



EM DEBATE

Saúde em Debate

ISSN: 0103-1104

revista@saudedeemdebate.org.br

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde
Brasil

Rovere, Mario

Atención Primaria de la Salud en Debate

Saúde em Debate, vol. 36, núm. 94, julio-septiembre, 2012, pp. 327-342

Centro Brasileiro de Estudos de Saúde

Rio de Janeiro, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406341762003>

- ▶ Como citar este artigo
- ▶ Número completo
- ▶ Mais artigos
- ▶ Home da revista no Redalyc



Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe , Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

Atención Primaria de la Salud en Debate*

Debate on Primary Health Care

Mario Rovere¹

¹ Decano de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de la Matanza (UNLaM); Director de Maestría en Salud Pública del Instituto J. Lazarte de la Universidad Nacional de Rosario (UNR) – Rosario; Coordinador general adjunto de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social ALAMES; Director de la Sede Buenos Aires de la Asociación Civil El Ágora – Buenos Aires (BA), Argentina.
mrovere@fibertel.com.ar

RESUMO La Atención Primaria de la Salud, un concepto amplio y difundido, es colocado en debate en el presente artículo. Sin embargo, esa es, una tarea nada sencilla, dado el fuerte carácter idealista de sus principios y postulados. A través de diversos mecanismos, como develar sus antecedentes inmediatos y remotos, la detección de modelos en conflicto, de contradicciones conceptuales y el uso extensivo de preguntas, diversas afirmaciones doctrinarias, que parecen de toda obviedad, son puestas en entredicho. Se invita así al lector/a a una ‘deconstrucción’ del concepto de Atención Primaria de la Salud, de cara a producir nuevas propuestas más estratégicas y eficaces para que los trabajadores de salud, donde quiera que se desempeñen, cuenten con herramientas para enfrentar la creciente mercantilización del sector..

PALAVRAS-CHAVE: Atención Primaria de la Salud; Equidad; Estrategia.

ABSTRACT Primary Health Care is a broad and spread concept that became a matter of debate throughout these pages. This was not an easy task due to its strong idealistic aspect and its principles and guidelines. Because of the many mechanisms used to reveal its immediate and remote antecedents, the discovery of conflictual models with conceptual contradictions and the large number of questions, many doctrinaire statements, which seemed to be obvious, are being questioned. We invite the reader to deconstruct the concept of Primary Health Care in order to come up with new strategic proposals, which can be more efficient so that health workers can count on tools to face the growing mercantilization of the sector, wherever they are.

KEYWORDS: Primary Health Care; Equity; Strategy.

* Este artículo es la consecuencia de un trabajo colectivo de investigación y deconstrucción conceptual que incluye como coautores a un equipo central conformado por Analía Bertolotto, Ana Fuks, Eugenia Bagnasco, Andrea Jait, con la contribución de Martín Latorraca, Ingrid Bauman, Martina Iparraguirre y Candela Burgos. Basado en: ORISSA, J.O. et al. Atención Primaria de La Salud. ¿De dónde viene? ¿Cuándo nació? ¿A donde va? Posibles, v. 20, n. 3, p. 30-40, 2009.

Introducción

La Atención Primaria de la Salud (APS) ha atravesado, de una manera u otra, el firmamento de la salud pública de los últimos 35 años y, aun en sus luces y sombras, se ha constituido en uno de los componentes más estables de las propuestas de reformas, — algunas más progresivas, otras francamente regresivas — y de los sistemas de salud a nivel mundial.

Aunque en forma lenta, crece la proporción del personal de salud y de las tecnologías, de los insumos y del financiamiento que se dedican a servicios genéricamente denominados ‘de primer nivel’.

La mayor parte de los discursos sanitarios incluye alguna referencia a la APS, a la desconcentración de actividades y a una cierta reducción del peso relativo de los hospitales, lo que es ya una tendencia marcada en los países desarrollados por motivos que parecen bastante alejados a las propuestas originales de Alma Ata.

En países con servicios o sistemas nacionales de salud a lo Beveridge, con seguros universales a lo Bismarck, con sistemas mixtos o aun con una predominancia del subsector privado; sean motivados por la equidad, por paquetes básicos, por la eficiencia o por la reducción de costos, la APS aparece como eje de cambios o de tendencias en el sector salud.

La notable vigencia de la APS puede ser curiosamente la consecuencia de una alta imprecisión y vaguedad del concepto que parece contener propuestas distintas, algunas de ellas complementarias y otras francamente contrapuestas, bajo una denominación que se constituye en un ‘nombre paraguas’.

Así, conceptos como extensión de la cobertura, puerta de entrada, accesibilidad, remoción de barreras culturales, reducción de costos, autocuidado, personal comunitario, tecnologías apropiadas, desconcentración, descentralización, primarización de servicios, auto o cogestión, medicina general, pueden convivir en lo que a priori parece un conjunto armónico y exento de contradicciones.

Aun cuando varios países hayan buscado denominaciones sustitutas, o precisamente por ello, resulta relevante saber qué puede decirse de nuevo sobre un

concepto tan ampliamente diseminado, y hasta qué punto puede o aun merece realmente ser puesto ‘en debate’.

Interrogantes sobre los momentos fundantes o genealógicos del constructo: atención primaria de la salud

Para develar algunos de sus supuestos, vale la pena revisitar los momentos fundantes o genealógicos de este constructo de APS y plantear algunos interrogantes que surgen al revisar la ‘Declaración de la Conferencia Internacional’ sobre APS de 1978.

Origen

¿Fue consecuencia apenas del clima internacional de una época? La fuerte asociación con una meta como ‘Salud para Todos’ ¿capturó las expectativas de mayor equidad? ¿Logró canalizar cierta incomodidad con las injusticias más flagrantes de su momento histórico? ¿Fue esa misma meta un acierto comunicacional al atrapar expectativas milenaristas implícitas, al mentar 22 años antes, el temido y atractivo año 2000? ¿Tuvo intencionadamente la virtud de la indefinición para albergar movimientos e iniciativas diferentes?

Contenido y alcance

¿Expresó un alerta precoz sobre el agotamiento de ciertas formas cada vez mas fragmentadas de hacer Medicina? ¿Encontró un lenguaje que se permite conectar realmente con las medicinas tradicionales y alternativas? ¿Abrió un espacio académico de docencia e investigación más cerca de las poblaciones y de la expectativa de las comunidades? ¿Se encontraron formas de entroncar con las luchas populares y con los emergentes movimientos sociales del período? ¿Sedujó simplemente por su sencillez? ¿Fortaleció las ideas reformistas mostrando que se pueden cambiar indicadores sanitarios aun sin cambios significativos en la distribución del ingreso?

Fortaleza

La rápida reacción de la Fundación Rockefeller tratando de instalar apenas en el 1979 una agenda alternativa constituye la base para crear un debate: ¿es la polaridad de la APS Selectiva versus la comprensiva una tensión irreductible que continúa vigente hasta hoy?

¿Fue esa la base para que dos años después la UNICEF rompiera su pacto con la Organización Mundial de Salud (OMS), o fue más bien la presión que la dupla Reagan Thatcher comenzó sobre los organismos internacionales díscolos?

La iniciativa del Banco Mundial ('Invertir en Salud', 1993), con su expectativa de demoler la agenda de APS a través de su conocido énfasis en la focalización y su posterior estrepitoso fracaso ¿sirvió involuntariamente para resaltar las virtudes de la APS?

Cuando el movimiento por la Salud de los Pueblos invita a reflexionar sobre cómo la APS devino tecnocráticamente en un fin en sí mismo y no en un medio para el logro del derecho a la salud; ¿exageran la asociación entre una meta comunicacional como SPT 2000 y la existencia de un verdadero consenso mundial por la equidad?

La reivindicación de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la OMS frente a cada aniversario de Alma Ata con renovaciones y actualizaciones ¿es una muestra de la importancia o de la potencialidad aun no desarrollada de la APS o expresa más bien una cierta ausencia de liderazgos y de una agenda pensada para los tiempos que corren?

Al haberse planteado la Cumbre Río 2011 como una 'Alma Ata de los Determinantes', ¿se reitera el intento de la construcción de consensos sobre la base de las indefiniciones y las interpretaciones libres y múltiples de un mismo concepto o se busca polemizar a través de un constructo ideológico posicionado? ¿Por qué las izquierdas latinoamericanas descreen del potencial de la APS? ¿Se trata de argumentos fundados o de las históricas desconfianzas entre la izquierda y los movimientos de iglesia de base como los que la distanciaron de los trabajos de Paulo Freire?

Vigencia

¿Es realmente más necesaria que nunca?, como lo expresa la OMS (2008). No es sencillo definir los marcos para contestar tal pregunta, porque en última instancia parece ocurrir que la atención primaria para muchos gobiernos, organizaciones y ciudadanos y ciudadanas del mundo es simplemente aquello que cada uno quiere que sea lo que hace bastante estéril, cualquier forcejeo sobre sus ejes y sentidos.

Resultados

Si bien contrastado con el logro de la meta "alcanzar para todos los ciudadanos del mundo en el año 2000 un grado de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva" (1977), puede hablarse de un fracaso, se han producido en muchos países en nombre de la APS o aun discutiendo esta denominación, que es igualmente una forma de eficacia, ya que son importantes cambios en la estructura y funcionamiento de los servicios de salud.

A este movimiento, que es de alguna manera inorgánico, sustentado fundamentalmente por el esfuerzo de los trabajadores y por las organizaciones de base, y que ha sido apoyado en forma discontinua durante tres décadas por organismos internacionales, probablemente se puedan atribuir:

- cambios relevantes en algunos indicadores sanitarios a escala mundial;
- incremento significativo del personal de salud que se desempeña profesionalmente fuera de los hospitales y una inclusión progresiva de nuevas categorías laborales especializadas en el trabajo comunitario;
- cierta redefinición de las prácticas de muchas profesiones de salud, incluyendo la propia medicina con nuevas especialidades (generalistas, médicos de familia) o

desconcentrando las especialidades transversales (pediatría, clínica, obstetricia, psiquiatría, geriatría), las nuevas prácticas odontológicas, psicológicas, de enfermería, etc;

- incorporación de personal de origen en sus propias comunidades para hablar de promotores, agentes sanitarios, trabajadores comunitarios o como se los designe en cada país o región. Muchos de ellos trabajando en escenarios de práctica coincidentes con los ámbitos en donde su propia población vive, estudia, trabaja o se reúne; incluso en ocasiones acompañando a las poblaciones cuando esta es nómada o migrante;
- puente de dialogo entre la salud pública, la medicina y otras carreras de salud que no había ocurrido con otros campos de conocimiento, más herméticos o más elitistas;
- el desarrollo de algunas ‘tecnologías apropiadas’, desde aquella de impacto masivo en el período: sueros de hidratación oral, nuevas vacunas como la triple viral, nuevos sistemas de potabilización de agua, hasta una cierta tendencia en el complejo médico industrial por desarrollar tecnologías ‘portátiles’ revirtiendo en algo la tendencia a la concentración tecnológica en los hospitalares;
- la multiplicación de los centros de salud, de experiencias programáticas y otras instalaciones desconcentradas incorporándose como equipamiento social cerca de las poblaciones más vulnerables;
- la presencia de experiencias de participación social de carácter autogestivo, co-gestivo o de control social o comunitario al funcionamiento de los sistemas de salud;
- el desarrollo de experiencias locales articuladas con otros sectores como medio ambiente, agricultura, educación, vivienda,

alimentación, economía social, protección a la infancia, cultura, entre otros.

La atención primaria mucho antes del alma ata

Una serie de iniciativas sanitarias, por fuera o en paralelo con el lento surgimiento del hospital moderno, fueron surgiendo en la historia de la Salud Pública, varios de ellas podrían considerarse antecedentes de la APS.

Enfermeras visitadoras o de Salud Pública

Aunque las enfermeras de Salud Pública pueden considerarse una especialidad propia del siglo 20, sus prácticas tienen raíces en períodos más remotos. Esto fue puesto de manifiesto en el siglo 19 en donde surgieron fuertes iniciativas ‘bajo el impulso del iluminismo’, con el “deseo de mejorar la situación de salud de los pobres proveyéndoles con información que pueda facilitar que se ayuden a sí mismos” (ROSEN, 1993, p. 351).

La llegada del agente de salud al domicilio ya había quedado consagrada en el siglo 13 bajo un llamativo privilegio: luego de la promulgación de la Carta Magna inglesa, en el 1215, quedó establecido que el agente de salud tenía más poder que el rey ya que por su rol podía entrar a la casa de los súbditos, a lo que el propio rey se abstenía. Esa era una forma de llamar la atención sobre la suspensión de derechos que prevalecía (y aun en algunos casos prevalece), cuando una conducta caracterizada normalmente como doméstica o privada pone en riesgo la Salud Pública. El poder de policía sanitario fue descrito por Peter Frank en el siglo 18 y naturalmente se exacerbaba en caso de epidemias y los consecuentes clímas sociales que ésta suele producir.

El protestantismo por un lado y el impulso combinado del iluminismo racionalista y el mercantilismo estaban creando interfaces y sinergias que se están produciendo con la difusión de la educación, para que todos puedan leer la Biblia en su propia lengua, y dentro de un marco que comprendía que avanzar en la salud de madres y niños están relacionados con la educación:

Los objetivos deseados pueden ser obtenidos por la difusión del conocimiento, estimulando las acciones, y en último análisis por lograr cambios en las conductas individuales y grupales. (ROSEN, 1993, p. 350).

La posibilidad de contar con promotoras, aprovechando la capacidad de persuasión de las mujeres como ya estaba ocurriendo en la educación era una tentación demasiado fuerte:

Entre 1854 y 1856 la Sociedad de Epidemiología de Londres promovió un plan para entrenar mujeres pobres adecuadas para ir a las comunidades y cuidar de los pobres. Se entendía que si la cuidadora era de la misma clase social que los pacientes, ‘ella’ sería capaz de hacer su trabajo en forma más efectiva. (ROBLES; POZO, 1999, p. 20).

Es posible encontrar en estas experiencias pioneras muchos de los desarrollos posteriores de profesiones hoy muy relevantes y presentes en casi todos los países, como enfermera de Salud Pública, visitadoras de higiene, obstétricas, trabajadoras sociales, nutricionistas, entre otras.

Modelo epidemiológico vectorial

Ya desde comienzos del siglo 20 una organización de neta influencia militar fue aplicada como medida de Salud Pública. Como consecuencia de la invasión norteamericana a Cuba y aprovechando el descubrimiento precoz realizado por Carlos Finlay, sobre la participación necesaria del vector *aedes aegypti* en la transmisión de la fiebre amarilla, el ejército americano organizó una ‘campaña’ de carácter territorial parcelando la ciudad, removiendo los nichos de reproducción del mosquito, drenando y agregando petróleo o aceites sobre aguas en zonas de difícil drenaje. El éxito de esta campaña de la mano de Gorgas, un militar con gran experiencia de campo en la ciudad de La Habana, hizo rápidamente soñar que la frontera ‘natural’ que producían las

llamadas enfermedades tropicales podían ser superadas (SACCHETTI; ROVERE, 2006).

Se produjo un inmediato llamado de atención mundial sobre estos resultados, ya que La Habana era para la época un epicentro de las frecuentes oleadas internacionales de difusión de la enfermedad.

Escasos años después, Oswaldo Cruz aplicó estas mismas medidas para limpiar el puerto de Río de Janeiro y su prestigio llegó a ser tan grande que, con su ‘ejército sanitario’, pudo arremeter además sobre la malaria, la peste bubónica y hasta el Chagas. Curiosamente, fue su intento de incluir entre las funciones de este ejército la vacunación antivariólica la que le generó más polémicas y problemas políticos cuando la reacción popular contra el gobierno en el que participaba galvanizó una rebelión contra la ‘vacuna obligatoria’ (SCLiar, 2004).

En efecto, la incorporación de la vacunación obligatoria contra la viruela que comenzó a generalizarse a partir de 1910 significó en muchos casos una nueva función de los agentes de salud, que en varios países fue muy resistida, ya que esto significaba pasar de intervenciones en el ambiente a aquellas en el cuerpo, algo en la época admitido con reservas a médicos y enfermeras (SCLiar, 2004).

Para entonces quedaría asociada la Salud Pública con la ‘guerra’, en este caso contra los vectores, y en consecuencia con una matriz de pensamiento militar, especialmente en las zonas tropicales o en las áreas rurales – entonces vitales para algunas industrias, como la automotriz, altamente dependiente del caucho natural – de Venezuela y Brasil, o en las grandes obras de ingeniería, como el canal de Panamá, que se pudo viabilizar sólo a partir de los avances de la Salud Pública.

Programas integrales con personal comunitario

Una buena parte de la terminología de los programas de salud, incluso los no vectoriales, quedó impregnada de esos orígenes. Términos como campaña, población objetivo, impacto, operaciones y brigadas se hicieron habituales.

Cuando algunas enfermedades tropicales comenzaron a retroceder, se quedaron verdaderos ‘ejércitos

con capacidad ociosa', estimulando que muchas de esas iniciativas derivaran fundamentalmente en programas de 'medicina simplificada' (tal como se lo conoció en Venezuela), con cierta influencia de las experiencias de Rusia, que desde el siglo 19 contaba con un trabajador rural denominado Feldsher, una categoría profesional absorbida y profesionalizada luego por la organización sanitaria de la URSS; o experiencias en Argelia o de Salud Rural (Argentina y otros países de América Latina) (PAUTAS, 1978) con agentes sanitarios ahora polivalentes trabajando casa por casa, con acciones de inmunizaciones, control de crecimiento y desarrollo en niños menores de cinco años, nutrición, detectando y controlando malaria, tuberculosis, hanseniasis y otras enfermedades endémicas, mejorando el saneamiento rural, promoviendo huertas familiares, entre otras acciones que se desarrollaron en la década de los 1950 y 1960. Muchos de estos programas cambiaron su nombre a principio de los 1980, luego de la declaración del Alma-Ata por el de programas de APS.

La Alianza para el Progreso fue también un motor de programas sanitarios de base, fortaleciendo por su concepción de desarrollo a los sectores educación y salud y una iniciativa de intersección denominada Educación para la Salud, que luego se quedó en parte reabsorbida en los movimientos de promoción para la salud.

La dimensión de interculturalidad es otra tradición convergente, promovió la capacitación de madronas o parteras tradicionales y seguramente nadie la llevó por su complejidad y masividad más lejos que China, a partir de los conocidos pero poco comprendido movimiento de Médicos Descalzos.

La perspectiva misional: el Consejo Mundial de Iglesias

El carácter idealista de las declaraciones de los organismos internacionales suele ser una norma para construir consensos y la declaración de Alma Ata no es una excepción. Sin embargo, el carácter casi religioso de sus enunciados y de algunas de sus implementaciones está expresamente reclamado por el propio Consejo Mundial de Iglesias.

En realidad, los programas de salud relacionados con las iglesias que fueron los miembros originales de la Comisión Médica Cristiana, establecida en el Consejo Mundial de Iglesias (CMI) en 1968, inventaron el concepto de atención primaria de salud bastante antes de aquella conferencia. Los estudios realizados (1973-75) para preparar Alma Ata recurrieron a varios de sus programas como ejemplos de trabajo exitoso en este campo... En 1974, el Dr. Halfdan Mahler, a la sazón director general de la OMS, estableció un comité conjunto con el director de la CMC, James McGilvray, y el entonces director de la División de Misión Mundial y Evangelización del CMI, Rev. Lesslie Newbigin, para estudiar la cooperación en cuestiones 'de interés mutuo'. Estas reuniones llevaron a la OMS a formular más tarde los principios de la atención primaria de salud. (CONSEJO MUNDIAL DE IGLESIAS, 2003).

Combinando tradiciones

Una serie de elementos conceptuales, doctrinarios y teóricos se entremezclan en el espíritu y en la letra de Alma Ata capitalizando la experiencia de casi tres siglos de historia sanitaria:

- la 'policía sanitaria', el control social y el derecho de ingresar al domicilio cuando 'la salud pública está en riesgo';
- la extensión y la multiplicación de las vacunas impulsadas luego de la erradicación de la viruela (1976 a 1977);
- la extensión (por períodos con fuertes retrocesos) de la lucha contra los vectores;
- el movimiento de atención médica primaria con el desarrollo de médicos generalistas o de familia;

- la biopolítica implícita en la intervención sobre la sexualidad, especialmente luego del surgimiento de las pastillas anticonceptivas, sobre las pautas reproductivas, la medicalización del embarazo, parto y puerperio, la puericultura y las pautas de crianza;
- los ‘permisos’ obtenidos por el campo de la salud rural para no respetar ni atenerse a los territorios de las profesiones y especialidades, que operan en un delicado equilibrio de incumbencias en las zonas urbanas, con el argumento irrefutable de la falta absoluta de recursos y/o la no disposición de los profesionales de radicarse en las áreas rurales;
- el desarrollo de tecnologías ‘apropiadas’ utilizando los mismos permisos en zonas rurales o poco desarrolladas;
- el laborioso y resistido diálogo con las medicinas tradicionales y/o alternativas;
- la formación de recursos humanos de extracción comunitaria, de la misma extracción social y cultura que su población a cargo;
- la expectativa de cambiar los indicadores sanitarios más desfavorables con acciones específicas, aun sin modificaciones en las condiciones sociales;
- programas verticales por patología versus los transversales o horizontales, basados en las comunidades y en los servicios de salud.

Entendiendo la reunión de la alma ata

La reunión de la Alma Ata se produce en un año muy particular para la OMS y para la Salud Pública en general. A 200 años del reconocimiento científico de la vacuna antivariólica (un fenómeno que ya circulaba en las comunidades como conocimiento popular), la viruela fue declarada ‘erradicada’, lo que generó una enorme expectativa que la ciencia en general y las vacunas en

particular pudieran una a una arrinconar o erradicar a las grandes enfermedades que afectan a la humanidad.

El contexto de Guerra Fría estaba entrando en una nueva etapa, luego de haberse alejado de la OMS por algún tiempo, la URSS regresa con la idea de difundir sus logros sanitarios en un tiempo en que los resultados sanitarios de China están sorprendiendo al mundo. Según declaraba Mahler, por entonces Director de la OMS, la década del 1970 “parecía más proclive a hablar de justicia redistributiva”. Los países exportadores de materias primas liderados por los productores de petróleo (OPEP) estaban ganando terreno en mejores precios, perfeccionando los términos de intercambio y las conversaciones para frenar la carrera armamentista, por lo tanto parecían estar dando resultado prometiendo liberar recursos para la inversión social. Esto distaba de ser una fantasía, ya que la experiencia de Costa Rica como un país sin ejército era utilizada como un ejemplo de estado de bienestar exitoso en un país pequeño y de renta moderada.

Las descripciones de Halfdan Mahler, de David Tejada Rivero y del mismo Edward Kennedy respecto a las intimidades de preparación de la reunión ayudan a entender el clima y las relaciones geopolíticas que permitieron la reunión e influir en su resultado (OMS, 2008; RIVERO, 2009, PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION, 2004).

Al recordarse los 25 años de Alma Ata, Edward Kennedy evocaba:

Fue un privilegio participar en la primera conferencia internacional de atención primaria... delegados de 137 países y 67 organismos internacionales acordaron que es inaceptable que la amplia mayoría de la población del mundo carezca de cuidados básicos. La triste verdad de la vida moderna es que los chicos en las naciones desarrolladas pueden vivir una vida saludable y productiva mientras que la mayoría de los niños en los países en desarrollo sufren y frecuentemente mueren precozmente de enfermedades tratables. Las naciones del mundo tienen la solemne obligación de revivir la declaración hecha en Alma Ata. Millones de personas están

en peligro. Brindar cuidados de salud decentes es una oportunidad única de lograr aquel sueño largamente anhelado. (PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION, 2004).

La elección de una república soviética limítrofe con China y la enemistad manifiesta entre la URSS y China en ese período posiblemente explican la notoria ausencia de éste último país. Los esfuerzos posteriores de la OMS por incluirlo y los intentos de los operadores de la APS selectiva por sumarlos, como ocurrió en la reunión convocada en 1985 por la Fundación Rockefeller en Bellagio, Italia, resaltando los importantes resultados sanitarios a 'bajo costo' de países como Sri Lanka, China y Costa Rica mencionan:

[...] Esto es particularmente excitante porque parece haber un patrón común...un fuerte compromiso político y popular...que tiene el aspecto de 'una cruzada' [...] El esfuerzo no fue extremadamente barato pero 'no distorsionó la economía de esos países' haciendo que otros fines le resulten imposibles. (HALSTEAD; WALSH; WARREN, 1985, p. 7).

El concepto de salud para todos y el de atención primaria

La meta 'Salud para Todos en el año 2000' pareció un acierto político y comunicacional introducido por la OMS en 1975. La Asamblea de la OMS la aprobó en 1977, creando las bases políticas para la Conferencia Internacional que la propia URSS estaba propiciando. La idea de la APS como un medio o una estrategia para alcanzar Salud para Todos conformaba un binomio inseparable, pero, al poner la meta con énfasis en el 2000, lo que al principio fue una fortaleza, se transformó en una debilidad e incluso en objeto de burla al acercarse y atravesar esa fecha límite tan significativa.

Lo cierto es que independizada de un compromiso por la equidad y por el derecho a la salud, la APS ha sido instrumentada como un componente más de

carácter compensatorio dentro de sistemas de salud fragmentados y no universales.

La denominación APS en español, que es una mala traducción de primary health care, contribuyó a una interpretación conceptual medicalizada en la América Latina. El concepto de primario, por su parte, primario o primitivo, según el título de un difundido artículo de Mario Testa en los Cuadernos Médico Sociales de Rosario, trajo muchas confusiones como Rivero (2009) declara: "En lo lingüístico, el término 'primario' tiene diversas y hasta contrarias acepciones". Entre ellas, dos son extremas y hasta opuestas: una se refiere a lo 'primitivo, poco civilizado' y la otra a 'lo principal o primero en orden o grado'.

Por las percepciones simplistas y sesgadas de las experiencias que dieron origen al concepto, fue más fácil, cómodo y seguro entender el término 'primario' en la primera acepción, cuando el espíritu de Alma Ata parecía referirse a la segunda. En la Declaración se señalaba que la APS:

forma parte integrante tanto de los sistemas nacionales de salud como del desarrollo social y económico global (en su sentido multisectorial y no mundial), y es la función central y el núcleo principal de 'todo' el sistema. No fue nunca una parte aislada del sistema ni mucho menos circunscrita a la atención más periférica y de bajo costo para los pobres. (RIVERO, 2009).

Dimensiones políticas de la atención primaria de la salud

Luego de varias décadas, miles de experiencias se cobijaron bajo el nombre APS y océanos de textos, declaraciones y evidencias se acumularon hasta obtener suficiente evidencia, tanto sobre su adaptabilidad como sobre su potencial transformador. No fue sin embargo un período apacible. A poco menos de dos años del pronunciamiento histórico de Alma Ata, Ronald Reagan asumió la presidencia de los EEUU y junto con Margaret Thatcher, primer ministro de Gran Bretaña, encabezaron lo

que se denominó la revolución conservadora, que logró en pocos años desmontar todos los avances del Nuevo Orden Internacional que había asomado en los 1970 con la estrategia de los clubes de productores de materias primas.

Los mismos organismos internacionales fueron instrumentados por este eje conservador, redefiniendo rápidamente el rol de las denominadas Instituciones de Bretton Woods (Banco Mundial y FMI) colocando a la entonces díscola UNESCO al borde del cierre y rompiendo la alianza de UNICEF con la OMS, que habían sido el sustento institucional de la reunión de Alma Ata.

El concepto era por un lado muy potente y por otro estaba re-denominando un conjunto de estrategias sanitarias que preexistían y que sintieron la fuerza de una estrategia, pero sobre todo el mensaje implícito de igualdad o justicia que traía la meta Salud para Todos en el 2000.

El carácter idealista de la meta y de la propia Atención Primaria parece por un lado inherente al pronunciamiento de los organismos internacionales, pero además en este caso hay influencias adicionales que, como hemos visto, parecen provenir del carácter religioso de sus antecedentes reclamados justamente por el Consejo Mundial de Iglesias, quien se adjudica la paternidad de la criatura utilizando el nombre APS desde fines de los 1960 y por los propios Directores de la OMS y del UNICEF, en 1978, vinculados fuertemente a iglesias protestantes.

La paradoja en este caso es que la denominada ‘estrategia’ de APS no estaba formulada en términos estratégicos, ya que omitió cualquier identificación de actores o fuerzas sociales, de referencias a intereses en juego, de cálculo de conflictos potenciales, de mapas de posibles aliados, etc. La ausencia de una noción de campo en el documento impidió, en muchos casos, que entusiastas adherentes, como gobiernos, movimientos sociales, partidos políticos, corporaciones profesionales, se prepararan para lo que ha resultado en una tremenda y desigual pelea.

No faltaron especulaciones y acuerdos políticos que posibilitaron la reunión en Kazajistán, por entonces una República de la URSS como: la conjunción política de Directores con fuerte formación humanista y muy vinculados a la social democracia europea, el apoyo de

algunos demócratas de EEUU en ese momento en el gobierno (Jimmy Carter) con una política internacional de defensa de los derechos humanos, las negociaciones por el desarme que abrían esperanzas dentro de los equilibrios de la Guerra Fría y la ya mencionada mejora de los términos de intercambio entre países del Sur y del Norte que permitían avizorar un horizonte más optimista que lo que efectivamente ocurrió.

De hecho, la declaración de Alma Ata hace referencias implícitas a la reasignación para la meta de parte del presupuesto militar, que quedaría hipotéticamente vacante por los acuerdos de frenar la escalada armamentista y menciona el por entonces llamado Nuevo Orden Económico Internacional un concepto canibalizado en los 1980 y 1990.

Coincidientemente, en el mismo período, el Movimiento de Países del Tercer Mundo había alcanzado un acuerdo para promover la estrategia de Cooperación Técnica entre países en desarrollo, una estrategia muy relevante y sinérgica con la APS y sumamente útil para diversificar y complejizar los modelos de desarrollo que rápidamente encontró resistencias de los países del G8.

Para 1979, Walsh y Warren promovieron el concepto de APS selectiva: una estrategia para el control de enfermedades en los países en desarrollo. Cinco años después, ellos mismos reportaron la Conferencia llamada por la Fundación Rockefeller en su centro de Bellagio, Italia, y afirmaban en el prólogo que: “La declaración de Alma Ata ha parecido a muchos que presenta dificultades que imposibilitan los objetivos de salud a los países más pobres [...]”.

Un alto nivel de actividad económica no es esencial para el éxito de programas orientados al mejoramiento de la vida humana. Otros factores pueden ser más importantes. Son esos factores los que serán explorados en este trabajo denominado casualmente ‘Buena Salud a Bajo Costo’. (WALSH; WARREN, 1979).

Como hemos mencionado en esta reunión participan como invitados para compartir su experiencia China (que no había asistido a Alma Ata), Costa Rica, Sri Lanka y Kerala.

A comienzo de la década de los 1980, la agencia de Cooperación de los EEUU, la USAID, había descubierto una curiosa traducción de la APS coincidente con sus principios doctrinarios. La APS podría constituir una nueva agenda para el sector público que finalmente encontraría temas pertinentes de que ocuparse, a cambio de lo cual se retiraría progresivamente de la prestación directa de servicios de salud de segundo y tercer niveles para dejarlo en manos del sector privado (testimonio personal de la presentación de equipo de USAID al programa de residencias en Salud Internacional OPS/OMS, febrero 1986). La idea no fue inicialmente tomada en serio, pero preanunciaba lo que años después se impondría a muchos países con la ‘ayuda’ de los organismos financieros internacionales.

La OPS, que en 1972 había aprobado su Plan Decenal de las Américas, intentó empujar la concepción de la APS en las Américas hacia sus dimensiones más estratégicas. En una influyente publicación en 1980 justamente llamada “Estrategias” marcaba la atención sobre lo que hoy podría llamarse un verdadero programa de reformas sectoriales, incorporando en el centro del debate de APS elementos tales como: recursos humanos, participación social, tecnologías apropiadas, extensión de coberturas o reorientación del financiamiento sectorial.

Años después, Barrenechea y Trujillo en un texto publicado por la Facultad de Salud Pública de Antioquia insistirían en la necesidad de desidealizar el discurso de APS e incorporar elementos estratégicos para su concreción (BARRENECHEA; URIBE; CHORNY, 1987).

Al promediar la década de los 1980 ya había señales muy concretas de la pérdida de velocidad de los cambios propuestos por Alma Ata, y la OMS se preparó para un escenario desfavorable llamando a los países a proteger las mayores o menores conquistas que habían logrado mediante una estrategia de descentralización. Distritos de Salud, traducidos en las Américas como Sistemas Locales de Salud (SILOS), fueron prácticamente la última gran indicación de Mahler a poco de

abandonar su fértil período de más de una década responsable por OMS.

En Argentina, como en otros países que vivieron en dictadura durante buena parte de las décadas de 1970 y 1980, la APS fue posteriormente rescatada y revestida de sus componentes expresamente reprimidos (participación social, intersectorialidad, interdisciplina), especialmente a través de actividades académicas y políticas¹.

En el caso de Bolivia, una experiencia importante de participación social en el continente para la época fue liderada por el doctor Javier Torres Goitia (1985), generando un proceso que ha mantenido su influencia hasta el presente.

En Perú el doctor Tejada tuvo la oportunidad como ministro de aplicar los mismos conceptos que había ayudado a consensuar, con fuertes procesos de descentralización y participación social. Experiencias similares en otros países de la región han sido de vital importancia para construir este concepto, que, en ocasiones, ha quedado asociado no solo como programas de gobierno sino en ocasiones como mecanismos de resistencia apropiados por la propia población.

En 1986, la Reforma en la Constitución Brasileña ayudó a fundar una de las transformaciones más profundas de los sistemas de salud del continente, colocando el derecho a la salud y la responsabilidad del Estado en garantizarlo al más alto nivel constitucional. El desarrollo del Sistema Único de Salud del Brasil (SUS) en sus diferentes etapas comenzó lo que Sergio Arouca denominó una ‘tarea civilizatoria’, que fue la incorporación en el acceso a los servicios de salud de decenas de millones de brasileros que habían permanecido excluidos de los beneficios del cuidado de la salud desde tiempo inmemorial. Los procesos posteriores de municipalización del SUS y el desarrollo del Programa de Salud de la Familia constituyen lo que en Brasil se denomina Atención Básica, generando un modelo de atención basado en equipos de salud conformados por médicos, enfermeras, odontólogos, agentes comunitarios de salud y otros profesionales con población

²Tuvimos la intensa experiencia de generar un grupo de investigación y difusión de la APS GIDAPS en la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Buenos Aires, mientras casi simultáneamente una iniciativa de los médicos residentes del Hospital Gutierrez de Buenos Aires generó un foro de Jornadas de APS, que se sostuvo como una cita anual por casi diez años, reuniendo trabajadores de la salud y militantes barriales de todo el país discutiendo sobre APS.

nominada a cargo y en forma estrechamente articulada con los otros niveles del sistema y con las instituciones formadoras que, a través del programa Pro Saude, han incorporado a esta transformación cultural de la fuerza laboral en el país.

Un párrafo especial merece la forma como Cuba se incorporó al movimiento de APS. El sistema de salud inicialmente debilitado por la emigración de médicos y de profesores de medicina fue revertido por la Revolución. Cuba colocó muy precozmente la salud como una prioridad nacional. En pocos años, se reconstruyó y multiplicó la educación médica y se dieron pasos concretos para un sistema de salud de cobertura universal. Combinando los logros económicos y sociales con servicios de salud de segundo (policlínicos) y tercer niveles, hospitalares y una amplia organización social, fue posible exhibir rápidos resultados sanitarios que lo distinguieron ya en la década de los 1970. Para el 1986, el sistema cubano de salud volvió a sorprender con la creación de un médico de familia con formación específica (medicina general integral). Justo cuando parecía que el mercado de trabajo médico se estaba saturando en la isla, el nuevo perfil abrió una enorme frontera permitiendo acercar la medicina así como la enfermería y otras prácticas de salud allí donde la gente vive. Para el 1996, diez años después, el número de médicos se había casi duplicado y ya más de la mitad de los médicos eran médicos de familia.

Sin embargo, el panorama mundial de la década de los 1990 pareció dar la razón a Mahler, ya que la embestida neoliberal encabezada por el Banco Mundial organizada a partir de su informe del 1993, “Invertir en Salud”, representó un intento sistemático por destruir las estrategias estatales y reemplazarla por una lógica de focalización y de subsidio a la demanda.

El ejercicio no era muy sutil, es evidente que la atención de la salud de los sectores de bajos ingresos no es un buen negocio para la inversión privada, pero si el Estado se limitaba a hacer solo aquello que el sector privado nunca haría y transformaba el subsidio implícito que hace a través del resto de los servicios y las prestaciones públicas (subsidio por la oferta) en un fondo que financie las prestaciones se abriría una rica reserva de mercado. Como el costo político de cerrar repentinamente los servicios públicos de salud parecía aun en esa

década muy alto de pagar, se creaba un juego – subsidio a la demanda –, en donde el sector público debería salir a competir en supuesta igualdad de condiciones y cada cierre de un servicio público que no alcanzara a autofinanciarse debería ser entonces festejado como resultado de la sanción de su clientela y una prueba de la ilegitimidad de su existencia.

Es obvio que Alma Ata no pudo prever, ni mucho menos preparar, a los actores comprometidos con Salud para Todos para enfrentar semejantes presiones y tan sofisticadas estrategias.

El campo parecía entonces, y aun ahora, tensarse entre diferentes tendencias, todas las cuales se percibían a sí mismas como la verdadera APS.

Modelos en conflicto

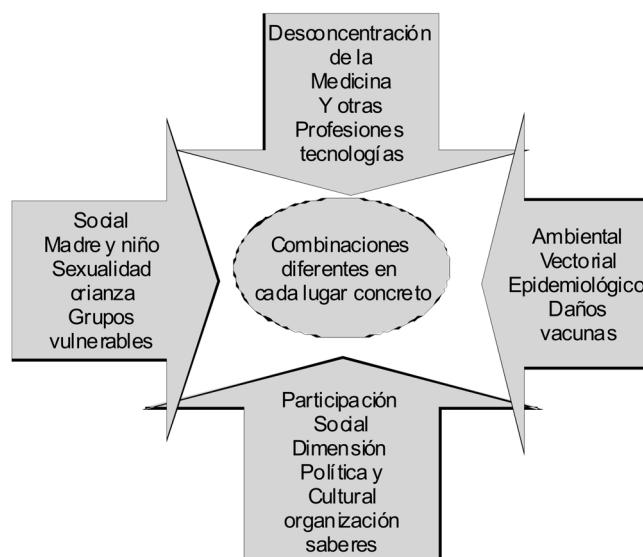
A través de un cuadro-síntesis, presentado a continuación, se procuró graficar tendencias, a veces complementarias, a veces contradictorias, que pujan por ocupar el centro de la escena en cada situación concreta. Las ‘fuerzas’ que provengan de ‘arriba’ de la extensión o descentralización de los servicios formales de salud, de la mano de las innovaciones científicas y de un intento por extender el acceso de los beneficios científicos a toda la población. Sin embargo, otras lógicas como reducción de costos, freno a la demanda (goal-keepers), medicalización o la extensión de fronteras de mercado para productos médico-farmacéuticos (‘medicamentalización’) son lógicas que también confluyen y complejizan aun más un campo ya de por sí diverso.

Las fuerzas que pujan desde la derecha del cuadro se basan en antiguas tradiciones, primeros miasmáticas y luego vectoriales de la ‘epidemiología’, que distan de haberse retirado. Hoy con el recuerdo fresco de epidemias de dengue y de gripe porcina y las reacciones gubernamentales en la región, es relativamente sencillo explicar su vigencia que se extiende no solo a los vectores sino a las otras actividades ‘contagiosas’, las cuales en caso necesario se pueden o deben llevar ‘casa por casa’. En ocasiones, esta perspectiva permite especular sobre cómo extender hacia los viejos y nuevos determinantes ambientales del proceso salud-enfermedad a nivel local.

La ‘entrada social’ del gráfico se refiere a las dimensiones más tradicionales vinculadas a la educación para la salud, y a la materno-infancia provienen de la dimensión más moralista del ‘trabajo social’ sobre las poblaciones migrantes en las zonas ‘faveladas’ de las grandes ciudades. La APS hoy despejada de algunas de sus tradiciones más moralistas se están repensando con lógicas de educación popular, inspirados en los trabajos de Paulo Freire, insertas en estrategias de promoción de la salud, como formas de transferir y de construir conjuntamente conocimientos relevantes para la población en materia de cuidado de la salud, de sexualidad, de salud de la mujer, de planificación familiar, de prevención de las muertes por abortos y complicaciones, de la salud de los trabajadores y trabajadoras, de salud de los adolescentes, tercera edad, etc.

Otra dimensión fundamental que ingresa ‘desde abajo’ es ‘la de participación social’. Siempre más o menos postergada, tiene que ver con el poder decisorio informado de las propias comunidades, muchas veces desalentada por el temor de los profesionales y trabajadores de salud en general, por el clientelismo político, por la desvalorización de los saberes tradicionales o de la capacidad de las propias comunidades de participar activamente en la resolución de sus problemas. Se deja de lado así elementos fundamentales de la concepción de APS, no solo porque la participación es clave para la sustentabilidad de los resultados o para la búsqueda de las mejores respuestas, social y culturalmente aceptadas y técnicamente ajustadas, sino sobre todo y por encima de todo porque la participación social es un derecho inalienable y deber del sector de salud facilitarla y promoverla.

Grafico 1. Tendencias que ocupan el centro de la escena



Fuente: Elaboración Propria

En este último sentido a principios del año 2000, actores de varios países se reunieron en Bangladesh con la intención de recuperar el potencial transformador de la APS inserta en procesos políticos orientados a la equidad. Resultaba obvio en las declaraciones que las buenas intenciones de los gobiernos que firman las declaraciones no son alcanzadas. Estos acuerdos son muy importantes y relevantes y se constituyen en una condición necesaria, pero frecuentemente no son suficientes, ya que la sustentabilidad de la APS depende de que los pueblos se movilicen y se apropien de herramientas para la autogestión, para la cogestión y para el control social de las acciones gubernamentales o programas de otros actores que operan en su nombre o bajo su autorización o regulación (organizaciones no gubernamentales, organismos internacionales).

La idea de pueblos movilizados necesitaba extenderse también al ámbito internacional y el Movimiento por la Salud de los Pueblos (People Health Movement, en inglés) ha sido desde entonces un espacio trascendente para organizar una voz alternativa de alerta y de movilización, enfrentando no solamente la ‘pasteurización’ de los componentes más transformadores por parte de las declaraciones de organismos internacionales, sino sobre todo la forma como el complejo médico industrial y las entidades académicas que le resultan más funcionales han ‘redescubierto’ la APS selectiva como una verdadera reserva de mercado.

Por todo ello es que cuando en el año 2003 se festejaron los 25 años de Alma Ata y la ‘supervivencia’ del potencial de movilización de la APS, a pesar del obvio incumplimiento de la meta Salud para Todos en el año 2000, se estaba festejando en realidad aunque sin explicitarlo – al menos en las ceremonias oficiales – el fracaso de las principales operaciones político-económicas de los años 1990 extendidas en una sucesión de estallidos que comienzan con la crisis de Argentina (2001), un país que al igual que Colombia o Chile había llevado su alineamiento con estas políticas hasta poner su sistema público de salud al borde de la liquidación y que termina con la propia crisis del sistema económico mundial a fines del 2008.

Resulta obvio que una política internacional de salud no puede resultar solo de la recuperación de aquello que fue reprimido por más de una década, aunque haya

mostrado su capacidad de resistencia y de corporizarse en cientos de comunidades y en miles de trabajadores de salud. La tarea de redefinir los ejes, de construir las alianzas, de generar iniciativas sustentables, de garantizar el derecho a la salud para muchos de nuestros países recién comienza y aun hay mucho que recuperar y aprender.

Atención primaria de la salud en debate: panorama reciente y perspectivas

Un balance de 35 años de APS fue expresado por Maehler (OMS, 2008):

El decenio de 1970 fue propicio para la justicia social. Ese es el motivo de que después de Alma-Ata, en 1978, todo parecía posible. Luego se produjo un serio revés, cuando el Fondo Monetario Internacional (FMI) promovió el Programa de Ajuste Estructural con todo tipo de privatizaciones, lo que provocó escepticismo en torno al consenso de Alma-Ata y debilitó el compromiso con la estrategia de atención primaria. Las regiones de la OMS seguían luchando en los países, pero no se obtuvo apoyo del Banco Mundial ni del FMI. Y la mayor decepción fue cuando algunos organismos de las Naciones Unidas, [por declaraciones posteriores parece referirse a UNICEF], pasaron a un enfoque ‘selectivo’ de la atención primaria de salud.

Eso nos llevó a empezar desde cero. Habíamos empezado con programas de atención de salud selectivos, centrados en una única enfermedad, como el paludismo y la tuberculosis, en los decenios de 1950 y 1960. A continuación tuvimos este despertar espiritual e intelectual que salió de Alma-Ata, y de repente algunos defensores de la propuesta de atención primaria de salud volvieron una vez más al antiguo enfoque selectivo. Quizás, paradójicamente, Alma-Ata tuvo en esos casos el efecto opuesto al previsto, ya que

bizo que las personas pensaran demasiado en la selección, en lugar de seguir la doctrina de Alma-Ata de salud para todos.

La deconstrucción de la APS es una tarea imprescindible para perfilarla como una herramienta de transformación social en los tiempos que corren. El contexto de crisis económica y desconcierto político de los países centrales, el fracaso – por mérito propio – de los organismos internacionales de crédito, el surgimiento de nuevas experiencias sociales y políticas en la mayor parte de los países de América Latina son elementos útiles, pero no suficientes como para apenas agregarle algún ‘re’ (‘re’ vitalización, ‘re’ lanzamiento) a la APS.

Parece necesario evaluar sus principales componentes, despejar sus equívocos, desidealizar sus enunciados, enfrentar todo intento de canibalizar su terminología, armar campos de fuerza en donde quede claro cuáles son los actores y cómo se posicionan respecto al derecho a la salud, a la inclusión social y a profundizar la equidad, desarrollar estrategias en consecuencia y pensar nuevas reglas de juego. Pero no se trata de una tarea de laboratorio, se puede monitorear las diversas experiencias que se están dando en América Latina, ponderando, entre otros:

- los aportes de la ‘cooperación técnica cubana’, que está redireccionando con sentido Norte Sur, la solidaridad con los países y localidades más pobres a través de la diplomacia médica, de las misiones de profesionales y con la formación en las Escuelas Latinoamericanas de Educación Médica;
- la ‘experiencia boliviana’ de formación en interculturalidad (residencias en salud familiar comunitaria e intercultural) resulta consistente con su política de descolonización del estado;
- la fase actual del programa de Salud de la Familia de Brasil, la experiencia de mayor escala de cobertura poblacional en tiempos recientes orientado por la APS;

- experiencias con dimensiones fuertes de participación y protagonismo comunitario, como la recuperación de la APS del primer sandinismo y sus mecanismos de rendición de cuenta ‘de cara al pueblo’ en Nicaragua, las experiencias locales de El Salvador, especialmente el Proyecto Guarjila basado en la gesta de un pueblo desplazado por la guerra civil y actualmente recuperada por el desarrollo en gran escala de los Equipos Comunitarios de Salud (ECOS);
- otros proyectos desestructurantes como el Barrio Adentro en Venezuela, y las experiencias actuales o recientes en Bogotá, Colombia, Uruguay y Argentina que se describen en otros artículos.

Un cierre con forma de apertura

Mientras tanto una serie de ejes parecen no resueltos y entendemos que pueden y deben profundizarse a futuro, quizás el debate a partir de algunas preguntas pueden ayudar al proceso de deconstrucción de la APS rescatando sus mejores aportes.

- ¿Cuáles son las relaciones concretas, instrumentales y operativas entre promoción de la salud y APS?
- ¿Hacia dónde conduce la aceptación internacional sobre las determinantes de la salud desarrollando la capacidad de negociar con otros sectores comprendiendo sus propias lógicas y necesidades?
- Formar personal comunitario ¿es sinónimo de transferir conocimiento y poder decisorio a la población?
- El personal comunitario cuando existe ¿por qué permanece en la mayoría de los países por fuera de las carreras sanitarias?
- ¿Por qué algunos países que buscan creativamente generar empleos retributivos para

- tareas – en ocasiones de dudosa utilidad social –, continúan considerando que ser promotor o agente de salud debe ser una tarea no rentada?
- ¿Por qué cuesta tanto integrar los ejes de gerontología, de salud mental o de rehabilitación cuando toda la evidencia indica que la prevalencia de sus temas en la agenda local interpelan rápidamente cualquier estrategia de APS?
 - ¿Cuánto se ha avanzado en horizontalizar los programas de salud?
 - ¿Qué equilibrio entre financiamiento e infraestructura de primer nivel respecto a los otros niveles habría que alcanzar?
 - ¿Cómo influir en universidades que siguen mayoritariamente con modelos de formación que ignoran, desprecian o minimizan la importancia de estos espacios de desarrollo profesional?
 - ¿Cómo promover, instalar y sostener procesos de investigación independiente y docencia transformadora en los escenarios del primer nivel de atención?
 - ¿Es posible pensar y diseñar acciones concretas para una gestión de calidad sustentable centrada en las ciudadanas en el marco de la estrategia de APS?
 - ¿Cuánta articulación hemos logrado en la relación salud y medio-ambiente?
 - ¿Hasta qué punto llegamos en la construcción de interdisciplina en la práctica concreta, en la capacidad de enfrentar problemas complejos?
 - ¿Cuánto hemos avanzado en la respuesta interdisciplinaria a problemas complejos como violencia familiar y de la otra, adicciones, embarazo adolescente, procesos de envejecimiento, niños y niñas en situación de calle, prostitución, población carcelaria, etc.?
 - ¿Cuáles son las formas de diálogo intercultural con otras cosmovisiones y otras medicinas que no sean simples estrategias de asimilación, sino mas bien que construyan un diálogo respetuoso horizontal y fructífero?
 - ¿Cuánto hemos avanzado en comprender a los migrantes como víctimas de los procesos de globalización, y como personas y familias que tienen los mismos derechos que tiene el resto de la población donde residen? y en este caso ¿Cuánto hemos avanzado hacia una ciudadanía global aunque sea en relación al derecho a la salud?
 - ¿Cuánto hemos entendido en APS sobre la importancia de la diferencia, otredad, diferencias de género, identidad sexual, religiosas, étnicas, culturales y de las respuestas adecuadas y consensuadas para que sean culturalmente aceptables?
 - ¿De qué forma la APS se pone del lado del fortalecimiento de los nuevos movimientos sociales e integra sus demandas y expectativas en los nuevos equilibrios entre sociedad y estado, que se insinúan en la década?
 - ¿Cómo se optimiza la cooperación internacional con diálogos interculturales y dejando capacidades en las localidades y en los países?
 - ¿Cómo puede la APS insertarse en un movimiento más amplio para sacar la América Latina de la triste posición de ser la región más injusta del planeta?
 - ¿Pueden las experiencias más afatadas en el continente ser a su vez solidarias con los pueblos y las regiones más pobres del planeta?

Un puñado de preguntas abiertas al futuro, que no quieren ser presuntuosas, tan solo tienen la expectativa de resultar útiles, para abrir un debate para ayudar a pensar la APS o lo que lo reemplace en las luchas por el derecho a la salud del siglo 21. ■

Referências

- BARRENECHEA, J.J.; URIBE, T.E.; CHORNY, A.H. *Implicaciones para la Planificación y Administración de los Sistemas de Salud: salud para todos en el año 2000*. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia, 1987.
- CONSEJO MUNDIAL DE IGLESIAS. *Reafirmación del Ideal de Alma Ata*. 2003. Disponível em: <www.oikocumene.org>. Acesso em: 20 jul. 2012.
- HALSTEAD, S.; WALSH, J.; WARREN, K. *Good Health at Low Cost*. New York: Rockefeller Foundation, 1985.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). *La atención primaria de salud cierra un ciclo completo*. Declaraciones de Halfdan Mahler. Boletín de la OMS. v. 86, 2008, p. 737-816. Disponível em: <<http://www.who.int/bulletin/volumes/86/10/08-041008/es/index.html>>. Acesso em: 2 abr. 2009.
- PAUTAS, A.C. Cobertura de las Poblaciones Rurales. In: SONIS, A. *Medicina Sanitaria*. Buenos Aires: El Ateneo, 1978.
- PAN AMERICAN HEALTH ORGANIZATION. *Statement of Senator Edward M. Kennedy Commemoration of the 25th Anniversary of the Alma-Ata Declaration of 1978*. 2004. Disponível em: <http://www.paho.org/English/DD/PIN/alma-ata_kennedy.htm>. Acesso em: 20 jul. 2012.
- RIVERO, D.A.T. Alma-ata 25 años después. Revista *Perspectivas de Salud*, Washington, v. 8, n. 2, 2003. Disponível em: <<http://www.femeba.org.ar/fundacion/quienessomos/Novedades/almaata25anhosdespues.pdf>>. Acesso em: 20 jul. 2012.
- ROBLES, J.G.; POZO, M.D. *Historia de la enfermería de salud pública en España*. Seminario de Historia y Antropología de los cuidados Departamento de Enfermería. Universidad de Alicante. v. 3, n. 5, 1999. Disponível em: <http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/5162/1/CC_05_04.pdf>. Acesso em: 20 jul 2012.
- ROSEN, G. *History of Public Health*. Baltimore: John Hopkins University Press, 1993.
- SACCHETTI, L.; ROVERE, M. *La Salud Pública en las Relaciones Internacionales: Cañones, Mercancías y Mosquitos*. Córdoba: El Agora, 2006.
- SCLiar, M. *Sonhos Tropicais*. São Paulo: Companhia das Letras, 2004.
- WALSH, J.; WARREN, K. Selective Primary Health Care: An Interim Strategy for Disease Control in Developing Countries. *New England Journal of Medicine*, Waltham, v. 301, n. 18, p. 967—974, 1979.