

Reformas de gobiernos socialistas a las políticas de salud en Bolivia y Ecuador: el potencial subestimado de la Atención Primaria Integral de Salud para impactar los determinantes sociales en salud

Herland Tejerina Silva, Werner Soors, Pierre de Paepe, Edison Aguilar Santacruz, Marie-Christine Closon y Jean-Pierre Unger

Introducción

Desde su proclamación en 1978, la Atención Primaria en Salud (APS) ha sido un tema ampliamente debatido. Su descripción multifacética en la declaración de Alma-Ata¹ es un excelente ejemplo de un compromiso bien elaborado pero ambiguo: tan difícil de repudiar como de acordar para su implementación. Al mismo tiempo que el atractivo eslogan “Salud para Todos” tuvo una amplia aceptación retórica y

el llamado pertinente de la declaración hacia un cambio socio-económico fue ampliamente ignorado. Además, el desarrollo de lo que ha sido llamada “la atención primaria selectiva en salud” fue especialmente desfavorable para la “atención primaria integral en salud”, éste fue un concepto lanzado en 1979 por Walsh y Warren con apoyo de la Fundación Rockefeller y del entonces presidente del Banco Mundial, Robert McNamara (1916-2009[†]).² En su muy influyente publicación, Walsh y Warren aclamaron la meta de Alma-Ata como “irreprochable” aunque “inalcanzable”, considerando a la Atención Primaria Integral en Salud como “poco probable en el futuro cercano”, por lo que propusieron la Atención Primaria Selectiva de Salud como una “estrategia interina” sobre la base de su costo-efectividad.³ Basándose en una lectura cuestionable⁴ de la declaración de Alma-Ata y un uso incorrecto^{4, 5} además de inapropiado⁶ del costo-efectividad, la Atención Primaria Selectiva en Salud le vino perfectamente bien a los intereses creados y fue adoptada con entusiasmo por la mayoría de las agencias donantes,⁵ por lo que resultó ser mucho más que un recurso provisorio. Una década antes del consenso de Washington⁷, la Atención Primaria Selectiva en Salud fue adoptada y reforzada como otra estrategia focalizada más en el anteproyecto de las reformas neoliberales en salud de los años 90s para los países de ingresos medios y bajos de todo el mundo. Hoy en día, los efectos mutuos y devastadores de la Atención Primaria Selectiva, de los programas focalizados, de la privatización y de

Herland Tejerina Silva: Instituto de Medicina Tropical, Departamento de Salud Pública, Unidad de Políticas y Administración Públicas, Nationalestraat 155, B-2000 Antwerp, Bruselas, Bélgica.

Correo-e: herland.tejerina@gmail.com

Werner Soors, Instituto de Medicina Tropical, Departamento de Salud Pública, Unidad de Políticas y Administración Públicas, Bruselas, Bélgica.

†Pierre De Paepe, Instituto de Medicina Tropical, Departamento de Salud Pública, Unidad de Políticas y Administración Públicas, Bruselas, Bélgica.

Edison Aguilar Santacruz, Instituto de Salud Pública, Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

Marie-Christine Closon, Universidad Católica de Lovaina, Escuela de Salud Pública, Unidad de Socioeconomía de la Salud, Bruselas, Bélgica.

Jean-Pierre Unger Instituto de Medicina Tropical, Departamento de Salud Pública, Unidad de Políticas y Administración Públicas, Bruselas, Bélgica.

Conflicto de intereses: ninguno declarado

Aprobación ética: no requerida

Fuentes de apoyo: Ninguna fuente de apoyo en forma de becas, equipo, medicamento u otros financió esta investigación.

la desregulación sobre la salud, la equidad y el desarrollo son obvios.⁸⁻¹⁰

En América Latina, las reformas neoliberales en salud de Chile y Colombia se volvieron modelos a seguir en los años 80s y 90s respectivamente; sus efectos no fueron menos perjudiciales que en otras partes del mundo.¹¹⁻¹³ Únicamente Nicaragua (en los años 80s), Costa Rica y Cuba (hasta ahora) se opusieron al neoliberalismo y aplicaron con éxito el modelo de Atención Primaria Integral de Salud, con lo que tradujeron su compromiso político en una estrategia para proveer servicios universales de salud.¹⁴ En 1990, después del restablecimiento de la democracia, Chile empezó a revertir su reforma neoliberal.¹⁵ En 1994, Brasil introdujo su Programa de Salud Familiar (PSF, *Programa Saúde da Família*), el cual se vuelve cada vez más un modelo de provisión de Atención Primaria Integral de Salud, afianzado en una política social más amplia.¹⁶ En la primera década del siglo XXI, los países latinoamericanos continúan distanciándose de los modelos neoliberales y están jugando un papel activo en el revivir la Atención Primaria Integral en Salud.¹⁷

La historia reciente sugiere que el compromiso político es clave para la implementación de la Atención Primaria Integral de Salud. Con esto en mente, examinamos los esfuerzos recientes para reconstruir la APS en dos países poco prominentes de América Latina: Bolivia y Ecuador. Hasta hace poco, ambos países tenían sistemas de salud marcados por 15 años de reforma neoliberal. Sin embargo, los gobiernos socialistas recién electos, tanto en Bolivia como en Ecuador, han empezado a redirigir la política de salud nacional. Exploramos sus esfuerzos en la reconstrucción de la APS e intentamos identificar y explicar vacíos en sus políticas, con especial énfasis en la integración de diferentes aspectos de la atención y la inserción de la salud en una política social más amplia. Finalmente, concluimos con algunas reflexiones para el mejoramiento.

Condiciones de salud en Bolivia y Ecuador antes de 2005

Dentro del espectro latinoamericano de desarrollo y salud, Bolivia y Ecuador se encuentran

claramente en el segmento más bajo. Con un ingreso *per capita* de \$ 2,590 en 2004, Bolivia es el país latinoamericano más pobre. Ecuador está algo mejor situado (\$3,690); lo que aún implica menos de la mitad del promedio en la región.¹⁸ En 2004, la esperanza de vida al nacer era de 65 años en Bolivia (únicamente Belice tenía un desempeño más bajo) y 72 en Ecuador;¹⁹ la probabilidad de muerte antes de los cinco años era de 69 y 26 por cada 1,000, respectivamente.¹⁹ De acuerdo a cálculos recientes, a pesar de las iniciativas selectivas por reducirla (Seguro Nacional de Maternidad y Niñez - SNMN en Bolivia, desde 1996, y Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia en Ecuador, desde 1994), la razón de mortalidad materna sigue un patrón similar, con 420 y 130 muertes por cada 100,000 nacimientos vivos¹⁸.

Estos datos no son únicamente alarmantes, sino que señalan una falta persistente y desigual en el acceso a la atención sanitaria. En Bolivia, la proporción de la población general capaz de hacer uso de los servicios de salud en caso de enfermedad bajó del 50 al 45% entre 1999 y 2002.²⁰ La cobertura poblacional del seguro social de salud bajó del 21 al 16% durante ese mismo periodo y el acceso se concentró entre los de mejores recursos económicos.²⁰ En Ecuador, estos indicadores de uso y seguro alcanzaron el 75 y el 23% en 2002.²¹ El gasto de bolsillo como proporción del gasto privado en salud fue tan alto como el 79% en Bolivia y 88% en Ecuador para 2003, mientras que el gasto privado alcanzó respectivamente el 36% y el 61% del gasto total en salud.¹⁹ En 1999, el 5% de todos los hogares bolivianos incurrieron en gastos catastróficos por motivos de salud; en 2002 el 4%.²⁰ Esta reducción no alarmante alentadora, ya que se correlaciona con la utilización reducida de los servicios de salud durante la reforma neoliberal. No hay un análisis comparable de gastos catastróficos en salud para Ecuador.

Cuando Evo Morales en Bolivia (enero 2006) y Rafael Correa en Ecuador (enero 2007) asumieron la presidencia de sus respectivos países, se enfrentaron con una población con mala salud y acceso limitado a un sistema de salud fragmentado y de calidad cuestionable. Ambos prometieron un cambio.

La política de salud de los nuevos gobiernos socialistas

Bolivia

En el Encuentro Iberoamericano de 2007, el presidente español José Luis Rodríguez Zapatero le preguntó a su homólogo boliviano cómo le podía ayudar a mejorar la salud. La respuesta lacónica de Morales “necesito ambulancias”²² reflejaba la necesidad urgente de su país para mejorar el acceso a los servicios de salud pero también pudo haber expresado su incertidumbre acerca de cómo seguir adelante.

En 2006, el Ministerio de Salud de Bolivia presentó un plan para rediseñar la política sanitaria.²³ Una revisión de tal documento deja ver una fuerte voluntad política y nuevas ideas interesantes: los autores hacen del Estado el garante del derecho a la salud del pueblo. El reconocimiento de preferencias culturales y el enfoque participativo en la administración de los servicios de salud son elementos nuevos. Sin embargo, también se observan contradicciones evidentes, por ejemplo, mientras el acceso adecuado es eliminado como un determinante clave de la salud, aún es visto como objetivo a seguir.

El nuevo modelo operacional para la Atención Primaria en Salud del Ministerio de Salud es llamado SAFCI (Salud Familiar Comunitaria Intercultural).²⁴ El modelo hace gran énfasis en la promoción de la salud dentro de la comunidad, lo que es visto como una tarea clave del personal de salud. Al mismo tiempo, considera el acceso a la atención institucional en cualquier nivel como una necesidad no satisfecha que debe ser atendida a través de una amplia serie de mediadas; entre ellas, mayor integración de la medicina tradicional, la inclusión de trabajadores sociales en los equipos de salud, control de los servicios de salud por organizaciones comunitarias y mejor coordinación de los tres niveles del sistema de salud. De manera paralela, contempla la extensión de la cobertura poblacional del seguro materno-infantil (antes SNMN, posteriormente SUMI – Seguro Único Materno Infantil, ahora llamado SuSalud – Seguro Único de Salud), al grupo de edad de entre 5 y 21 años y se ha implementado

una estrategia de transferencia condicionada de efectivo para atraer usuarios.

En la Constitución Política aprobada en 2008¹ se indica: “Todas las personas tienen derecho a la salud y el Estado garantiza (este derecho)... El sistema único de salud será universal, gratuito, equitativo, intracultural, intercultural, participativo, con calidad, calidez y control social.” Ninguna acción de regulación o implementación ha sido aprobada aún.

Ecuador

De manera comprensible, a dos años del cambio de gobierno, en Ecuador la situación está menos desarrollada. En marzo de 2007, el presidente Correa declaró lo que se convirtió en un estado de emergencia para la salud que duró 10 meses y aprobó un financiamiento adicional de 255 millones de dólares para mejorar la infraestructura y el equipamiento de 1,861 centros de salud y 127 hospitales públicos y para contratar a 4,500 trabajadores adicionales. Para superar, por lo menos parcialmente, la segmentación pre-existente en el sector público, Correa ha insistido en integrar las redes de provisión de servicios del Ministerio de Salud y el sistema de Seguridad Social.²⁵

Un documento reciente de SENPLADES, el nuevo y poderoso organismo de planeación, propone una transformación radial del sector salud. De acuerdo al plan, los servicios de salud del Ministerio de Salud y los de la Seguridad Social serán integrados en un periodo de seis años y la atención será financiada enteramente con impuestos. Se trata de un documento técnico bien escrito, pero aún tiene que ser puesto en práctica. Aún está por verse si el gobierno será capaz de resistir el fuerte *lobby* de la Seguridad Social²⁶ y si el Ministerio de Salud tiene la capacidad de encabezar esta transformación.

La política sanitaria rediseñada aún tiene que presentarse formalmente pero junto a estas interesantes propuestas de cambio, hay un fuerte

¹ Estado Plurinacional de Bolivia (2008), *Constitución Política del Estado*.

indicio de un modelo muy diferente, cercano al boliviano. Tal como lo señalan los principales funcionarios de salud, el nuevo modelo de atención sanitaria “integrado” debe diferenciarse de los modelos biomédicos previos y concentrarse en la salud, en el desarrollo humano y en la calidad de vida. La promoción de la salud y las actividades de prevención serán protagonistas, mientras que la atención curativa (discrecional) será una prioridad de segundo plano.

Problemas en la implementación de las políticas y oportunidades perdidas

Tanto Bolivia como Ecuador enfrentan dificultades importantes en la puesta en práctica de las políticas propuestas. En Bolivia, la anunciada duplicación del presupuesto del Ministerio de Salud en 2007 no pudo ser llevada a cabo, ya que la Ley que asignaba una porción de los ingresos por hidrocarburo a SuSalud fue rechazada. En Ecuador, el objetivo de integrar los servicios públicos enfrenta la fuerte oposición de la institución del Seguro Social y de los proveedores de salud privados subcontratados por ésta.

La evaluación del impacto de estas “nuevas” políticas en este momento sería un ejercicio inapropiado y poco justo. Sin embargo, la identificación de brechas en las políticas basadas en debilidades y problemas constituye una tarea oportuna. Analizaremos a Bolivia y a Ecuador juntos, ya que el inventario de oportunidades perdidas muestra similitudes remarcables.

Descentralización: la descentralización ha sido continuamente recomendada para mejorar la gobernabilidad a través de un sistema de corresponsabilidad entre instituciones centrales, regionales y locales²⁷ y ha sido una característica clave de la reforma del sector salud en América Latina. Los opositores a la reforma neoliberal la han venido criticando desde hace mucho;¹¹ sus desventajas prácticas están siendo cada vez más reconocidas tanto por sus críticos como por sus promotores. Un análisis reciente del Banco Mundial se refiere a la descentralización (tal como es aplicada en Bolivia) como un retraso para la provisión de servicios y su financiamiento.²⁸ Bolivia (que actualmente enfrenta un contexto político difícil con fuerzas centrífugas) está lejos

de revertir el proceso y planea extender la descentralización a su proyecto SuSalud. En el caso de Ecuador, hasta la fecha, únicamente se ha implementado parcialmente una ley de descentralización.

Empleo dual: el empleo dual público/privado entre médicos es una práctica común en Latinoamérica, lo que limita el acceso a los servicios públicos de salud y favorece a los privados. Los doctores en los servicios públicos trabajan seis horas al día en Bolivia y cuatro en Ecuador; típicamente pasan el resto del día en la práctica privada. A excepción del personal recién contratado en Ecuador, se ha planeado poco esfuerzo para eliminar el empleo de medio tiempo en el sector salud de estos dos países.

Programas verticales: En Bolivia y en Ecuador (así como en cualquier otro lugar) es sabido que los programas enfocados en un problema específico tienen un desempeño pobre (a menos que estén apoyados por servicios de salud aceptables e integrales). Además, los programas verticales típicamente tienen un impacto perjudicial sobre el acceso general a la atención.²⁹ No obstante, ninguno de estos dos países planea colocar administrativamente a los programas verticales existentes dentro de sus servicios horizontales. En el caso de Bolivia, el control de la desnutrición sigue siendo un programa autónomo que no está integrado al sistema (con un financiamiento del 57% de los \$82 millones proyectados); el combate a la violencia doméstica es otro nuevo programa vertical. En ambos países, se quiere que los equipos de los servicios de primera línea visiten regularmente los hogares y las comunidades para trabajar sobre los determinantes sociales de salud, pero sin considerar si están integrados o no a las intervenciones y a los procesos clínicos cuando son necesarios.

Programas universales vs. programas selectivos: el focalizar los servicios sociales a grupos vulnerables es, por regla general, inferior al universalismo. La focalización de los servicios rara vez logra el arrogado costo-efectividad. Esto se debe a la pérdida y a la baja cobertura, que son definidas como errores de inclusión y exclusión respectivamente,³⁰ la implementación de servicios bajo la estrategia SUMI de Bolivia ilustra ambos

problemas. Un análisis del Banco Mundial identifica cómo las pérdidas y la baja cobertura han resultado en un programa que favorece a las personas con mayores recursos.³¹ En lo que respecta a la protección financiera, un análisis de la OMS de los predecesores del SUMI documenta mayores incidencias de gasto catastrófico en salud y empobrecimiento entre los pobres, que entre los no-pobres, con un efecto protector limitado en algunos de los grupos objetivo.²⁰ Sin embargo, Bolivia no ha abandonado el principio de un programa de seguro de salud selectivo, que otorga acceso a un paquete limitado a una fracción de la población. Bolivia ahora extiende la cobertura de SuSalud a adolescentes, mientras los ancianos (la población más vulnerable)²⁰ permanece desatendida. Por otro lado, Ecuador planea discontinuar su programa de seguro selectivo (irónicamente llamado Aseguramiento Universal en Salud) y reemplazarlo con servicios gratuitos conforme crezca el presupuesto del Ministerio de Salud.

Sorprendentemente o no, estos asuntos no atendidos (los efectos adversos de la descentralización, el empleo dual, los programas verticales y la selectividad) pueden tener impactos negativos sobre la atención en salud, especialmente sobre el acceso. Se pueden plantear dos preguntas:

- 1) ¿Qué provocó que los hacedores de políticas bolivianos y ecuatorianos no vieran la importancia y el potencial de la Atención Primaria Integral en Salud? y
- 2) ¿Cuáles son las consecuencias probables de tal descuido?

Explorando las razones, estimando las consecuencias

Se puede identificar una variedad de factores externos e internos para explicar el descuido actual de la atención en salud por parte de los hacedores de políticas en Bolivia y Ecuador:

- 1) una interpretación especialmente estrecha de la medicina social y los determinantes sociales, reforzada por la política de salud mundial;
- 2) la dependencia de estos países del financiamiento externo y
- 3) la inercia institucional.

La medicina social latinoamericana tiene una larga y fuerte tradición. Hace más de dos siglos, Eugenio Espejo reconocía las causas sociales de los brotes de enfermedad en Ecuador, mucho antes de que Rudolf Virchow lo hiciera en Alemania.³² En 1939, Salvador Allende, Ministro de Salud en Chile en ese entonces, refinó y amplió el concepto para incluir las condiciones sociales de la mala salud y del subdesarrollo. En los años 70s, el médico y sociólogo argentino Juan César García fortaleció la escuela de medicina social desde la Organización Panamericana de Salud (OPS) y la usó como una ventana para el mundo de la propia medicina social. Promoviendo el cambio en las determinantes socio-políticas de la salud, la medicina social latinoamericana ayudó claramente a introducir la dimensión política dentro la Atención Primaria Integral de Salud en Alma-Ata.

En Latinoamérica, la medicina social encontró una expresión organizacional en la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES),³³ fundada en 1984. Hoy en día, la influencia de la medicina social puede explicar el enfoque de desarrollo basado en la comunidad de las políticas bolivianas y ecuatorianas. Pero la medicina social no puede ser hecha responsable por el descuido del acceso a la atención, por el contrario, la historia muestra que el trabajo sobre los determinantes sociales en salud y el acceso a la atención pueden ir de la mano. En 1950, el exponente de la medicina social, Salvador Allende, introdujo el primer servicio nacional de salud en América, que garantizaba acceso universal a la atención.³² Hoy en día, la ALAMES todavía incluye el desarrollo de la atención primaria universal y gratuita en su agenda política.³³ De manera similar, la Comisión Sobre Determinantes Sociales en Salud (CDSS) de la Organización Mundial de la Salud (OMS) aboga por la cobertura universal, la revitalización del enfoque de Atención Primaria Integral de Salud y la priorización de la atención primaria para enfrentar las inequidades en salud.^{34, 35}

La desatención del acceso a la atención se vuelve entendible a la luz de una interpretación particularmente restrictiva de los determinantes sociales de la salud, como es propugnada por un actor regional influyente. En un manifiesto de

2007,¹⁷ la OPS describió el concepto de Atención Primaria en Salud: "... el lugar para la atención en salud continua para la mayor parte de la gente, la mayor parte del tiempo..." y como "... la definición más estrecha... relacionada directamente a la disponibilidad de los médicos con especialización en práctica general o en medicina familiar..." limitada a Europa y a otros países industrializados. Esta valoración no hace mención del valor añadido de la medicina familiar a nivel de la atención individual. El artículo también enfatizaba la promoción y la prevención como primordiales para la "renovada" Atención Primaria en Salud, claramente, la atención no fue reconocida como determinante en salud *per se*.

Parece ser que los hacedores de políticas bolivianos y ecuatorianos adoptaron este enfoque. Su actitud se vuelve más comprensible si se toma en cuenta el efecto combinado de la dependencia relativa de sus países del financiamiento externo y al hecho de que la política de salud internacional (guiada por donaciones) tiende a reservar la provisión de atención para el sector privado.²⁹ En la actualidad, la mayoría de los hacedores de política nacionales fueron intelectualmente formados dentro un concepto de salud pública que tiende hacia el control de la enfermedad. Esto (junto con la inercia institucional) ayuda a explicar por qué los compromisos pasados predominan sobre la determinación política actual.

El cálculo de las consecuencias de una política determinada es igual de importante que la comprensión de las causas. A continuación exploramos las consecuencias probables de evitar enfrentar los aspectos críticos relacionados al acceso a la atención y de los cambios de política ya anunciados en Bolivia y Ecuador.

La profundización de la descentralización actual implica el riesgo de agravar la segmentación y la fragmentación del sistema de salud (como ha sido reconocido en el análisis del Banco Mundial previamente mencionado).²⁸ En el caso de Bolivia, la autonomía regional (aprobada por *referendum* y de inmediata ejecución en cinco de las nueve regiones) podría desarticular más al sistema sanitario y reducir la solidaridad nacional. El retener la práctica de empleo dual debilitará al sistema público de salud. La conservación y la profundización del enfoque basado en la

enfermedad y enfocado a los problemas (sin integrar los programas verticales en la atención primaria) continuará reduciendo el acceso, lo que, a su turno, mantendrá el fracaso en el control de enfermedades reduciendo el volumen del conjunto de pacientes, absolutamente necesarios para la detección temprana y seguimiento.²⁹ El convertir a la promoción y a la prevención en la comunidad en la tarea clave del personal de salud también reducirá el acceso a la atención. Mantener la tendencia hacia programas sociales selectivos (con sus inherentes³⁰ y confirmadas³¹ pérdidas y baja cobertura) ofrece poca posibilidad de eficiencia.

Una a una, estas opciones son notablemente similares a las recomendaciones de la reforma neoliberal y sus versiones revisadas. Si se toma como ejemplo al seguro de salud focalizado, resulta claro que la lógica detrás del proyecto "SuSalud" de Bolivia y el "Aseguramiento Universal en Salud" de Ecuador es idéntica al llamado "universalismo básico", que es la última versión de la Atención Primaria Selectiva en Salud; el universalismo básico ya ha sido criticado por ser focalizado y selectivo de manera disfrazada.³⁶ No es sorprendente que la mayoría de las opciones estén apoyadas por préstamos externos relacionados a la reforma, mismas que los gobiernos no renegociaron en sus aspectos más importantes. Por lo menos en Ecuador, este seguro de salud focalizado está siendo desmantelado y se planea, a mediano plazo, una cobertura universal a través de un sistema unificado financiado por impuestos.

En conjunto, esta combinación de opciones tiene la posibilidad de preservar y/o de reintroducir los elementos clave de la Atención Primaria Selectiva de Salud, al mismo tiempo que consolida la mercantilización y la privatización de la atención. Por esto, difícilmente mejorará la salud y sí puede empeorar la situación actual de exclusión y la pobreza. Si se toma en cuenta el compromiso del gobierno con la equidad y la salud, esta combinación de opciones resulta contraproducente.

Conclusiones: una propuesta de uso del potencial de la APS

Nuestra intención no es negar la necesidad de acción sobre los determinantes sociales, sobre

todo no en Latinoamérica, la sociedad más inequitativa del mundo. Sino que aquí argumentamos que la atención en salud es en sí misma un determinante social clave y que el actuar sobre los determinantes sociales de manera integrada con la atención familiar en los servicios de salud es el modo más efectivo de proceder.

mortalidad infantil en ese periodo, incluso después de controlar todos los otros determinantes de salud.⁴¹

Los hallazgos de Starfield y sus colegas con respecto a las contribuciones positivas de la atención primaria a la salud y la equidad fueron

Tabla 1. Tasa de mortalidad, calculada por 100,000

	Bolivia		Ecuador	
	Tasa	Porcentaje	Tasa	Porcentaje
Afecciones contagiosas, maternas, perinatales y nutricionales	317,53	38%	144,77	24%
Enfermedades no-contagiosas	458,05	54%	376,58	63%
Lesiones	69,84	8%	78,40	13%

Cálculos de muerte y DALY, por causa, en 2002, para los Estados miembro de la OMS.⁴³

La atención en salud en la forma de atención primaria (operacionalmente definida como atención que provee acceso de primer contacto por cada nueva necesidad, atención de largo plazo basada en la persona, atención integral para la mayoría de las necesidades en salud y atención coordinada cuando ha de buscarse en otro lugar)³⁷ merece dedicación aunque sea sólo razones éticas.

comprobadas por la investigación de la Red de Conocimientos en Sistemas de Salud (*Knowledge Network on Health Systems*)³⁴ de la CDSS y reconocidas en el Informe Final de dicha Comisión, por tanto, la atención en salud puede ser ahora mercedamente vista como un determinante social en salud.

Starfield y sus colegas³⁷ han brindado evidencia contundente de que la atención primaria da mejores resultados en salud a costos más bajos y que es más equitativa que otras formas de atención. El manifiesto de 2007 de la OPS antes mencionado argumenta que la validez de estos hallazgos puede estar restringida a los países de altos ingresos,¹⁷ no hay razones para creer este argumento, ya que varias experiencias latinoamericanas en países con ingresos medios y bajos prueban lo contrario. Cuba integró sus actividades de promoción y prevención en salud en los servicios de atención primaria en 1983, lo que desde entonces ha producido resultados extraordinarios a un costo bajo.³⁸ Costa Rica ha estado ofreciendo acceso universal basado en atención primaria desde hace décadas, con resultados igual de destacados a un costo asequible.³⁹ Durante 1970 y 1980, la mortalidad infantil en Costa Rica bajó de 68 a 20 por cada 1,000 nacimientos vivos; más del 40% de esta reducción en la mortalidad se atribuyó a la atención primaria.⁴⁰ De manera similar, en Brasil el incremento del 36% en la cobertura poblacional por el Programa de Salud Familiar entre 1990 y 2002 se asoció a la reducción del 39% de la

Basándose en su revisión bibliográfica, Starfield y sus colegas concluyeron que el acceso y la calidad superior de los servicios (entre otros factores) contribuyen al logro de la atención primaria. Con base en nuestra experiencia en la atención primaria en tres continentes, de dos décadas, enfatizamos la importancia central de la medicina familiar y comunitaria. En efecto, la medicina familiar provista en los servicios de atención de salud, aprovecha por definición las oportunidades de la atención individual para actuar sobre determinantes sociales próximos (con puntos de entrada como el alcoholismo y la drogadicción, la desnutrición y la violencia familiar, entre muchos otros).

Las poblaciones ecuatorianas y bolivianas muestran un perfil epidemiológico de transición.⁴² Las enfermedades no contagiosas surgen como las causas predominantes de muerte y discapacidad, al mismo tiempo que las enfermedades infecciosas y la mortalidad infantil siguen siendo una parte esencial del total de la mortalidad (Tabla 1).

La acción sobre los determinantes sociales y económicos de estos problemas de salud crónicos depende tanto de campañas masivas como de

acciones sobre factores de riesgo individuales que pueden ser efectivamente enfrentados por trabajadores familiares de salud de primera línea. El “poder positivo” que los médicos tienen sobre sus pacientes (lo que encarna una responsabilidad continua por la persona y la familia, integrando una amplia gama de problemas sociales y de conducta),⁴⁴ coloca a los doctores en una posición privilegiada para actuar sobre los determinantes individuales en salud. Por medio del aprovechamiento del aumento reciente en el uso de servicios de salud de primera línea (lo que está ligado a la política de atención gratuita y a la disponibilidad de medicamentos) los médicos generales ecuatorianos cuentan con una posición privilegiada para hacerlo.

Haciendo uso de la integración de la promoción de la salud en las actividades de los médicos de la atención primaria y aprovechando la naturaleza de la relación médico-paciente, se potencializa el incremento de su efectividad.⁴⁵ De hecho, la actividad física prescrita por el médico familiar es más efectiva que cuando los pacientes empiezan un programa de ejercicio por iniciativa propia.⁴⁶ La integralidad de la orientación (tabaco, alcohol y dieta) está relacionada positivamente con la satisfacción del usuario⁴⁷ y el mejoramiento de la salud del paciente está relacionado con la incorporación de actividades de prevención a la práctica regular de la medicina familiar.⁴⁸ La acción sobre determinantes de salud más colectivos también podría depender del ala de medicina comunitaria del equipo de servicios de primera línea, basándose en la relación centrada en el paciente con los miembros de la comunidad. La medicina familiar y comunitaria actúa sobre los determinantes sociales sin sobrecargar los servicios de salud, permitiendo así un enfoque multisectorial genuino. En nuestra opinión, estos argumentos justifican la integración de la prevención y la promoción a la provisión de APS.⁴⁹

El mensaje que hay que llevarse consigo (y compartir) es que la implementación correcta de la atención familiar y comunitaria puede producir un cambio importante. Cuando la Dra. Chan, Directora-General de la OMS, habló el 29 de septiembre de 2008 en la Sesión Anual de la Autoridades en Salud del Hemisferio de la OPS, justamente dijo que “necesitamos fundar la acción

en salud pública en un entendimiento claro de los múltiples factores que afectan la salud. La APS es la mejor manera de hacerlo”.⁵⁰ La Atención Primaria Integral en Salud se merece un lugar central en la lista de prioridades de los hacedores de políticas en Bolivia, en Ecuador y en cualquier otro lugar del mundo.

Reconocimientos y declaraciones

Herland Tejerina, Werner Soors, Pierre De Paepe y Jean-Pierre Unger concibieron y llevaron a cabo el estudio. Todos los autores ayudaron a conceptualizar ideas e interpretar los hallazgos para la versión final del artículo y certifican haber visto y aprobado la versión final del manuscrito, todos declaran no tener conflictos de interés en relación a éste.

Referencias

- (1) World Health Organization. Declaration of Alma-Ata. Report of the International Conference on Primary Health Care, Alma Ata, USSR, 6-12 September 1978. [1], 2-6. Geneva, Switzerland, World Health Organization. Health for All Series.
- (2) Cueto M. The Origins of Primary Health Care and Selective Primary Health Care. *Am J Public Health* 2004; 94(11):1864-74.
- (3) Walsh JA, Warren KS. Selective Primary Health Care: An Interim Strategy for Disease Control in Developing Countries. *N Engl J Med* 1979; 301(18):967-74.
- (4) Gish O. Selective Primary Health Care: Old Wine in New Bottles. *Soc Sci Med* 1982; 16(10):1049-54.
- (5) Unger JP, Killingsworth JR. Selective primary health care: a critical review of methods and results. *Soc Sci Med* 1986; 22(10):1001-13.
- (6) Berman PA. Selective primary health care: is efficient sufficient? *Soc Sci Med* 1982; 16:1054-9.
- (7) Williamson J. What should the Bank think about the Washington Consensus? *World Bank Research Observer* 2000; 15(2):251-64.
- (8) Magnussen L, Ehiri J, Jolly P. Comprehensive versus selective primary health care: Lessons for global health policy. *Health Aff* 2004; 23(3):167-76.
- (9) Peyre Dutrey A. Successful Targeting? Reporting Efficiency and Costs in Targeted Poverty Alleviation Programmes. United Nations Research Institute for Social Development, editor. 2007. Geneva, Switzerland Social Policy and Development Programme.

- (10) Koivusalo M, Mackintosh M. Health systems and commercialisation: in search of good sense. Social Policy and Development Programme. 2004 Geneva, Switzerland, United Nations Research Institute for Social Development.
- (11) Homedes N, Ugalde A. Why neoliberal health reforms have failed in Latin America. *Health Policy* 2005; 71(1):83-96.
- (12) Sánchez HR, Albala CB, Lera LM. Años de vida perdidos por muerte prematura (AVPP) en adultos del gran Santiago: hemos ganado con equidad? [Last years of life due to premature death in adults of greater Santiago: did we win with equity?]. *Revista Médica Chile* 2005; 133(5):575-82 [in Spanish].
- (13) Gómez Arias RD. La mortalidad evitable como indicador de desempeño de la política sanitaria: Colombia 1985-2001 [Avoidable death as an indicator of the performance of health policy: Colombia 1985-2001]. 2006. Universidad de Alicante [in Spanish].
- (14) Rifkin SB, Walt G. Why health improves: Defining the issues concerning 'comprehensive primary health care' and 'selective primary health care'. *Soc Sci Med* 1986; 23(6):559-66.
- (15) Unger JP, De Paepe P, Solimano Cantuarias G, Arteaga Herrera O. Chile's Neoliberal Health Reform: an Assessment and a Critique. *PLoS Medicine* 2008; 5(4):542-7 [e79].
- (16) Cohn A. The Brazilian health reform: a victory over the neoliberal model. *Social Medicine* 2008; 3(2):71-81.
- (17) Macinko J, Montenegro H, Nebot C. Renewing primary health care in the Americas: a position paper of the Pan American Health Organization/World Health Organization (PAHO/WHO). 2007. Washington, DC, Pan American Health Organization/World Health Organization (PAHO/WHO).
- (18) World Bank. World Development Report 2006: Equity and Development. 2005. Washington, DC, The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank.
- (19) World Health Organization. World Health Report 2006: Working together for health. 2006. Geneva, Switzerland, World Health Organization.
- (20) Aguilar Rivera AM, Xu K, Carrin G. The Bolivian health system and its impact on health care use and financial risk protection. 2006. Discussion paper n° 7:1-30. Geneva, Switzerland, World Health Organization - Health System Financing Department. Cluster "Evidence and Information for Policy" (EIP).
- (21) Organización Panamericana de la Salud, Consejo Nacional de Salud - CONASA. La equidad en la mira: La salud pública en Ecuador durante las últimas décadas [Eyes on equity: public health in Ecuador during the last decades [in Spanish]]. Organización Panamericana de la Salud, editor. 2007.
- (22) Ibaibarriaga M. Promesa de 700 ambulancias para Evo Morales [Promise of 700 ambulances for Evo Morales]. *El Mundo* 23-1-2007; XVIII(6246).
- (23) Ministerio de salud y deportes Bolivia. Bases para el Plan estratégico de Salud 2006-2010 [Elements for the Strategic Health Plan 2006-2010]. 2006. La Paz, Bolivia, Ministerio de salud y deportes Bolivia [in Spanish].
- (24) Ministerio de salud y deportes Bolivia. Salud familiar comunitaria intercultural [Intercultural, community-based family health]. 2005. [in Spanish].
- (25) Redacción Sociedad. Las reformas a la Ley de Seguridad Social se definen [The reform of the law of social security is being defined]. *El Comercio* 29-1-2008; [in Spanish]
- (26) SENPLADES, Equipo técnico para la transformación sectorial. Transformación sectorial de salud en el Ecuador. La Reforma estructural del sector salud. 2008. Quito, Ecuador, SENPLADES.
- (27) United Nations Development Programme. Decentralized Governance Programme: Strengthening Capacity for People-Centered Development. 1997:1-46. Washington, DC, Management Development and Governance Division, United Nations Development Programme.
- (28) Gómez JP. El sector salud [The Health Sector]. Fretes-Cibils V, Giugale M, Luff C, editors. Bolivia: por el bienestar de todos [Bolivia: for the well-being of all]. World Bank, 355-371 [in Spanish]. 2006. Washington, DC, World Bank.
- (29) Unger JP, De Paepe P, Ghilbert P, Soors W, Green A. Disintegrated care: the Achilles heel of international health policies in low and middle-income countries. *International Journal of Integrated Care* 2006; 6(14):1-13. <http://www.ijic.org/>.
- (30) Mkandawire T. Targeting and universalism in poverty reduction. 2005. Paper N° 23:1-28. Geneva, Switzerland, United Nations Research Institute for Social Development (UNRISD). *Social Policy and Development, Social Policy and Development* (2000 - 2005).
- (31) Walker I. Protección social [Social protection]. Fretes-Cibils V, Giugale M, Luff C, editors. Bolivia: por el bienestar de todos [Bolivia: for the well-being of all]. World Bank, 373-389 [in Spanish]. 2006. Washington, DC, World Bank.
- (32) Waitzkin H, Iriart C, Estrada A, Lamadrid S. Social medicine then and now: Lessons from Latin America. *Am J Public Health* 2001; 91(10):1592-601.

- (33) Torres Tovar M. Alames: organizational expression of social medicine in Latin America [Editorial]. *Social Medicine* 2007; 2(3):125-30.
- (34) Gilson L, Doherty J, Loewenson R, Francis V. Challenging inequity through health systems. Final report Knowledge Network on Health Systems. 2007:1-146. Geneva, Switzerland, WHO Commission on the social determinants of Health.
- (35) Commission on Social Determinants of Health. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health. World Health Organisation, editor. 2008:1-248. Geneva, Switzerland, World Health Organisation.
- (36) Narbondo P. Reflexiones críticas sobre el universalismo básico [Critical reflections on basic universalism]. *Revista Uruguaya de Ciencia Política* 2006; 15:151-72 [in Spanish].
- (37) Starfield B, Shi LY, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Quarterly* 2005; 83(3):457-502.
- (38) Spiegel JM, Yassi A. Lessons from the margins of globalization: appreciating the Cuban health paradox. *J Public Health Policy* 2004; 25(1):85-110.
- (39) Unger JP, De Paepe P, Buitrón R, Soors W. Costa Rica: Achievements of a Heterodox Health Policy. *Am J Public Health* 2008; 98(4):636-43.
- (40) Rosero-Bixby L. Socioeconomic development, health interventions and mortality decline in Costa Rica. *Scandinavian Journal of Social Medicine* 1991; Suppl. N° 46:33-42.
- (41) Macinko J, Guanais FC, de Fatima Marinho de Souza M. Evaluation of the impact of the Family Health Program on infant mortality in Brazil, 1990-2002. *J Epidemiol Community Health* 2006; 60(1):13-9.
- (42) Wielgosz A. Cardiovascular Epidemiology in the Americas. 1st Virtual Congress of Cardiology. Cardiovascular Risk and Prevention Factors. 2000.
- (43) World Health Organization. Death and DALY estimates for 2002 by cause for WHO Member States. 2004. Geneva, Switzerland, World Health Organization. Disease and injury country estimates.
- (44) Rogers J, Curtis P. The concept and measurement of continuity in primary care. *Am J Public Health* 1980; 70(2):122-7.
- (45) Nutting PA. Health promotion in primary medical care: Problems and potential. *Preventive Medicine* 1986; 15(5):537-48.
- (46) Petrella RJ, Kennedy E, Overend TJ. Geographic Determinants of Healthy Lifestyle Change in a Community-Based Exercise Prescription Delivered in Family Practice. *Environmental Health Insights* 2008; 1:51-62.
- (47) O'Malley AS, Forrest CB. Beyond the Examination Room: Primary Care Performance and the Patient-physician Relationship for Low-income Women. *Journal of General Internal Medicine* 2002; 17(1):66-74.
- (48) Sans-Corrales M, Pujol-Ribera E, Gene-Badia J, Pasarin-Rua MI, Iglesias-Perez B, Casajuana-Brunet J. Family medicine attributes related to satisfaction, health and costs. *Fam.Pract.* 2006; 23(3):308-16.
- (49) Unger JP, De Paepe P, Ghilbert P, Soors W, Green A. Integrated care: a fresh perspective for international health policies in low and middle-income countries. *International Journal of Integrated Care* 2006; 6(15):1-10. <http://www.ijic.org/>.
- (50) Pan American Health Organization. Hemisphere's Health Authorities Open Annual Session. Pan American Health Organization, editor. <http://www.paho.org/English/DD/PIN/pr080929.htm>, 1-2. 2008. Pan American Health Organization.



Medicina Social

Salud Para Todos