conteo de casos de enfermedad clínica y defunciones reducen marcos de comprensión y por supuesto al mismo tiempo marcos de actuación sanitaria. Producir tecnologías de saberes para abordajes integrales e interculturales de los procesos que en el territorio protegen o dañan la salud de la comunidad de vida, requiere una reconfiguración de las estrategias de cuidado integral en la propia arquitectura del sistema de salud con una reimaginación de la territorialización de nuevas prácticas sanitarias.

Cuidado que a veces los equipos sanitarios denominan *territorio* a delimitaciones administrativo-burocráticas, a cartografiar datos clínicos de enfermedades y muertes en un mapa o a considerar una población a cargo dentro de un área o espacio definido por los propios servicios en salud pública.

La *transdisciplinariedad en salud* (44) para operacionalizar nuevas prácticas en el territorio como unidad particular geopolítica heterogénea, implica una reinvención del *saber-hacer* en salud que propicien encuentros de sistemas de conocimientos y de saberes con la comunidad, más que accionar con programas verticales y centralizados con participación comunitaria instrumentalizada que constituyen una huella del colonialismo sanitario y que hasta nuestros días se reproducen en los enfoques de salud comunitaria.

Hilvanar tecnologías blandas de equipos transdisciplinarios que comprendan un *saber-hacer* basado en cartografías de los procesos de salud-enfermedad, monitoreo participativo y crítico con acciones simultáneas en organización y gestión de los cuidados en salud a nivel singular y territorial es la respuesta que propone producir la CIIS.

En definitiva, entender al cuidado integral e intercultural de la salud como una estrategia y como una comunidad de aprendizajes como de prácticas centradas en el territorio y las territorialidades de los modos de vida colectivos, donde la salud está estrechamente entrelazada a la vida y coloca al horizonte del vivir bien y la armonía con la naturaleza como una aproximación inacabada, en construcción, pero que plantea puntos de partida nuevos.

La territorialización implica un cambio en las formas de organizar el trabajo en salud y las prácticas sanitarias con cambios en las escalas de observación, comprensión, gestión, trabajo y actuación (45). Es una estrategia que permite pasar del paradigma de la atención sanitaria

a la enfermedad –más o menos universal, más o menos asistencial, con más o menos APS–, al de estrategias promocionales del vivir bien y el cuidado integral de la salud, desarrollando nuevas iniciativas de gestión del cuidado, participando de la construcción de la estrategia la ecología de saberes de las comunidades de vida, unido a una reinención transdisciplinar de la formación político-sanitaria especialmente abocada para el cuidado clínico-comunitario integral, humanizado, complejo e intercultural (44).

Una observación necesaria, la complejidad del cuidado

El cuidado es un término polisémico, en el que la atención a un daño social en salud y en la vida constituye una etapa quizás inicial, pero insuficiente para comprender su verdadera dimensión (46). El cuidado es un proceso mucho más abarcativo, complejo, simultáneo con diversos subprocesos, que abarca no solo el ámbito de lo individual, sino también de lo colectivo (47).

Por supuesto, el cuidado es más que mantener un equilibrio biológico. También incorpora la dimensión de la vida en toda su complejidad, incluso en la experiencia de vivir bien, que si bien está fundada en una interconexión biológica-social-racial/colonial-natural, no se reduce a ella.

Desde el pensamiento crítico latinoamericano en salud (1), proponer el cuidado integral e intercultural de la salud y la vida contempla la complejidad de las múltiples y diversas concepciones que tiene el término, sus terminologías anexas en cada caso y las diferencias epistémicas de la concepción del *cuidado* como categoría en el Sur y en el Norte global. A continuación, mencionaremos algunas brevemente.

Para Emerson Merhy y Feuerwerker (48), la producción del cuidado es un proceso de aprendizaje colectivo y permanente que tiene protagonistas: los sujetos, grupos y/o la comunidad en clave vivir bien del Abya Yala, las y los trabajadores y gestores de salud:

Una buena ocasión para romper la lógica dominante en salud es su deconstrucción en el espacio de la micropolítica, en el de la organización del trabajo vivo en acto y de sus prácticas, en las que la acción protocolar de los núcleos profesionales no consigue por se producir el cuidado (48).

Desde la ética del cuidado, se señalan cinco dimensiones (44): 1. Visibilizar al colectivo en sus particularidades. 2. Acciones que procuran la vida y la salud en co-responsabilidad 3. Aplicación compartida y eficaz de sistemas de conocimientos pertinentes, 4. Receptividad y reciprocidad y 5. Procesos de organización.

En el campo de la salud, se viene trabajando hace décadas en la concepción del proceso de producción subjetiva del cuidado (49). Se parte del supuesto de que los equipos transdisciplinarios de salud actúan de un modo singular en la producción del cuidado, es decir, cada uno de ellos, trabajadores del cuidado, actúa de forma diferente y creativa en el encuentro singular o comunitario aunque estén bajo la misma directriz normativa de un

modelo de atención, curación o rehabilitación a nivel individual, particular o colectivo. Esto revela que el proceso de trabajo en salud y vivir bien es imposible pensarlo y especialmente accionarlo desde una lógica estandarizada y repetitiva, pues las prácticas de cuidado integral e intercultural en salud y vivir bien para el contexto de Latinoamérica y el Caribe están mediadas por la singularidad de cada uno y cada una de las subjetividades, colectividades, interculturalidad, territorios, procesos singulares y colectivos de salud. Actualmente, en las ciencias médicas, de forma hegemónica, se estructuran escenarios de un devenir de la producción del cuidado marcado por un modelo tecno-asistencial centrado en procedimientos de reparación fisiopatológica, con medicalización y a su vez deshumanización, racialización y un alto consumo de insumos y tecnologías que estructuran respuestas mecanicistas, reduccionistas e ineficaces (49).

Por ejemplo, en la enfermería como campo feminizado de trabajo en salud, se continúa concibiendo el *cuidado* como el centro de su acción profesional disciplinar. Pero generalmente su observación y práctica es desde una perspectiva biomédica clínica y reduccionista, que limita el cuidado a la acción de la enfermería sobre el paciente.

Una alerta necesaria: *cuidado* en las políticas y en los sistemas de cuidados

Además de revisar el proceso de producción del cuidado, es necesario en este breve texto de revisión también realizar una consideración contemporánea sobre la complejidad de la categoría *cuidado*, desde las tesis que sustentan y dominan las políticas públicas que hoy se están reproduciendo en la región latinoamericana caribeña.

Las políticas sobre la organización social del cuidado (50) se fundamentan en una concepción epistemológica de los movimientos feministas eurocéntricos (51) que aún tienen un peso significativo en Latinoamérica y el Caribe.

De forma acertada, como describe la literatura especializada en la región latinoamericana caribeña, las mujeres realizan cerca del 80 % del trabajo de cuidados no remunerado y son amplia mayoría en el trabajo de cuidados remunerado (trabajo doméstico remunerado y no remunerado) (52). Este pensamiento feminista devela el contenido afectivo y relacional de ese cuidado, denunciando su carácter feminizado, y las formas de ocultamiento y discriminación en sociedades capitalistas y patriarcales. Esta concepción evidencia lo material e inmaterial, público y privado, físico y emocional del cuidado, que están profundamente imbricados. Este feminismo aporta un elemento fundamental al demostrar que las tareas de cuidado son un trabajo imprescindible para la reproducción social de la vida en el capitalismo contemporáneo (52).

Ahora bien, la primera observación, tomando aportaciones sustanciales de los feminismos negros, decoloniales, comunitarios sobre la categoría “género” (*gender* en inglés) que propuso

el feminismo eurocéntrico anglosajón dominante (51), ubica a estas dinámicas del patriarcado en el Norte global como formas de poder estructurante de una producción de relaciones sociales asimétricas (productivas y reproductivas) entre lo femenino y masculino en el seno de las sociedades modernas del capitalismo del centro global.

Como lo expresa Yuderkys Espinoza (53), la idea universal de la organización social de cuidados asociadas a la categoría de “género” no corresponden a la experiencia y la situación de las mujeres racializadas, deshumanizadas y ancladas en la zona del No-Ser del Sur, por ejemplo de Latinoamérica y el Caribe (54). Múltiples investigaciones en el Sur muestran una organización racializada de los cuidados basados en un orden jerárquico que más que genderizado, es esencialmente racista y clasista (55).

Las corrientes del feminismo eurocéntrico y anglosajón implantaron estas tesis de la organización social del cuidado basadas en las relaciones productivas y reproductivas del Norte global implantadas en la región de Latinoamérica y el Caribe. Este feminismo eurocentrado académico y social aún tiene profundas incomprendiones interculturales de la organización del cuidado de la vida en las comunidades del Abya Yala (56), lo que lleva a estas a consideraciones de inferiorización moderna colonial, de relativismo cultural o incluso a la descalificación (57).

La segunda observación, más preocupante aún, es como las geopolíticas del Departamento de Protección Social y Género del Banco Mundial (58), de la División de Salud y Protección Social del Banco Interamericano de Desarrollo (BID) (59) asociadas junto a la Comisión Económica y Social de Latinoamérica (CEPAL) (60) desarrollaron un nuevo componente de las reformas neoliberales basadas en el manejo del riesgo social (61), los sistemas de pensiones basados en capitalización individual, el pluralismo estructurado para sistemas de salud conectado a las vigentes políticas y reformas denominadas de políticas de sistemas nacionales de cuidado. Una revisión de estos convenios y documentos (58, 59) en la región muestran lo siguiente:

- Las propuestas de políticas y sistemas de cuidados parten del objetivo de que un número cada vez mayor de personas con dependencia accedan a servicios de cuidado para realizar actividades básicas e instrumentales de la vida diaria (59).
- Mejorar la empleabilidad de las mujeres y la relación actual entre el trabajo productivo-reproductivo dentro del desarrollo económico capitalista (58) es un objetivo.
- Todos los viejos programas y políticas neoliberales de individualización de manejo del riesgo social y asistencialismo focalizado se genderizaron (se les da un enfoque de género clásico) y los están reconvirtiendo en políticas y en las bases materiales de lo que se denominan actualmente sistemas de cuidados (58).
- Se institucionalizaron políticas de cuidados sobre la focalización, en la lógica de grupos vulnerables (cuidadoras de ancianos, infancias, enfermedades, entre otros), incluso

reconvirtiendo los viejos programas de asistencialismo focalizado a grupos vulnerables como bases organizacionales de los sistemas de cuidados.

- Parten de principios organizativos que fueron las bases de las reformas neoliberales a las protecciones sociales y los sistemas de salud: definir quiénes serán los beneficiarios del sistema (prueba de medios), establecer cuáles son los servicios y los beneficios que entregará el sistema (garantías explícitas o paquetes), determinar cómo se asegurará que dichos servicios sean de calidad y precisar una estrategia de financiamiento (subsidio a la demanda) (62).

Sin duda, en esta breve revisión solo se deja establecida una alerta sobre la necesidad de profundizar en el estudio de la selectividad y los sesgos en los que ciertos postulados de teorías, políticas y sistemas sobre la organización social de los cuidados en Latinoamérica y el Caribe actualmente reproducen un conjunto de presupuestos y tesis especialmente lideradas por el BID, Banco Mundial y la CEPAL. Instituciones que no producen diálogos transdisciplinarios, interculturales y epistémicos para replantear teórica y políticamente cómo descolonizar las bases y fundamentos eurocéntricos y neoliberales del campo de la salud, las protecciones sociales y los cuidados en el Sur.

A modo de cierre

La revisión y caracterización de la APS como mito global deja evidentes marcas en su conceptualización y sus fundamentos, así como en las geopolíticas que llevaron a su establecimiento como estrategia para el Sur. La breve descripción realizada en la revisión, caracterización y análisis de la APS como iniciativa geopolítica del Norte global abre múltiples interrogantes y a su vez invita a colegas de la región a continuar este proceso de discusión.

Al mismo tiempo, se realiza una breve introducción a la descripción de la propuesta de cuidado integral e intercultural de la salud y la vida centrado en la organización, trabajo, gestión y gobierno de una estrategia de procesos de producción de cuidado en salud y vivir bien, desde una micropolítica de la transformación del vínculo, de la reorganización del cuidado y del territorio en comunidad (63), y no de la atención y reparación fisio-patológica de lo que llamamos enfermedad, dependencia o daño social a la salud y la vida.

Esta propuesta —en construcción e inacabada— transita por implicaciones teóricas, políticas y metodológicas. Sin embargo, es un potente proceso para enfrentar lo que hoy caracteriza al modelo de atención sanitaria tradicional y a los intentos de repetidas recetas de arreglos instrumentales en la región. Dicho modelo se ha consolidado como un sistema profundamente deshumanizado, racializado y mercantilizado del cuidado de la salud y la vida en los territorios y territorialidades latinoamericanas caribeñas. Abrir un giro para descolonizar el mito de la APS es fundamental, ya que recurrentemente se continúa planteando con la nostalgia de volver a una estrategia global creada por el Norte para el Sur global, incluso repitiendo una y otra

vez a las familias, comunidades y poblaciones de Latinoamérica y el Caribe que la APS mágicamente resolverá los nudos críticos de los sistemas de salud pública cuando sea implantada correctamente. En esta desconexión del mito de la APS con las realidades y contextos de nuestra región radica la importancia de recuperar una micropolítica (63) de la gestión del cuidado integral e intercultural de la salud y la vida que responda a las necesidades territoriales, demográficas, epidemiológicas y socioambientales del Sur.

El cuidado integral e intercultural de la salud y el vivir bien también son formas de enfrentar la medicalización de la vida y la mercantilización de la salud, de construir respuestas metodológicas desde una soberanía sanitaria basada en prácticas de un *saber-hacer* situado sobre los procesos de vivir, trabajar, hacer comunidad, enfermar y morir. Además, busca superar las formas dominantes de organización del proceso de trabajo en los sistemas de salud para el siglo XXI.

Por último, el cuidado integral e intercultural de la salud y la vida, para el siglo XXI, implica comprender los desafíos y nudos críticos en la configuración de respuestas integrales, espirales y transdisciplinarias a los acumulados de múltiples opresiones por racialización, sexismo y clasismo que impactan en la salud humana y colectiva que históricamente nos marcan los feminismos negros, decoloniales y comunitarios (64).

El CIIS busca materializar respuestas metodológicas y prácticas a la complejidad de las determinaciones de la salud (37) e interseccionalidades (42, 64) que se entrelazan y se acumulan en los diversos espacios y momentos de la vida –y los territorios–, abriendo transiciones en dejar de administrar programas, enfermedades, dependencias o establecimientos sanitarios para pasar a construir otras respuestas situadas a los condicionantes y adversidades en salud en nuestros territorios y territorialidades del Sur.

Referencias

1. Basile G. Desafíos y actualidad del pensamiento crítico latinoamericano en salud desde el sur, hoy. En: México en el pensamiento crítico latinoamericano en salud desde el sur. CENADEH-CNDH; 2024.
2. Basile G, Feo Istúriz O. Hacia una epistemología de refundación de los sistemas de salud en el siglo XXI: aportes para la descolonización de teorías, políticas y prácticas. Rev Fac Nac Salud Pública. 2022;40(2).
3. Bryant J. Health and the Developing World. Cornell University Press; 1969.
4. Cueto M. The origins of Primary Health Care and selective Primary Health Care. Am J Public Health. 2004;94(11):1864-74.
5. Taylor CE, ed. Doctors for the Villages: Study of Rural Internships in Seven Indian Medical Colleges. New York: Asia Publishing House; 1976.
6. Newell KW. Health by the People. Geneva: WHO; 1975.

7. Paterson G. The CMC Story, 1968–1998. *Contact*. 1998;(161-162):3-18.
8. Segura del Pozo J. Salud pública, atención primaria y salud comunitaria: tres ramas del mismo árbol. *Gac Sanit*. 2021;35:107-8.
9. Silva Paim J. Medicina comunitaria: introducción a un análisis crítico. *Salud Colectiva*. 2009;5(1):121-6.
10. Lalonde M. A new perspective on the health of Canadians. Ottawa: Department of National Health and Welfare; 1974.
11. Pearson LB. *Partners in Development*. New York: Praeger; 1969.
12. World Health Organization. *Handbook of Resolutions and Decisions of the World Health Assembly and Executive Board*. Vol.1, 1948–1972. Geneva; 1973. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/79012>
13. Mahler HT. Social Perspectives in Health: Address in Presenting His Report for 1975 to the Twenty-Ninth World Health Assembly, Geneva, 4 May 1976. WHO Library. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/86025>
14. Feo O. ¿Debemos insistir con la APS? ¿O nos atrevemos a cambiar? En: *Lecturas Básicas de Medicina Social y Salud Colectiva*. 2016.
15. Tejada de Rivero D. Alma Ata; 25 años después. *Perspectivas de Salud*. OPS. 2003;8(1).
16. Fassin D. Entre ideología y pragmatismo. Ambigüedades y contradicciones de la participación comunitaria en salud. En: Menéndez EL, Spinelli H, eds. *Participación social: ¿Para qué?*. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2006. p. 81-115.
17. González CL. Atención médica de la población dispersa. *Bol Oficina Sanit Panam*. 1968;Febrero.
18. Hamlin M. Donde comienza la vida comienza la Atención Primaria en Salud. Comité Regional de Promoción de Salud Comunitaria; 2003.
19. Rovere M. La atención primaria en la encrucijada: desplegar su potencial transformador o quedar instrumentados en una nueva ofensiva privatizadora. *Saúde Debate*. 2018;42:315-27.
20. Giovanella L, Vega R, Tejerina-Silva H, Acosta-Ramírez N, Parada-Lezcano M, Ríos G, Feo O. ¿Es la atención primaria de salud integral parte de la respuesta a la pandemia de Covid-19 en Latinoamérica? *Trab Educ Saúde*. 2020;19.
21. OMS. Declaración de Astana. Global Conference on Primary Health Care. Astana, Kazakhstan; 2018. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-SDS-2018.61>
22. Basile G. La salud colonizada por el desarrollo: América Latina y el Caribe entre el panamericanismo y la soberanía sanitaria regional. En: *Pensamiento crítico latinoamericano sobre desarrollo*. Madrid: Los Libros de la Catarata; Instituto Universitario de Desarrollo y Cooperación; 2020.
23. Dos Santos T. Nota del editor. La cuestión de la teoría de la dependencia. *Espacio Abierto*. 2018;27(1):201-36.
24. Wallerstein IM. *Geopolitics and Geoculture*. Ed KAIROS; 2012.

25. Litsios S. The long and difficult road to Alma-Ata: a personal reflection. *Int J Health Serv.* 2002;32(4):709-32.
26. World Health Organization. Expert Committee on Public-Health Administration: First Report. *Tech Rep Ser.* 1952;(55).
27. League of Nations. Report of the Intergovernmental Conference of Far-Eastern Countries on Rural Hygiene. Bandoeng, Java; 1937.
28. Diccionario de la Real Academia Española. Palabra “primaria”. *DRAE*; 2004.
29. Testa M. Atención ¿Primaria o Primitiva? de salud. En: *Pensar en Salud*. Buenos Aires: Lugar Editorial; 1993.
30. Giovanella L. Atenção Primária à Saúde: seletiva ou abrangente? *Cad Saúde Pública.* 2008;24(suppl 1).
31. Rovere M. Atención Primaria de la Salud en Debate. *Saúde Debate.* 2012;36(94).
32. Brown TM, Cueto M. The World Health Organization and the World of Global Health. In: Parker R, Sommer M, eds. *Routledge Handbook of Global Public Health*. Abingdon: Routledge; 2010.
33. OPS. La Renovación de la Atención Primaria en Salud en Las Américas. Washington; 2007.
34. Feo Istúriz O, Basile G, Maizlish N. Rethinking and Decolonizing Theories, Policies, and Practice of Health from the Global South. *Int J Soc Determinants Health Health Serv.* 2023;53(4):392-402.
35. Granda E. A qué llamamos salud colectiva, hoy. *Rev Cubana Salud Pública.* 2004;30(2).
36. Basile G, Hernández Reyes A. Refundación de los Sistemas de Salud en Latinoamérica y el Caribe: descolonizar las Teorías y Políticas. 1ª ed. Buenos Aires: CLACSO; 2021.
37. Breilh J. *Critical Epidemiology and the People's Health*. New York: Oxford University Press; 2021.
38. Basile G. Hacia una Salud desde el sur: epistemología decolonial y de soberanía sanitaria. *J Soc Med.* 2022;15(2).
39. Bautista R. Hacia una constitución del sentido significativo del “vivir bien”. *Plural Editores*; 2010.
40. Iñiguez Rojas L. Territorio y contextos en la salud de la población. *Rev Cubana Salud Pública.* 2008;34(1).
41. Seixas C, Merhy E. La integralidad desde la perspectiva del cuidado en salud. *Salud Colectiva.* 2016;12(1):113-23.
42. Viveros M. *Interseccionalidad. Giro decolonial y comunitario*. 1ª ed. Buenos Aires: CLACSO; Amsterdam: TNI; 2023.
43. Santos M. 2º Parte: Geografía, Sociedad y Espacio. Capítulo XIII: El espacio como instancia social. *Gestión Ambiente.* 2009;12(1):149-55.
44. Almeida-Filho N. Complejidad y transdisciplinariedad en el campo de la salud colectiva: evaluación de conceptos y aplicaciones. *Salud Colectiva.* 2006;2(2):123-46.
45. Spinelli H. Sentirjugarhacerpensar: la acción en el campo de la salud. Remedios de Escalada: UNLa; 2022.

46. Hersch-Martínez P, Salamanca-González MG. El cuidado y los procesos de atención-desatención como referentes analíticos y operativos para la salud colectiva. *Rev Fac Nac Salud Pública*. 2022;40(1):e345191.
47. Feuerwerker LMC. *Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação*. Porto Alegre: Rede UNIDA; 2014.
48. Merhy EE, Feuerwerker LCM. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. En: Mandarino ACS, Gomberg E, eds. *Leituras de novas tecnologias e saúde*. São Cristóvão: Editora UFS; 2009.
49. Batista T, Merhy E. El reconocimiento de la producción subjetiva del cuidado. *Salud Colectiva*. 2011;7(1):9-20.
50. Batthyány K. Organización social del cuidado y crisis sanitaria en América Latina y el Caribe. *LASA Forum*. 2020;51(3).
51. Lugones M. Colonialidad y género. En: *Tejiendo de otro modo: feminismo, epistemología y apuestas descoloniales en Abya Yala*. Buenos Aires: CLACSO; 2014. p. 57-73.
52. Batthyány K. Género, cuidados familiares y uso del tiempo. En: *El Uruguay desde la sociología VII*. Montevideo: Departamento de Sociología, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de la República; 2009.
53. Espinoza Y. De por qué es necesario un feminismo descolonial. En: *Ensayos sobre género y sexualidad*. Barcelona: Icaria Editorial; 2022.
54. Grosfoguel R. El concepto de «racismo». En: Michel Foucault y Frantz Fanon: teorizar desde la zona del ser o desde la zona del no-ser. *Tabula Rasa*. 2012;(16):79-102.
55. Cumes A. La “india” como “sirvienta”: servidumbre doméstica, colonialismo y patriarcado en Guatemala [Tesis doctoral]. México: CIESAS; 2014.
56. Paredes J. Entronque patriarcal: la situación de las mujeres de los pueblos originarios de Abya Yala después de la invasión colonial de 1492 [Maestría]. Buenos Aires: FLACSO; 2018.
57. Lamas M. Dimensiones de la diferencia. En: *Género y política: antología esencial*. Buenos Aires: CLACSO; 2022.
58. Banco Mundial. Género. 2022. Disponible en: <https://www.bancomundial.org/es/topic/gender/overview>
59. Jara Males P. Cómo construir sistemas integrales de cuidados?. Blog del Banco Interamericano de Desarrollo. 2022 Ago 15.
60. Bango J, Cossani P. Hacia la construcción de sistemas integrales de cuidados en América Latina y el Caribe. Elementos para su implementación. CEPAL y ONU Mujeres; 2021.
61. Holzmann R, Jorgensen S. Manejo social del riesgo: un nuevo marco conceptual para la protección social y más allá. *Rev Fac Nac Salud Pública*. 2003;21(1).

62. BID. Cuatro elementos para diseñar un sistema de cuidados. Medellín N, Ibararán P, Matos M, Stampini P. Nota Técnica del BID. 2022;(1438).
63. Feuerwerker Macruz Camargo L. Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação. Porto Alegre: Rede UNIDA; 2014.
64. Madrigal Santos O. Hacia los feminismos descoloniales, negros y comunitarios para descolonizar los estudios de género y salud. Cuadernos de Pensamiento Crítico Latinoamericano. Buenos Aires: CLACSO; 2024 Mar.

Notas

- 1 Según Aníbal Quijano (1) podemos considerar el Sur global como una categoría de descripción geopolítica de la proyección espacial de las relaciones de poder determinadas por un orden jerárquico superior-inferior que instaura la conquista y colonización de “Las Américas” bajo la relación metrópolis-colonias, y que se readecua en relaciones de centro-periferia, del norte-sur. El Sur entonces se asume como una ubicación geopolítica y epistémica, no solo como una ubicación geográfica.
- * Artículo de investigación