

Franco-Giraldo, Álvaro
Atención primaria en salud (APS): ¿De regreso al pasado?
Revista Facultad Nacional de Salud Pública, vol. 32, 2014, pp. 283-294
Universidad de Antioquia
Medellín, Colombia

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12058127035>

- ▶ Cómo citar el artículo
- ▶ Número completo
- ▶ Más información del artículo
- ▶ Página de la revista en redalyc.org

Atención primaria en salud (APS): ¿De regreso al pasado?*

Primary Health Care (PHC): Back to the Past?

Álvaro Franco-Giraldo¹

¹ Médico, Doctor en Salud Pública, profesor titular de la Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.
Correo electrónico: alvarofrancogiraldo@hotmail.com afranco@guajiros.udea.edu.co

Recibido: 18 de diciembre de 2010. Aprobado: 04 de abril de 2012

Franco-Giraldo Á. Atención primaria en salud (APS). ¿De regreso al pasado? Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2011;30(1):83-94

Resumen

La atención primaria en salud (APS) es analizada como la alternativa que devolvería a los sistemas de salud el rol que cumplieron hacia finales del siglo XX, colaborando con otros sectores en implementar las acciones de la promoción de la salud para mejorar la calidad de vida y la equidad. La renovación es presentada como un reconocimiento a los esfuerzos en el final del siglo para establecer políticas y programas de atención primaria como eje central de los sistemas de salud, haciendo énfasis en la reorientación de los servicios de salud. Este artículo discute los postulados y los métodos utilizados por la nueva propuesta de atención primaria en salud, propuesta de renovación que despierta expectativas por su regreso al pasado, no solo en tanto estrategia sino también en cuanto a las esperanzas que nos depara, en un momento de crisis global con indudables efectos sobre los servicios de salud. Se pregunta de entrada, ¿existe realmente una renovación? La discusión se

centra en la APS frente al deterioro de los indicadores de salud en muchas latitudes, las desigualdades sociales e inequidades en salud; las debilidades de lo declarado en Alma Ata entendida como “medicina para los pobres”; la renovación de la APS frente a la crítica condición de la salud en los países y el avance en contravía de la globalización neoliberal; la APS y las concepciones políticas de derecha; la APS y la reforma a “la reforma” de los sistemas de salud; articulación de la APS con la promoción de la salud y la salud pública; los cambios en los contextos y la nueva crisis económica, en este caso global. Se concluye haciendo un llamado para revitalizar los procesos de los sistemas de salud, desde la perspectiva política y redimensionar las reformas sanitarias de los sistemas de salud, con base en la atención primaria en salud, su eje de transformación.

-----*Palabras clave:* atención primaria, salud, sistemas de salud

Abstract

Primary health care is analyzed as the alternative through which health systems will recover the role they had during the late twentieth century: working with other sectors to implement health promotion actions to improve the users' quality of life and equity. A renewal is presented in recognition of the efforts during the final century to establish primary care policies and programs as the core of the health systems, emphasizing the reorientation of health services. This paper discusses the principles and methods established by the new proposal for primary health care. This renewal proposal raises expectations

regarding its return to the past, not only as a strategy but also because it raises hopes at a time of global crisis whose impact on health services is evident. The first question posed here is: Is there really a renewal? The discussion focuses on the following topics: PHC and the deterioration of health indicators in many areas in the world, social inequalities and health inequities, the weaknesses in the declarations of Alma Ata understood as “medicine for the poor,” the renewal of PHC as opposed to the critical health status in countries and the opposing progress of the neoliberal globalization, PHC and

* Fue inicialmente presentado como ponencia en el 6.º Congreso Internacional de Salud Pública, Facultad Nacional de Salud Pública. Medellín: Centro de Convenciones Plaza Mayor. Junio 11 al 13 de 2009.

the political conceptions of the Right, PHC and the reform to the reform of the health systems; coordination of PHC with health promotion and public health, the changes in the contexts and the new economic crisis in this global event. The paper concludes with a call to revitalize the processes of the health

systems from a political standpoint, and to rethink the sanitary reforms of the health systems basing the reasoning on primary health care, which is the focus of their transformation.

-----*Keywords:* primary care, health, health systems

Introducción

La Declaración de Alma Ata definió la APS como:

“la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autoresponsabilidad y autodeterminación. La APS forma parte integrante tanto de los sistemas nacionales de salud de los que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad...” [1].

De acuerdo con estos postulados, la APS se propone llegar a todos, principalmente a los más pobres, enfocada en los hogares y en las familias; no sería cuestión sólo de servicios de salud. Como acción no puede entendérsela como atención médica, y menos aún, atención médica primaria, o peor, atención por personal no calificado.

Son ellas, algunas de las confusiones que se fueron presentando en este proceso desde Alma Ata. Otras fueron, confundir “la puerta de entrada al sistema” con el mero “contacto inicial de asistencia médica” desintegrando el proceso de atención. Por si solo no bastaría con entrar al primer escalón del sistema; tampoco coincide con el enfoque efectivo de la APS, la reducción que se hace de ella en la idea de “servicios de salud para todos”; APS no es solo servicios de salud.

De hecho, la política de “Salud para Todos en el año 2000”—STP 2000—debió apoyarse en cinco tácticas operacionales, aún válidas pero respondiendo a cambios conceptuales y filosóficos que la revitalizan: 1) cobertura universal y prestación según necesidades (hoy se habla de equidad en un sentido más amplio, como se verá en la discusión); 2) integración de servicios de promoción, prevención, curación y rehabilitación (hoy diríamos además de integración, integralidad y articular las funciones esenciales de la salud pública (FESP); 3) servicios eficaces, culturalmente aceptables, asequibles y susceptibles de gestión (hoy pensamos más en la diversidad cultural, en la aceptación de la diferencia y en la efectividad de las acciones de salud pública y promoción

de la salud); 4) las comunidades debieran participar en el desarrollo de servicios con auto responsabilidad (hoy, participación ciudadana y empoderamiento); 5) acción sanitaria en relación con otros sectores del desarrollo (hoy, debe incluir la salud en la agenda multisectorial, enfocarse en los determinantes sociales de la salud y en el derecho a la salud, y participar la salud “en todas las políticas”). Sus bases se pueden ampliar en: 1) la Conferencia Internacional de Atención Primaria y en la Declaración de Alma Ata - 1978[†]; 2) en la evaluación que se hace de la APS a sus 25 años de formulación, por la Organización Panamericana de la Salud (OPS)[‡] y en el Doc. CD 44/9 julio, 2003 [2].

En consideración de sus postulados, este artículo se propone indagar por las razones y los métodos utilizados por la nueva propuesta de atención primaria en salud, para su renovación, propuesta que despierta expectativas por su regreso al pasado no sólo en tanto estrategia sino también en cuanto a las esperanzas que nos depara, en un momento de crisis global con indudables efectos sobre los servicios de salud.

La renovación de la APS

A partir de la evaluación de la estrategia de APS y de la crisis general de los sistemas de salud especialmente en los países pobres, la OPS y la Organización Mundial de la Salud (OMS) han planteado en diferentes instancias y momentos la renovación de esta estrategia.

La reorientación de los servicios de salud, dice la OPS, sólo se logrará con sistemas de salud basados en la promoción de la salud y en la renovación de la atención primaria, los cuales deben [3]:

- garantizar servicios de atención primaria como “puerta de entrada” (acceso equitativo a servicios básicos), garantizando cercanía a las gentes, intersectorialidad y participación;
- complementarse con diferentes niveles de atención especializada, ambulatoria, hospitalaria y otros servicios de protección social;
- introducir mecanismos de coordinación e integración (sistemas de referencia y

[†] Disponible en http://www.paho.org/spanish/dd/pin/almata_declaracion.htm

[‡] Disponible en: <http://www.paho.org/spanish/dd/pin/almata25.htm>

contrarreferencia, sistemas de información – planeación, seguimiento y evaluación) y mecanismos de financiación y coordinación de la atención.

Anteriormente en esa misma dirección, la Resolución CD 44.R6 del Consejo Directivo en 2003 [4], aplicaba el mandato de los Estados miembros de OPS para renovar la Atención Primaria en Salud en las Américas, la cual llevó a la Declaración de Montevideo; su eje fundamental propende por “adoptar, (...) fortalecer y desarrollar sistemas de salud basados en la APS (...), construidos sobre valores de equidad, solidaridad y el derecho a gozar del grado máximo de salud posible” [5].

Recientemente la OMS reafirma los principios y valores de la APS: la equidad, la solidaridad, la justicia social, el acceso universal a los servicios, la acción multisectorial y la participación comunitaria [6]. En el mismo sentido, el “Informe sobre la salud en el mundo, 2008” propone cuatro áreas de política para reducir las inequidades sanitarias: 1) subsanarlas por medio de cobertura universal; 2) situar al individuo en el centro de la prestación de servicios; 3) integrar la salud en las políticas públicas de todos los sectores; y 4) liderazgo integrador en pro de la salud [7].

El sistema de salud (que tiene como estrategia la APS) se basa en sus principios y valores, hace énfasis en

promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Constituyen sus elementos esenciales: sostenibilidad, responsabilidad y rendición de cuentas; orientación hacia la calidad, respuesta a necesidades de salud de la población; atención integral, integrada y continua; políticas y programas por la equidad.

La APS resurge así, en ese nuevo contexto, como la alternativa que devolvería a los sistemas de salud el rol que cumplieron hacia finales del siglo XX. “El rol (...) de manera preferencial es colaborar con otros sectores en implementar las acciones estratégicas de la promoción de la salud mejorando la calidad de vida y la equidad” [8]. Esta renovación es un reconocimiento a los esfuerzos en el final de siglo para “establecer políticas y programas de atención primaria como eje central de los sistemas de salud” [4].

El quid de la renovación

La gestión de la atención primaria tiene que ver con la forma como se relacionan los usuarios y el sistema de salud, como se articulan los equipos de trabajo y como configuran estructuras para la atención primaria de salud (tabla1). Más allá de la clásica estrategia, siguiendo la nueva APS, hay que dirigir la mirada hacia

Tabla 1. Marco para los sistemas de salud basados en la APS

Componentes	Cambios	Contenidos
Reorientación de los Servicios.	Sistemas de salud basados en promoción de la salud y en APS.	Garantizar servicios de atención primaria como “puerta de entrada”. Complementarse con atención especializada y protección social. Mecanismos de coordinación e integración.
La estrategia de atención primaria	La renovación operativa de la estrategia de atención primaria	Definición de una base poblacional, priorización de grupos poblacionales vulnerables, énfasis en atención ambulatoria, descentralización de servicios, sistemas de salud integrados, redistribución de los recursos humanos de acuerdo con las necesidades de la población, el aumento de la importancia de los equipos humanos de trabajo transdisciplinario.
Prestación de servicios	Servicios de Salud son: “aqueños entregados por personal de salud en forma directa o por otras personas, bajo la supervisión de estas con los propósitos de (...) promover, mantener y/o recuperar la salud, y en segundo lugar, de minimizar las disparidades, tanto en el acceso a los servicios de salud como en el nivel de salud de la población”	-Impulsar mejoras en la calidad de los servicios. Un modelo efectivo debe buscar un adecuado equilibrio entre servicios personales y colectivos, entre servicios curativos y promoción, orientándose a la promoción y al autocuidado de la salud.

Continación tabla 1

Componentes	Cambios	Contenidos
Gestión de políticas públicas hacia la cobertura universal.	Reorientación de los servicios de salud hacia la demanda, o sea en función de las necesidades y exigencias de salud de la población.	Desarrollo de la intersectorialidad para promover universalidad. Construcción de estrategias promocionales de calidad de vida y salud (índicadores de vida saludable). Servicios integrados de atención e integrales de la población y continuidad de la atención.
El modelo de atención	Para el modelo son importantes: el grado de pertinencia de la oferta a las necesidades de la demanda, el grado de accesibilidad y aceptabilidad de los servicios, el nivel de integración de los servicios.	Descentralización sistematizada de los recursos informáticos, poner la internet, la telemedicina y los campos virtuales al servicio de las gentes más alejadas. Sistemas de salud basados en la autonomía, descentralización e integración de redes.
Gestión basada en el liderazgo	Cambio del modelo de gestión. Basado en el grado de participación y vinculación de los diversos actores, entre otros aspectos.	Fomentar la participación social. Evaluación del desempeño de los resultados. Capacidad funcional de planificación y gestión de servicios. Capacidad institucional de regularizar y fiscalizar, desarrollo de recursos humanos y capacitación en salud pública. Mecanismos de rendición de cuentas.

Fuente: [11, 2, 7, 3]

la gestión y operación de los servicios de salud con enfoque de promoción de salud.

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

Este regreso a la APS, se justifica por la mayoría de sus intérpretes en la salud internacional como la *renovación*, que deviene de [3]:

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

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

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

Como se puede ver, los contenidos siguen siendo muy similares [3].

La clave está en la reorientación de los servicios de salud

Desde la Carta de Ottawa de promoción de la salud, en noviembre de 1986, deviene la reorientación de los servicios de salud como uno de los cinco componentes de la promoción de la salud; además describe sus

elementos principales[§]. Por su parte, la 5^a Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, celebrada en México en el año 2000, le da mayor importancia al tema colocándolo en el centro de la política sectorial; se basa en la visión canadiense para la reorientación integrada de los servicios de salud [9]. Esta conferencia definió principios, valores y lineamientos para la reorientación de los servicios de salud, y establece objetivos, estrategias y mecanismos apropiados; asimismo se estableció un nuevo marco operacional para la reorientación de sistemas de servicios de salud que se esboza en sus objetivos y estrategias [10].

Las estrategias se separan en dos niveles: 1) para el desarrollo de sistemas de salud; 2) para la prestación de servicios de salud. Estas apuntan tanto al diseño del sistema como a su implementación mediante cambios en el modelo de atención, en las modalidades de intervención y gestión, y en las acciones aplicadas a los individuos y a las comunidades. En esta orientación son destacables: el rol coordinador de los servicios de salud y el mantenimiento de la ejecución intersectorial (tabla 1).

Otros foros internacionales han venido retomando el tema de la reorientación de los servicios de salud, con una perspectiva un poco más amplia, como se expuso en el Foro de Medellín, año 2003, sobre la importancia que tienen las FESP para la reorientación de los servicios de salud en las Américas, al promover el empoderamiento de los núcleos familiares, comunitarios y regionales como estrategia fundamental para los sistemas de salud [13].

En esta reunión, Feo echa mano de las FESP para recomendar de nuevo la reorientación de los servicios de salud, basado en cuatro pilares de la promoción de la salud: 1) la promoción de la salud como responsabilidad compartida entre todos los actores claves del sector salud; 2) garantizar políticas de salud y promoción, con carácter intersectorial; 3) integración de los servicios de salud, ampliando su concepto como el continuo que va desde la promoción hasta la rehabilitación; 4) producir conocimiento y evidencia [11].

De otro lado, las estrategias operacionales de la APS se deben orientar al fortalecimiento y a la reorganización de los servicios de salud, bajo la responsabilidad institucional, pero como lo señala Robert Labonté [14], se trata esencialmente de estrategias que además

de apoyar el cuidado personal, vayan más allá del rol de los servicios de salud tradicionales. Ellas deben llevar al fortalecimiento individual y personal abriendoles nuevas oportunidades a las personas; pero complementadas con el desarrollo de pequeños grupos constituidos para trabajar sobre los problemas de salud y la carencia de poder. Son estrategias fundamentadas en el empoderamiento de las comunidades [15, 16].

Es incuestionable el interés de los autores por la participación social y ciudadana en el mundo actual. En épocas de globalización y crisis del Estado-Nación, se da “la mayor demanda por la construcción de ciudadanía, la participación social y el empoderamiento de la comunidad”** [17]. Son de gran valía para la reorientación de los servicios, los mecanismos de participación y autodeterminación concebidos en el empowerment [6].

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

Finalmente, un enfoque de servicios de salud como el que se propone con la reorientación, centrado en los derechos humanos y en la necesidad de sistemas de salud fuertes, debe implementar algunas estrategias complementarias, para enfrentar las amenazas de los determinantes sociales de la salud^{††} y aterrizar en las realidades concretas: “El pilar central del derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud descansa en un sistema de salud eficaz e integrado que abarque la atención de salud y los factores subyacentes determinantes de la salud, que responda a las prioridades nacionales y locales y que sea accesible para todos” [18].

Elementos para la discusión

1. El último cuarto de siglo fue prolífico en grandes iniciativas en promoción de la salud y en salud pública y

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

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

^{††} Véase el informe de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (CDSS/OMS) del 2008, para “Subsanar las desigualdades sociales en una generación”.

en avances de la salud mundial, aunque por otro lado se haya presentado un deterioro de los indicadores de salud en muchas latitudes; prevalecen grandes desigualdades sociales e inequidades en salud

Alma Ata marcó un hito y recogió lo que se venía construyendo en instancias locales y nacionales desde años atrás. Posterior a la “Meta de Salud para Todos en el año 2000” (formulada en 1977), en Alma Ata se define la estrategia de APS. Esta se ha relanzado como la estrategia para el siglo XXI.

La meta no fue alcanzada, como se esperaba, porque llegar a la salud para todos requería que el poder en el mundo estuviera puesto al servicio de la humanidad, una quimera imposible en la época neoliberal.

Finalmente en el mismo año 2000 (punto de llegada de la anterior meta) se formulan los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM)^{‡‡} [19] que aunque se consideran lo máximo alcanzable en términos de desarrollo mundial, a su vez constituyen un umbral insoportable en pleno siglo XXI (no son ni siquiera un mínimo deseable).

Después de Alma Ata, hubo otras declaraciones de gran trascendencia como fue la Carta de Ottawa sobre los principios o estrategias de la promoción de la salud (formulación muy cercana también a los principios de la APS), que van constituyendo un solo cuerpo de doctrina en pro de la salud global. También se dieron estrategias operativas, basadas en los principios mencionados pero con capacidad potencializadora para la acción, como fue el caso de los sistemas locales de salud (SILOS), que operacionalizaban en espacios concretos la APS y sus estrategias complementarias: educación en salud, participación comunitaria, etc.

Todo ello fue dando lugar a un enfoque filosófico amplio en pro de la salud, que ha servido para enarbolar la bandera por la defensa del derecho a la salud, son los valores que nos dejaron la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948, la creación de la OMS, la Declaración de Alma Ata de 1978 [1], la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud en 1986 [20], la Declaración de la Segunda Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud en 1988 [21], la Declaración de Yakarta sobre Promoción de la Salud en 1997 [22], la declaración de la OMS Salud Para Todos en el Siglo XXI de 1998 [23].

Es decir que la nueva APS debe, inclusive, trascender la estrategia para organizar los sistemas de salud y la promoción de la salud. Es ante todo una filosofía que concibe la salud como un derecho humano, que responde a los determinantes políticos y sociales para obtener mejoras en la equidad en salud para lo cual debe desarrollar políticas “inclusivas, dinámicas, transparentes y apoyadas por compromisos legislativos y financieros” [24].

2. Las debilidades de Alma Ata: su gran problema fue entenderla como “la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y técnicas puestas al servicio de poblaciones vulnerables y pobres”, de lo cual se pegaron los países para trabajar en “medicina para los pobres”, la práctica más usual a partir de ese momento

Clásicamente, desde Alma Ata la APS tenía como tema principal la desigualdad y como objetivo su eliminación. De ahí que muchos la hayan dirigido a los más pobres, pero sin hacer cambios estructurales, siguiendo enfoques de unidades primarias de atención o de nivel primario. Pero la concepción estratégica obligaba a transformaciones estructurales en la sociedad y a una reorganización profunda de los servicios de salud, orientados a toda la población; cambios que aún no se han dado, generando una deuda histórica con la sociedad. La APS no puede hacerse sin recursos, de ahí que haya sido desdibujada como una APS para pobres; se espera que la renovación inyecte recursos para hacerla posible y poderla sacar adelante como renovación.

El principal enfoque de la APS (concebido después de la reunión de Alma Ata, por algunos analistas y líderes internacionales, como una estrategia de tipo político y operacional en relación con la organización de los servicios de salud), si bien no tuvo suficiente asidero en los gobiernos nacionales de entonces, hoy se plantea de nuevo, como vía para transformar los sistemas de salud.

El informe de OMS 2008, tiende a la reorientación de los sistemas de salud, con enfoque multisectorial, poniendo la salud en la agenda multisectorial. Es un avance igual que el de las políticas públicas más allá de las políticas de salud: se prefiere hablar de políticas públicas para la salud o la salud en todas las políticas o salud en todos los sectores. Esta orientación ya de por sí rebasa las acciones que se lograron proponer e implementar con la Declaración de Alma Ata [7].

3. No existe una renovación de la APS, lo que existe es una actitud desesperada de las gentes en los sistemas de salud y en las agencias internacionales que tienen que ver con este sector, por la crítica condición de la salud en los países y el avance en contravía de la globalización neoliberal

A pesar de lo descrito en el numeral 2, las diferenciaciones establecidas al comparar la APS de Alma Ata, con la de la nueva época y dar cuenta de desarrollos interesantes y algunas estrategias innovadoras, el cambio no es mayor y permanecemos en la misma vía. La APS no entró en desuso por razones técnicas, sino por razones políticas e ideológicas. De ser posible políticamente la renovación, la estrategia no cambiaría en lo fundamen-

^{‡‡} Ver Declaración del Milenio del año 2000 de Naciones Unidas (Resolución A55/2)

tal; la cuestión no es la renovación de la estrategia, los que deben renovarse son los sistemas de salud, regresando a la APS, paradójicamente, volviendo al pasado.

Ese esfuerzo demanda recursos para la reducción de desigualdades en salud, fortalecimiento en el largo plazo de las capacidades de los recursos humanos para la APS, reorientación de los servicios de salud con criterios de promoción de la salud, fortalecimiento de los sistemas de vigilancia de la salud y participación activa de las comunidades locales.

La renovación pasa por enfrentar el contexto de la globalización neoliberal, proceso que se dio simultáneamente con el ejercicio de la APS en muchos países, regiones y ciudades del mundo en las décadas pasadas, entorpeciendo su implementación. La mayoría de las veces los gobiernos se opusieron porque tenían otros intereses y en ocasiones hasta censurando el mismo término, como ocurrió en Colombia en los primeros 10 años después de la reforma sectorial sanitaria de 1993.

La renovación, adicionalmente, implica ponerse en sintonía con los enfoques de cooperación internacional, salud internacional, salud global y políticas internacionales de salud (“fortalecimiento de redes y asociaciones de cooperación internacional para apoyar APS” —Declaración de Montevideo—) [5]. Debe dar oportunidad a una agenda más amplia de la equidad y el desarrollo humano: APS articulada con los ODM, para fortalecer el sistema de salud [3].

La renovación, en fin, está en los desafíos que se le han impuesto a los sistemas de salud, atendiendo a sus desarrollos históricos. A la vez que las condiciones de salud han mejorado en el mundo globalmente, empeoran en algunas áreas y regiones, así como las condiciones de acceso a los servicios de salud. También los indicadores de salud dependen de otros factores y elementos del bienestar y de cómo enfrentar los determinantes sociales de la salud⁸⁸. El acceso a los servicios de salud es uno de los desafíos impostergables, pero se debe trabajar por superar las desigualdades sociales y la erradicación de la pobreza.

4. La APS no puede ser una cosa de derechas. La derecha política nunca estará interesada en dinamizar la APS, creer lo contrario sería una equivocación, que nos llevará de nuevo al punto cero y al fracaso

La verdad es que esta estrategia sólo ha mostrado su efectividad en países con régimen político-económico no capitalistas, es decir, en sociedades no sustentadas en la desigualdad social.

La visión de los países ricos, por el contrario, los llevó en el pasado a una APS selectiva, y en países como España, Inglaterra y demás estados europeos la

han reducido a un primer nivel de atención. Peor aún, se idearon la APS selectiva para desarrollar la cooperación en el mundo subdesarrollado. En el “primer mundo” de los países ricos, términos como las clases sociales, el poder, la lucha de clases son palabras que no les gusta mencionar; tampoco gustó la APS como estrategia política; pero en el “tercer mundo” de los países en desarrollo, estas palabras y estos temas aún siguen vigentes.

Al respecto, Vicente Navarro señala que la APS había sido utilizada como una especie de fascismo intelectual por los gobiernos de los países ricos para imponer brechas segregacionistas en los países pobres y para mover sus intereses en las poblaciones de estos países; hace una crítica muy fuerte a la APS selectiva [25].

Ha sido imposible que la APS funcione en los sistemas de salud de varios países de América Latina. Durante la época neoliberal sólo ha sido posible en países como Cuba y Brasil, que han venido haciendo esfuerzos basados en esta estrategia. Gobiernos menos pro-capitalistas, como Venezuela, Ecuador, Bolivia también trabajan desde una concepción política distinta que seguramente permitirá la defensa de los derechos sociales y las estrategias proclives a la APS. Podrían esperarse realizaciones efectivas en este sentido, dada la diferenciación que se tiene con los países de corte neoliberal. Pero los gobiernos de derecha, de ideología neoliberal que aún existen en nuestro continente no estarán dispuestos a hacer este tipo de concesiones. En ese sentido proponer la APS en el actual régimen político colombiano, es buscar una especie de mezcla del agua con el aceite.

5. La renovación tiene que empezar con una reforma de “la reforma” de los sistemas de salud

Después de varias evaluaciones realizadas en diversos contextos por los analistas (referenciados en este ensayo), habría que concluir que no se logra la reorientación de los servicios de salud en función de la promoción de la salud si no retomamos la atención primaria, estrategia fundamental que guía todos los procesos, el empoderamiento, la participación social, la intersectorialidad, la movilización social, etc. Al respecto, el Informe Mundial de la Salud 2008 es taxativo en algunas de sus conclusiones: “en lugar de reforzar su capacidad de respuesta y prever los nuevos desafíos, los sistemas sanitarios parecen hallarse a la deriva, fijándose una tras otra prioridades a corto plazo, de manera cada vez más fragmentada y sin una idea clara del rumbo a seguir” [7], y en contraste la OMS impulsa el lema de “la atención primaria de salud, más necesaria que nunca”. Entiende así la OMS que de la eficacia de la atención primaria de salud como una forma de reorientar los sistemas nacionales de salud, depende la salida a esta encrucijada.

⁸⁸ Véase el informe de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (CDSS/OMS) del 2008, para “Subsanar las desigualdades sociales en una generación”.

Para que estas ideas tengan su asidero, se debe pensar en el redimensionamiento de las reformas sanitarias en la mayoría de los países de América Latina, entre otros. Esto implica, superar la retórica en este campo y desentrañar los elementos teóricos y fácticos para hacer efectivas las estrategias y prácticas de la promoción de la salud en la globalidad, las cuales pasarán de nuevo por lo local y la atención primaria en salud, que vuelve a ser el centro de las propuestas de reestructuración del sector salud. Pero no basta con incluir el término de la APS en la legislación de reforma, como ocurrió con la Ley 1438 de 2011 de Colombia, si no se rompen las estructuras institucionales proclives al predominio del mercado y de las empresas privadas del negocio de la salud, por encima de las instancias públicas, en la propuesta de reforma.

Existen razones suficientes para plantearse una reforma de los sistemas de salud, más aún con la irrupción de la crisis financiera y económica. Se tienen los elementos para hacer una reforma fundamentada en el acceso universal a la salud, aprovechando la filosofía de la APS centrada en los derechos humanos, el empoderamiento y participación de la gente. Tenemos que hacer una reforma del sistema de salud y ese debería ser el mensaje que quedara claro para los gobiernos y actores sociales de los países como el colombiano, la cual debe realizarse mediante una organización integral, de carácter sistémica, una reforma estructural de los sistemas de salud basada en APS, encaminada a la renovación de la salud pública, en términos de lo político y disciplinar.

Hoy existen nuevas motivaciones para esa reforma:

- la crisis económica agrava el sistema de salud actual, el llamado modelo de competencia regulada, que no se logró adaptar a las condiciones colombianas: la crisis económica es una crisis de lo privado;
- el mundo va de regreso a buscar el papel central del Estado. Sistemas de salud, otrora de mercado hegemónico, buscan el eje transformador de lo público;
- algunas agencias internacionales y países van en la vía de sistemas de salud basados en la APS (razón de ser de este documento y de la discusión del último lustro);
- la intermediación colombiana que se absorbe más del 30% o 35% [26] de los dineros de la salud, éticamente es inaceptable y no da pie a ninguna negociación;
- la idea de la sentencia T-760 de 2008 de la Corte Constitucional colombiana del 2008, que fortalece el derecho a la salud no se concreta en un modelo como el actual tan fragmentado y segmentado. La única vía para garantizar el acceso al servicio de salud ha sido la tutela, en los últimos cinco años, mecanismo éste, externo a los servicios de salud.

En consecuencia se requiere una reestructuración completa de las actuales reformas de los años 90, que debe reorientarse en la vía de la justicia social, propiciando un nuevo horizonte en la salud en las poblaciones.

Esta reforma debe garantizar los valores, la descentralización, la equidad y el acceso a los sistemas de salud. Es decir, la reforma no podrá ser meramente sectorial.

6. Es necesario articular APS, Promoción de la Salud y Salud Pública. En la globalidad, las tres áreas no pueden ir separadas, aunque no sean exactamente lo mismo, estarán siempre ligadas por su esencialidad, el componente vital humano, y por el uso del poder

En el tema de la renovación surgen imbricaciones de conceptos fundamentales y confusiones en torno a la salud pública, la promoción de la salud y la atención primaria en salud. Como no es posible en este espacio entrar en el debate de fondo, justo es reconocer que programáticamente estos tres conceptos se complementan uno a uno.

El dilema de estas tres áreas ha sido la búsqueda de la efectividad en sus ejecutorias; la salud pública ha sido incapaz de resolver los problemas de la salud poblacional; asimismo se maneja bien la retórica de la promoción de la salud pero sus aplicaciones son inefectivas; otro tanto pudiéramos decir de la APS durante su vigencia en los años 1980-2000. Las falencias de estas tres áreas dependen del accionar político. La tarea política no se cumple porque está relacionada con la transferencia de poder y la APS y la salud pública dependen de la posibilidad de trabajar en política y de hacer uso del ejercicio del poder. Igual ocurre al intentar hacer efectiva la tarea de la promoción de la salud.

La idea fuerza que debe materializar una propuesta de transformación basándose en la perspectiva de los grupos poblacionales y de los ciudadanos organizados, es la implementación de acciones encaminadas a cambiar las condiciones de vida social y física en la que vive la gente en el mundo. Situación que solo se logra con el re-direccionalamiento en el uso del poder en el mundo y la implementación de una serie de estrategias locales en el marco de la globalidad (globalización).

En síntesis, para el logro de la salud poblacional, el medio es la reorientación de los servicios, la APS es la estrategia y la promoción de la salud es el marco general de actuación que ilumina el camino hacia el mejoramiento de la calidad de vida y las condiciones de salud.

La APS renovada debe recibir orientaciones desde la salud pública como disciplina y profesión, así como de los sectores sociales que tengan este compromiso. Igual es el compromiso que se demanda de los gobiernos democráticos.

7. Los contextos han cambiado enormemente. Quizá la APS no se haya renovado, pero los contextos y las exigencias sociales sí

¿Será posible que en el contexto de la globalización, centrada en el poder y la ganancia, se ponga la riqueza en el mundo al servicio de toda la humanidad y de la Atención Primaria de la Salud en los países pobres?

Los cambios de la globalización no sólo implican transformaciones en el mundo económico*** [27]. El neoliberalismo coincidió con el mismo momento de desarrollo de la APS al final del siglo pasado, pero sus estrategias sumieron a muchos países en la miseria, a pesar de que simultáneamente se preconizara el desarrollo sostenible, la diversidad de género, las libertades y los derechos. Buenas intenciones de los países del mundo que posteriormente fueron retomadas en los Objetivos del Desarrollo del Milenio (ODM), mediante recomendaciones que han sido estériles, porque la práctica política en el entorno de la globalización va en contravía del bienestar de la población, de la igualdad, de la equidad y de la solución a las demandas y necesidades de los países pobres, acumuladas en los últimos 40 años.

Los cambios y condicionamientos no son sólo económicos sino en lo político (figura 1), en la ciencia, la técnica y la tecnología. Esta tecnología que viene sirviendo a los intereses del modelo capitalista monopolista; el conocimiento desde la perspectiva social ha quedado bastante relegado, el conocimiento social no ha tenido la posibilidad de desarrollarse en estos años por la hegemonía del otro conocimiento (el de la tecnología dura). Si seguimos por esta vía, no será posible la renovación.

De otro lado estas variables del contexto estarán actuando como determinantes y condicionantes no solo de la salud sino también de los sistemas de salud, del modelo de salud imperante y de las posibilidades de desarrollo de la atención primaria en salud, así como del bienestar humano en general. Del comportamiento positivo o negativo de los actores políticos y agentes del mercado en los espacios internacional o nacional, dependerán las posibilidades de existencia y las condiciones de equidad en los ámbitos locales (figura 1).

La concepción de equidad es uno de los condicionantes para la APS renovada. Podría asegurarse que esta re-

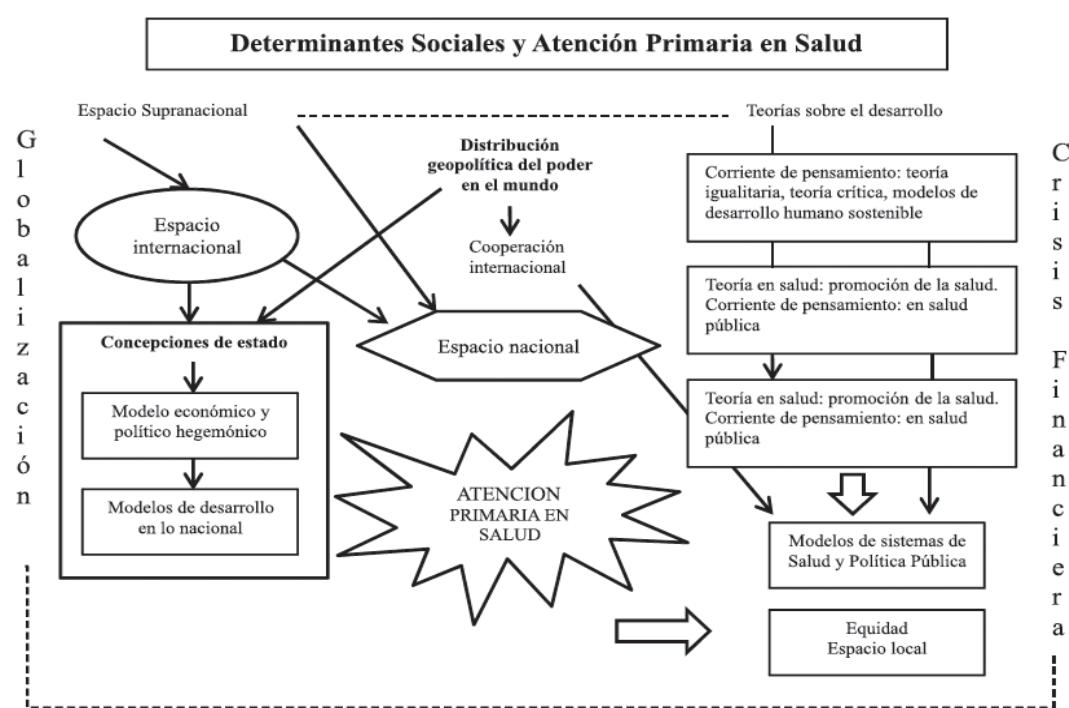


Figura 1. El contexto de los determinantes sociales y la APS

Fuente: Construcción propia

*** Este tema ha sido fuente de varias publicaciones sobre globalización y salud, del autor de este artículo. Se pueden ver entre otras: Salud Global: políticas públicas, derechos sociales y globalidad 2011; De la salud global a la salud internacional 2012; Globalizar la salud 2004.

conceptualización de la equidad, obliga a obtener logros mucho más exigentes que los que pudo la APS bajo el mandato de Alma Ata. La equidad se logra en el marco de la justicia sanitaria, y en este contexto se percibe la justicia sanitaria como un valor bueno en sí mismo y destaca el desarrollo humano como el norte de la política pública. La equidad se propone eliminar desigualdades en el estado de salud de la población, privilegia la universalidad de coberturas y la equidad en el acceso a los beneficios. Pero la noción de equidad va más allá de lo que se entiende por salud y acceso a servicios de salud: trasciende el estado de salud [28], es mucho más que la igualación de la salud en un nivel precario [29].

Este concepto de equidad en salud hace parte de la justicia social en general, además de su importancia para la vida y las libertades humanas. El acceso equitativo a la salud, así como a otros bienes y servicios cuyo consumo tiene efectos sobre la salud, sólo se da si se cumplen otra serie de derechos inherentes a cada cultura. Debe aplicarse el principio de universalización, que plantea la búsqueda “del bien de todos y cada uno, por igual” [20], más allá de la maximización de los recursos sanitarios en programas sanitarios, es decir, no basta con otorgar “el mayor bien al mayor número de personas”, porque se pueden generar desigualdades e inequidades.

En consecuencia, es necesario impulsar políticas públicas, aprovechando la estrategia de APS, para que los grupos más castigados socialmente puedan ser incluidos en la política social. Pero volviendo a las nuevas exigencias del contexto actual para la APS, cumplir esta encomienda sólo se logra removiendo las fuerzas sociales e históricas que propiciaron las aberrantes condiciones de inequidad.

Como se puede ver en el esquema (figura 1), lograr la equidad pasa por el cambio en las relaciones internacionales, por afianzar la cooperación internacional y hacer transformaciones importantes en el espacio nacional, en un entorno altamente conflictivo, redimensionado por la voracidad del capitalismo global y la crisis económica de los países centrales^{†††}. Luego será necesario actuar verdaderamente sobre los determinantes de la salud, los de orden social y macro, es el caso del modelo de desarrollo del país y del régimen político. De otro lado, será importante aplicar las diferentes concepciones y pensamientos sociales progresistas (basadas en el igualitarismo, en el desarrollo sostenible, etc.) en torno al bienestar, la salud pública y la promoción de la salud. Sólo así seremos capaces de aprovechar la atención primaria para obtener logros en la equidad y transformaciones en las condiciones de vida de las poblaciones más pobres.

Indudablemente tiene que pasar también por cambiar los modelos de sistemas de salud y de política pública, categoría que también es sustantiva en el esquema; en el caso concreto colombiano, debe haber una transformación radical del sistema de seguridad social en salud (SGSSS) como se discutió en el numeral 5 [31].

Se apareció el fantasma del capitalismo en la más reciente crisis económica y otra cosa habrá que decir: los cambios de “la renovación” se verán otra vez aplazados por nuevos desafíos globales, pero la política como ciencia y práctica ciudadana tiene que asumir el protagonismo y ayudar a la reconstrucción social, desde el mundo de los ciudadanos

Cuando creímos que ya era hora de dar la vuelta hacia un nuevo desarrollo, dirigido a atender los intereses sociales, se pensaba que las restricciones económicas no podrían llegar a entorpecer más las políticas encaminadas a resolver los intereses sociales; sin embargo, nuevas exigencias y limitaciones se nos imponen desde el centro del capitalismo hegemónico, ahora montadas en el escenario de la crisis financiera mundial desatada en el 2008.

Es necesario recuperar la vía de la política. Hasta el momento se relegó el accionar de lo político, desapareciéndolo del escenario mundial y de los ámbitos nacionales.

No era extraño encontrar personajes como Sergio Fajardo y Antanas Mockus en Colombia, así como otros más, tratando de demostrar que no son políticos porque hay un des prestigio de la política; o gobiernos neoliberales ejerciendo el poder desde la tecnocracia, no obstante que la política es el ejercicio de la mejor manera de orientar las poblaciones al servicio de lo social y de los principios más humanos.

La renovación significa la reconstrucción de la política, del tinglado político para darle prioridad a los valores ciudadanos y al ejercicio de los derechos humanos.

Los ODM y la APS renovada, la salud pública, la promoción de la salud, como se expuso atrás, deben avanzar por este sendero. La negación de lo político no permitió el desarrollo de la APS, en su momento, pero hoy lo político debe resurgir como la única forma de enfrentar la crisis económica y la mayoría de los problemas sociales en el mundo y debe permitir la reorientación de la APS en los sistemas de salud.

¿No existen, a nivel nacional e internacional, otras propuestas en salud pública y por ello, se ha tenido que volver a la APS? Habría que retomar algunos pensamientos avanzados en la vía de la globalidad social para acriscolar el futuro de la salud pública en los sistemas de salud

^{†††} Concepto que divide los países en varias categorías desde *centrales* a *periféricos* según sus posibilidades de acceso al poder y a las decisiones del capitalismo

Como se mencionó en el numeral 1, algo se construyó hacia el final del siglo XX, que mantenía la ilusión del desarrollo social. Como también lo han intentado en el nuevo orden mundial las posiciones antihegemónicas, en la dirección de “otro mundo posible”. Basta sólo con mencionar algunos ejemplos:

Alain Touraine, sociólogo y pensador francés de finales del siglo XX, habla de propuestas culturales desde abajo y no de propiamente de propuestas políticas, según su expresión, y nos presenta un nuevo paradigma orientado por la mujer.

A partir de la globalidad se puede construir un horizonte más humano para el universo y no a partir de la globalización económica. La globalidad se pretende desde los movimientos sociales como el Movimiento por la Salud de los Pueblos, los Movimientos Antiglobalización, el Foro Social Mundial, abriendo espacios para lo político y lo social.

Debe trascenderse de la atención en salud a la defensa de los Derechos Económicos Sociales y Culturales, al ejercicio de las políticas públicas de orden social (bienestar social), a dinamizar el proceso de desarrollo humano. El tema principal en el horizonte de la salud pública y de la promoción de la salud es el de los derechos económicos sociales, económicos y culturales (DESC); así muchos prefieren la garantía de los derechos DESC aunque no se permitan otros derechos como votar en unas elecciones u otras oportunidades políticas [32].

Así, la APS debe alzar el vuelo de la participación social. Desde Alma Ata 78, se recomienda la participación social y ciudadana (en ese momento se habló de participación comunitaria) como base para el trabajo en APS para que esta no se quede en un nivel de servicios de salud. Esta estrategia debe retomar para su renovación social, los diferentes postulados expuestos en este artículo y en otros tantos de la literatura internacional [33].

Pero un desafío no menos importante es para el mundo académico nacional e internacional, de los países y de los organismos multilaterales, de quienes participamos en este espacio intelectual y político; estamos en la obligación de renovar las propuestas teóricas y la práctica política, que en este momento debieran estar superando las estrategias planteadas para los sistemas de salud en el siglo XX. Las cuales debieran dirigirse a enfoques más integradores en el orden global y local [34].

Conclusión

Este artículo estuvo centrado en la indagación por la renovación de la atención primaria en salud y en la reorientación de los sistemas de salud. Pareciera que con el actual orden internacional no se pudiera garantizar la eficacia de las acciones sociales ni el funcionamiento

de los sistemas de salud. El contexto actual apunta en una dirección contraria al afianzamiento de los principios éticos de la salud, peor aún, cuando se mantienen posiciones poco críticas frente al escenario mundial, los determinantes de la salud-enfermedad y la mercantilización de los sistemas de salud. La renovación de la APS, más que eso, debe ser un esfuerzo por reconquistar aquellos valores sobre los cuales se erigen los sistemas de salud; de ahí la importancia de volver a posicionar esta estrategia en el ámbito sanitario, ampliando su filosofía a la práctica en salud, en general.

La reorientación de los servicios es el puente estratégico para transformar los sistemas de salud, orientados a la promoción de la salud (vislumbrado desde Ottawa-Canadá); la política es su elemento sustancial; la comunidad (empowerment), se constituye en el motor dinamizador de la acción; impulsando las organizaciones comunitarias, creando condiciones a partir de los grupos de interés, favoreciendo el desarrollo de movimientos sociales y la acción intersectorial.

En consecuencia es necesario revitalizar los procesos de los sistemas de salud, desde la perspectiva política y encontrar un camino para la acción y la construcción de evidencias sociales (institucionalidad social, participación de la ciudadanía, reordenamiento de territorios para la vida, etc.). Ante lo cual se requiere redimensionar las reformas sanitarias de los sistemas de salud, con base en la atención primaria en salud que se constituye en su eje de transformación.

Pero más importante que esto es lograr que los gobiernos, éticamente, se pongan al servicio de sus poblaciones y no de los intereses de los organismos financieros multilaterales ni del capitalismo global. Sólo así ocurrirá si se hacen los cambios urgentes en las relaciones de poder y en las condiciones de equidad en la sociedad.

Referencias

- PAHO/WHO. [internet] Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978 [acceso el 12 de mayo de 2009]. Disponible en: http://www.paho.org/spanish/dd/pin/almata_declaracion.htm.
- Organización Panamericana de la Salud. Atención Primaria de Salud en las Américas. Las enseñanzas extraídas a lo largo de 25 años y los retos futuros. Washington DC: OPS; 2003.
- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Borrador para discusión 12/jul/05. Washington DC: OPS/OMS; 2005.
- Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Atención primaria de salud en las Américas: las enseñanzas extraídas a lo largo de 25 años y los retos futuros. 55^a. Sesión del Comité Regional 44.O Consejo Directivo. [internet] [acceso el 15 de abril de 2009]. Disponible en: <http://www.amro.who.int/spanish/gov/cd/cd44-r6-s.pdf>.

5. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Declaración regional sobre las nuevas orientaciones de la atención primaria de salud [internet] Washington; 2005. Disponible en: http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/APS_CD46-Declaracion_Montevideo-2005.pdf
6. Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud. Atención primaria de salud, inclusión y fortalecimiento de los sistemas de salud. 124^a. Reunión del Consejo Ejecutivo EB124. R8, 26 de enero de 2009. Washington DC: OPS/OMS; 2009.
7. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2008: La atención primaria de salud más necesaria que nunca. Ginebra: OMS; 2008.
8. Organización Panamericana de la Salud. Promoción de la Salud: logros y enseñanzas extraídas entre la Carta de Ottawa y la Carta del Bangkok y Perspectivas para el futuro. CE138/16. 138^a Sesión del Comité Ejecutivo. Washington: OPS; 2006. p. 11.
9. Asociación Canadiense de Salud Pública. "La salud bajo el reflector: la salud pública en la reestructuración de los servicios de salud". Informe de la Asociación Canadiense de Salud Pública; 1996.
10. López D. La reorientación de los sistemas de servicios de salud con criterios de promoción de la salud: Componente decisivo de las reformas del sector salud. En: 5^a Conferencia Mundial de Promoción de la Salud. Ciudad de México: OPS; 2000. p. 7.
11. Feo O. Las funciones esenciales y la reorientación de los servicios de salud hacia un enfoque de prevención. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2004; 22(Especial): 73-79.
12. Ruales J. Tendencias en servicios de salud y modelos de atención de la salud. Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2004; 22(Especial): 33-39.
13. Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública. Las funciones esenciales de la salud pública en la gestión de los servicios de salud y en la formación del recurso humano. Rev. Fac. Nac. de Salud Pública 2004; 22(Especial): 141-142.
14. Labonte R. La participación social en la promoción de la salud. En: Conferencia Internacional de Promoción de la Salud. Bogotá: Ministerio de Salud/OPS/OMS; 1992.
15. Málaga H, Castro ML. Cómo empoderar a los excluidos en el nivel local. En: Restrepo H, Málaga H. Promoción de la Salud: Cómo construir vida saludable. Bogotá: Editorial Médica Panamericana; 2001. p. 121-137.
16. Carvalho SR. Os múltiplos sentidos da categoría "empowerment" no promete de Promoção à Saúde. Cad. Saúde Pública 2004; (4):1088-1095.
17. Roses M. La población y sus necesidades de salud: Identificación de áreas prioritarias y sus políticas públicas correspondientes. Rev. Fac. Nac. de Salud Pública 2004; 22 (Especial): 9-21.
18. Hunt P. Promoción y protección de todos los derechos humanos, civiles, políticos, económicos, sociales y culturales. Informe del relator especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental. Nueva York: Naciones Unidas/Asamblea General; 2004
19. Naciones Unidas/Asamblea General. Resolución 60/1 del 24 de octubre de 2005: documento final de la Cumbre Mundial 2005. [internet] [acceso el 20 de abril de 2009] Disponible en: http://www2.ohchr.org/spanish/bodies/hrcouncil/docs/gaA.RES.60.1_Sp.pdf
20. Organización Mundial de la Salud. Carta de Ottawa para la promoción de la salud. Ontario: OMS; 1986.
21. Organización Mundial de la Salud. Declaración de la Segunda Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud. Recomendaciones de Adelaide. Políticas Públicas para la Salud. [internet] Adelaide, Australia del Sur: OMS; 1988 [acceso 4 de mayo de 2009]. Disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd67/025495/adelaide.pdf>.
22. The Jakarta Declaration on Leading. Health promotion into the 21st century. Health Promot Int 1997; 12: 261-264.
23. World Health Organization. Health for All in the twenty-first century. Geneva: who; 1998.
24. Movement PsH, editor. The medicalization of the health care and the changelle of health for all. Dhaka (Bangladesh): People's Health Assembly; 2000.
25. Navarro V. Health and equity in the world in the era of "globalization". Int. Journal of health services 1999; 29(2): 215-226.
26. Barón G. Cuentas de salud de Colombia 1993-2003. Bogotá: Ministerio de la Protección Social; 2007. p. 118.
27. Franco-Giraldo A. Salud Global. Globalización Política Pública y Salud. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia; 2009 [En Prensa].
28. Garay LJ. Colombia: Diálogo pendiente. Bogotá: Planeta Paz. 2005. p. 123.
29. Yepes F. La noción de equidad. Ponencia en el "Primer Congreso Internacional de Sistemas de Salud ¿Hacia un nuevo sistema de salud en Colombia?". Bogotá: PUJ; 2010.
30. Guzmán MP. Deficiencias en los diagnósticos de las reformas sanitarias en América Latina. Revista Panamericana de Salud Pública. 2009; 25(1): 84-92.
31. Franco-Giraldo A. Referentes teóricos para el análisis de la reforma del sistema de salud colombiano. Revista Gerencia y políticas de salud 2012 [En prensa].
32. Franco-Giraldo A, Álvarez-Dardet C. Los derechos humanos, una oportunidad para las políticas públicas en salud. Gac Sanit. 2008; 22(3): 280-86.
33. Macinko J, Montenegro H, Nebot Adell C, Etienne C y Grupo de Trabajo de Atención Primaria de Salud de la Organización Panamericana de la Salud. La renovación de la atención primaria de salud en las Américas. Rev Panam Salud Pública 2007; 21(2/3):72-84.
34. Franco-Giraldo A, Álvarez-Dardet C. Salud pública global: un desafío a los límites de la salud internacional, a propósito de la epidemia de influenza humana A. Revista Panamericana de Salud Pública 2009; 25(6): 540-549.