

Alma Ata: experiencias que validan sus propuestas 40 años después, para proyectarlas al futuro

Alma Ata: experiences that validate its proposals 40 years later, to project them into future

Fernando Carbone Campoverde^{1,a}, David Tejada de Rivero^{2,b}, Temístocles Sánchez^{3,c}, José Ormachea^{3,d}, Ignacio Sánchez^{1,e}

¹ Coordinador de Proyectos, ONG Medicus Mundi Navarra, Aragón. Madrid, España.

² Coordinador General de la Conferencia Internacional de Salud de Alma Ata 1978

³ Consultores Internacionales en Salud y Desarrollo Social

^a Médico, ex Ministro de Salud del Perú

^b Médico, ex Subdirector General de la Organización Mundial de la Salud, Q.E.P.D

^c Médico, doctor en salud pública

^d Médico

^e Economista

An Fac med. 2019;80(2):222-8 / DOI: <https://10.15381/anales.802.16419>

Correspondencia:

Fernando Carbone Campoverde
fernando.carbone@medicusmundi.pe

Recibido: 25 de marzo 2019

Aceptado: 4 de abril 2019

Publicación en línea: 28 de junio 2019

Conflictos de interés: Los autores declaran no tener conflictos de interés

Fuente de financiamiento:
Autofinanciado

Contribuciones de autoría: FCC y DTdR participaron en la concepción del artículo, la redacción y aprobación de la versión final de publicación. TS, JO, e IS participaron en la redacción y aprobación de la versión final de publicación. David Tejada de Rivero falleció el 4 de noviembre de 2018, el presente artículo fue el último que co-escribió y que se publica de manera póstuma.

Resumen

Mucho se ha discutido sobre porqué después de la Conferencia Internacional de Salud de Alma Ata de 1978, no se siguió un impulso que hiciera posible su implementación y más bien la salud discurriera por corrientes no solo distintas sino opuestas en algunos casos. Si bien es cierto que esta discusión es importante para entender mejor las lecciones aprendidas en torno a la denominada atención primaria de salud (APS), evitar los errores y profundizar sus aciertos, es más importante operativizar, en el sentido que Alma Ata propuso, modelos de salud integrales e incluyentes que reflejen la justicia, la equidad, la innovación y la audacia necesarias para construir un mundo mejor, más justo, saludable, desarrollado y feliz. En las Américas hay experiencias relativamente recientes que abogan por ello, que es importante presentar inicialmente, ya que están aún en proceso de sistematización e investigación.

Palabras clave: Salud; Atención Primaria de Salud; Determinantes Sociales de la Salud; Américas (fuente: DeCS BIREME).

Abstract

Much has been discussed about why after the International Conference of health of Alma Ata of 1978 has not followed a momentum that made possible its implementation and more health goes by not only different but opposite currents in some cases. While it is true that this discussion is important to better understand the lessons learned around the so-called primary health care, avoid errors and deepen its achievements, it is more important to operate, in the sense that Alma Ata proposed: comprehensive and inclusive health models that reflect justice, equity, innovation and boldness needed to build a better, more just, healthy, developed and happy world. In the Americas there are relatively recent experience advocating for it, that it is important to present initially, since they are still in the process of systematization and research.

Keywords: Health; Primary Health Care; Social Determinants of Health; Americas (source: MeSH NLM).

Citar como: Carbone F, Tejada de Rivero D, Sánchez T, Ormachea J, Sánchez I. Alma Ata: experiencias que validan sus propuestas 40 años después, para proyectarlas al futuro. An Fac med. 2019;80(2):222-8. DOI: <https://10.15381/anales.802.16419>

INTRODUCCIÓN

Hablar de la atención primaria de salud (APS)^{1,2,3} en el siglo XXI tiene sentido desde tres perspectivas: 1. Devolverle su significado original: «cuidado integral de la salud por todos y para todos»⁴. 2. Hacerlo con visión de futuro: recoger lo ocurrido desde 1978 y hacer una nueva propuesta regional, bajo el liderazgo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). 3. Centrar lo que queremos hacer en las personas: «todas las personas deben ser responsables de la salud de todos»⁴.

De acuerdo con la tendencia de la planificación al desarrollo del siglo XXI, debemos partir de un futuro deseado, y en base a ello considerar las categorías de análisis para construir el diagnóstico de partida, lo hitos a alcanzar y la meta. Después de 40 años de la Conferencia de Alma Ata, sigue habiendo una gran preocupación en reducir las inequidades en salud, superar las dificultades relacionadas con la universalidad, y aumentar el acceso y cobertura real.

Una situación de conflicto y colisión se ha establecido en el mundo desde la década de los 90: la salud derecho humano y social universal que debe ser garantizado por el Estado, versus la salud como mercancía sujeta a oferta y demanda, y como espacio para hacer negocios. Hay investigaciones que señalan que los negocios (lícitos) en torno a la salud (insumos, equipamiento e infraestructura), ocupan el segundo lugar de las actividades económicas más lucrativas y que en los próximos años escalarán al primer lugar. Con el siglo XXI el complejo médico-industrial deviene en un actor muy importante en la formulación de políticas de salud, al punto de tener injerencia en los decisores políticos-sanitarios de algunos países. No es fácil construir políticas públicas para garantizar el derecho universal a la salud, cuando el lucro es uno de los motores subyacentes a esas políticas. En esto también influye la opinión pública que se inclina por lo hospitalario, la tecnología de punta, las medicinas de marca de última generación, para recuperar su salud. Finalmente, la corrupción que ha afectado a todos los espacios de la economía y comercio mundial, no hace una excepción con el tema de la salud.

A lo anterior se suma la urgencia de abordar los determinantes sociales de la salud, que según Lalonde constituyen las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. De igual manera el abordaje de la determinación social de la salud, como planetamiento alternativo, y que consiste en una de las tres categorías centrales de la propuesta para una epidemiología crítica (junto con las categorías reproducción social y metabolismo sociedad-naturaleza han conformado el eje teórico de una propuesta de ruptura con el paradigma dominante de la salud pública)³.

Tres documentos nos permiten aproximarnos a la realidad de los sistemas de salud en la región de las Américas^{1,5,7}. Así, se extrajo la información de los mismos respecto de los sistemas de salud de América Latina y se construyó una matriz de comparación, donde se consideró los siguientes componentes como parangón entre los países de la región:

- Derecho a la salud (declarativo u operativo efectivo).
- Estado del sistema (unificado o fragmentado).
- Prestación de los servicios (pública o privada), predominio en la prestación del servicio (individual, hospitalario resolutivo y recuperativo; o individual, familiar y comunitario, basado en la promoción de la salud).
- Focalización o segmentación.

Luego construimos un semáforo para calificar cada uno de los componentes señalados, y que identifica en términos de satisfacción de usuarios y prestadores así como de la valoración de la eficacia y eficiencia de los sistemas que los investigadores originales de los documentos consultados señalaron: lo que está funcionando mejor (color verde), lo que está en proceso de transición (color ámbar) y lo menos satisfactorio (color rojo). A partir de ello podemos señalar:

- Todos los países de las Américas señalan el derecho a la salud, como la razón central de su política sanitaria^{1,5,7}; sin embargo, cuando se pasa a la operativización en terreno del mismo, existen marcadas diferencias

dentro de los países, entre países o entre grupos de países. Esto genera una duda razonable respecto la validez de la declaración sobre un derecho esencial de las personas.

- Los sistemas unificados son minoría. En la mayoría subsiste el fraccionamiento y la segmentación, y en algunos casos como consecuencia de los anteriores, la precariedad de los servicios. No hay una actuación en red. En muchos casos se habla de redes de servicios que en realidad son agrupaciones geográfico-políticas, no funcionales en términos de referencia y contra referencia ordenada de forma escalar entre establecimientos de salud de complejidad creciente.
- En la mayoría de los sistemas persiste una apuesta pública, a pesar que sigue siendo fuertemente cuestionada (y denostada). Países que en la década de los 90 se inclinaron por la privatización de los servicios, incluyendo el primer nivel en algunos casos (Colombia, Chile y Guatemala), hoy se encuentran en un lento proceso de reversión hacia lo público, liderado el mismo a veces por el Estado o en otros casos por instituciones académicas y gremiales, colectivos de la sociedad civil, entre otros. Esto parte de la insatisfacción de usuarios y prestadores respecto de la atención de sus necesidades básicas insatisfechas en salud, la falta de abordaje de los determinantes sociales que los afectan, la presencia de problemas epidemiológicos, el crecimiento de la corrupción, etc.
- Los servicios siguen siendo en casi todos los países hegemónicamente hospitalarios, biológicamente excluyentes de las medicinas tradicionales y con una centralidad en el accionar médico en contra del abordaje multidisciplinario de la salud⁶.
- Los procesos de cambio organizacional en el Estado y sus servicios sectoriales son de largo plazo, salvo que haya gobiernos de una fuerte inclinación social, que impulsen procesos de transformación rápidos y radicales.

Se suma a lo anterior algunas situaciones de carácter mundial:

- La ausencia de transversalización de la pertinencia cultural en los modelos sanitarios, a pesar de ser una región de “*Todas las Sangres*” (novela de José María Arguedas, escritor peruano) y donde la población originaria andina y amazónica alcanza porcentual y cuantitativamente cifras altas en varios países (Guatemala, México, Nicaragua, Honduras, Bolivia, Ecuador, Perú). La descalificación de las medicinas tradicionales (alternativas en vez de complementarias), expresa la ausencia o debilidad de políticas de Estado en interculturalidad.
- El financiamiento insuficiente del primer nivel del cuidado integral de la salud, a pesar que es la puerta de entrada al sistema, que alcanza cifras altas en la atención de la carga de enfermedad de aproximadamente 80 a 85 % y la mayoría de los establecimientos del país corresponden al mismo (más del 90 %); sin embargo, cuando se trata del financiamiento del sector salud el presupuesto se concentra en los niveles de carácter hospitalario (niveles II y III). Es lo que podríamos denominar un reloj de arena perverso. En consonancia con ello, lo anteriormente expresado, no solo ocurre en la región de las Américas. Veamos una reflexión hecha sobre la situación del sistema de salud español del año 2017 por Nani Vall-Ilossera y Pablo Simón Lorda de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria: «*Dado que la columna vertebral de un sistema sanitario público fuerte es una Atención Primaria (AP) fuerte, no es de extrañar que los procesos de desfinanciación se hayan cebado de forma muy especial en ella. En España esta quiebra ha sido relativamente sencilla por la disonancia que existe entre las grandilocuentes declaraciones de la clase política sobre la “prioridad” de la AP (que en realidad ni conocen ni utilizan) y la realidad de unos presupuestos claramente “hospitalocéntricos”. Si a ello se añade la propaganda incentivada en los medios de comunicación sobre los milagros de la atención hospitalaria, con su tecnología espacial, sus éxitos quirúrgicos y sus tratamientos casi de ciencia-ficción, resulta sencillo entender lo fácil que ha sido desgazar la AP sin que la ciudadanía, anestesiada, se haya echado a las calles. Este es el “paretiano” resultado: la AP atiende hoy a más del 80% de los pacientes con mucho menos del 20 % del presupuesto, mientras que la AH atiende a menos del 20 % de los pacientes con casi el 80 % del presupuesto sanitario público*».
- Los sistemas de información constituidos por decenas de aplicativos que no «conversan» entre sí, complicando el trabajo del primer nivel de cuidados y requiriendo un importante tiempo de los prestadores para reunir información que no regresa a ellos y cuyo porcentaje de uso al año suele ser bajo.
- La deshumanización creciente del personal de salud, con un punto de partida común: la curricula no responde a la formación para el primer nivel de cuidados. Los operadores sanitarios reclaman permanentemente a las instituciones formadoras de personal de salud por personal poco idóneo (hospitalario) no preparado para el primer nivel de cuidados.
- La falta de abordaje de los determinantes sociales a pesar de reconocer que subyacen a la mayoría de los problemas de salud visibles. Parece haber un «escotoma» en los sistemas de salud en este tema, que contribuye a la persistencia o reemergencia de problemas sanitarios. Como dijo Michael Marmot, Presidente de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud en Chile en el año 2005: «*Gran parte de los problemas de salud son consecuencia de las condiciones sociales. A escala mundial, hemos de intentar que las políticas de salud dejen de limitarse a las soluciones centradas en las enfermedades y tengan en cuenta el entorno social*».
- En el siglo XXI tenemos un nuevo paradigma: la salud centrada en las personas, familias y comunidades; tres sujetos distintos interdependientes, que deben ser objeto de nuestra atención⁸. Este concepto nace desde lo profundo de la Conferencia Internacional de Alma Ata¹⁰. Es una propuesta pendiente de abordarse de forma integral en la actualidad y se convierte cada día más en una preocupación de los decisores políticos y sanitarios ante las evidencias de la persistencia de la inequidad y la exclusión al acceso y cobertura de la salud en las Américas. Así, según Oscar Feo Istúriz, evaluador del modelo integral e incluye en el Perú: “*Estamos ante nuevos paradigmas del siglo XXI: la salud basada en la persona, la familia y la comunidad, y el abordaje de los determinantes sociales de la salud*”.
- Un movimiento mundial reivindica la razón de ser del arte de la medicina: “La Medicina Centrada en la Persona - MCP”. Encontramos las raíces de la MCP en la Conferencia de Salud de 1978¹³; y la herencia de Alma Ata puede encontrar en la MCP una aliada estratégica, un espacio privilegiado para convertirse en una realidad tangible. En el frontis del Ministerio de Salud del Perú la frase “*Personas que Atendemos (Cuidamos) Personas*” expresa que en prestadores y usuarios hay por igual derechos y deberes, sueños y temores, esperanzas e ilusiones; los usuarios quieren ser cuidados con cariño, competencia y oportunidad; los prestadores quieren dedicar su tiempo a aquello para lo cual estudiaron: cuidar personas.
- La 8ª Conferencia Mundial de Promoción de la Salud en Helsinki-Finlandia el 2013, se basó en la rica herencia de ideas, acciones y evidencias inicialmente inspiradas en la Declaración de Alma Ata. La Declaración de Helsinki² sobre salud en todas las políticas fue clara al afirmar: “*Salud para todos es un objetivo social importante de los gobiernos y la piedra angular de un desarrollo sostenible*”. Dos años después, la OMS publicó “*Salud en todas las Políticas*”¹² y nosotros añadimos: “y todas las políticas para la Salud”.
- “Universalizar el derecho a la salud (acceso y cobertura) implica un cuida-

PRINCIPIOS FUNDAMENTALES E IDEAS FUERZA QUE PERMANECEN DESDE ALMA ATA

Consideramos que la idea esencial es: “*La salud no es solo un derecho universal reconocido, sino un deber y una responsabilidad de todas las personas de la sociedad. La salud es responsabilidad de todos*”^{3,9,11}. A lo anterior sumamos reflexiones más recientes:

do integral, a todo costo, para todos” según la ONG Medicus Mundi Navarra, Aragón, Madrid, 2014. Esta debe ser la utopía que señale hacia donde caminar en la transformación audaz de los sistemas sanitarios.

- La salud de la familia es más que la suma de la salud de sus integrantes. No es que en la familia dejen de detectarse y tratarse problemas individuales, sino que debemos entender cómo dichos problemas individuales afectan al conjunto de la familia (y a la comunidad) y además como los determinantes sociales afectan a todos (agua, saneamiento, contaminación, violencia, etc.).

UNA EXPERIENCIA RECIENTE EN EL MARCO DE LOS IDEALES DE ALMA ATA

En la reunión de ministros de salud de iberoamérica en Antigua-Guatemala el 2002, se expresó: «*si nuestros problemas son similares, las soluciones sin ser iguales, no pueden ser muy diferentes*». En los documentos citados en la introducción se menciona que los sistemas de salud de los países de Latinoamérica tenemos problemas en la cobertura, accesibilidad, equidad, eficiencia, eficacia, calidad y calidez, oportunidad y sostenibilidad de las prestaciones^{1,5,7}. En todos los países de la región hay lecciones aprendidas de lo que funciona y no funciona para el abordaje de la salud. Hay que sumar, más que multiplicar soluciones.

Reconociendo que hay muchas experiencias en torno a la APS en la región de las Américas, mencionamos una realizada en cuatro países, que ha sido posible con proyectos apoyados por la cooperación técnica internacional (Medicus Mundi –MM–, la Unión Europea, la Agencia Española de Cooperación al Desarrollo y otras) para acompañar a los operadores locales de salud. Nos referimos al trabajo de equipos de MM y Organizaciones No Gubernamentales (ONG) locales en Bolivia, El Salvador, Guatemala y Perú en la última década, apoyando a equipos de los ministerios de salud (especialmente en ámbitos locales), quienes son los protagonistas de los avances.

Parte del trabajo se ha recogido en la publicación *Claves Para La Transformación De Los Sistemas De Salud De América Latina*⁸, que ha sido objeto de evaluaciones e investigaciones, y cuyo resumen se muestra en la figura 1. Son experiencias que se empiezan a plasmar a partir de prácticas validadas en terreno, propuestas de innovación y mejora en términos de integralidad e inclusión de los modelos de cada país: la política SAFCI-Salud Familiar, Comunitaria e Intercultural- en Bolivia (en cuatro zonas de los departamentos de La Paz y Potosí)⁹; la Reforma de Salud Salvadoreña (en el nivel central del MINSAL); el MIS-Modelo Integral de Salud- Guatemalteco (en ocho municipios de cinco departamentos, en los últimos dos años se proyectó al país); y el MAIS BFC-Modelo de Atención Integral de Salud Basado en Familia y Comunidad- peruano (primero en la provincia de Churcampá, luego en la región Huancaavelica). No es nuestro propósito abordar cada una de las experiencias por separado, sino hacerlo en aquellos aspectos comunes que hemos encontrado en todos ellos.

La experiencia en los cuatro países ha recibido distintos reconocimientos como el premio 2012 de la OPS a las Buenas Prácticas en Salud (Perú), el premio 2014 del Instituto Carlos Slim de la Salud como Institución Excepcional a MM, el premio del Ministerio de Cultura a la mejor gestión pública con pertinencia cultural del 2015 (Perú) y el premio Sasakawa 2016 de la OMS a MM por el mejor trabajo en APS.

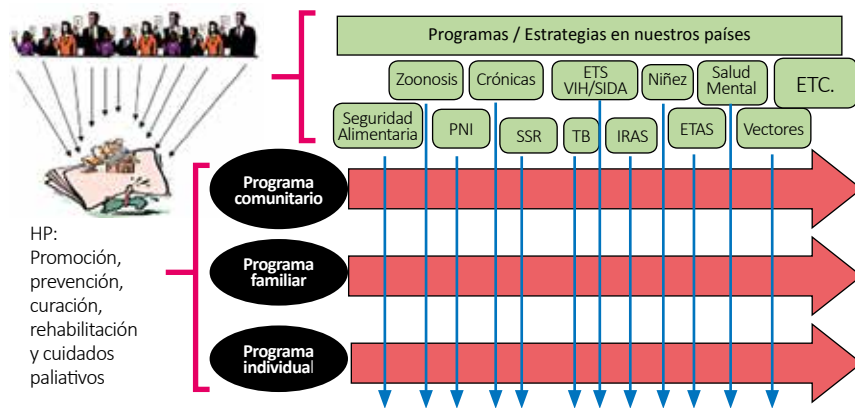
Algunos de los componentes que estos modelos (y de los de otros países de la región seguramente) tienen en común son⁸:

1. **La centralidad del derecho a la salud**, como eje de sus propuestas de abordaje sanitario.
2. **La multiconcepción incluyente del proceso de salud – enfermedad**. Una visión holística de la salud en el siglo XXI desde el enfoque de derechos: «*La salud es un proceso de equilibrio y armonía biopsicosocial, cultural, energética y espiritual de la persona consigo misma y con la familia, la comunidad y la naturaleza. La enfermedad resulta de la interrupción*



Fuente: Medicus Mundi Navarra. Grafico extraído de la publicación Claves para la Transformación de los sistemas de salud de América Latina

Figura 1. Claves para la transformación de los sistemas de salud de América Latina⁸.



Fuente propia. MMNAM. Presentación de los primeros resultados de la investigación en HP, V Congreso Iberoamericano de Salud Familiar y Comunitaria, 2017.

Figura 2. Horizontalización programática (HP) en los niveles individual, familiar y comunitario.

ción en el equilibrio y armonía de estas relaciones».

3. La intersectorialidad y la participación social.

Un eje central de la experiencia es la participación de todos los actores involucrados, especialmente de las comunidades. La articulación intersectorial es posible si se construye una alianza de pares con el resto de los sectores de la sociedad.

4. La pertinencia intercultural.

Se propicia y trabaja de forma natural y flexible la complementariedad de la «medicina tradicional originaria» con sus prácticas y saberes ancestrales, con la «medicina occidental académica» (esencial para el éxito de las experiencias en los países). En el Salvador el tema es incipiente, dado el genocidio indígena de los años 30 del siglo XX.

5. La perspectiva de género relacional.

Destaca en particular el enfoque de nueva masculinidad (reciente en las Américas) y el feminismo comunitario boliviano⁹.

6. El enfoque ecosistémico de medio ambiente, Persona, familia y comunidad.

Están íntimamente relacionados con el ambiente que los rodea y donde se ubican muchos de los determinantes sociales que los afectan.

7. La horizontalización programática – HP- en los niveles individual, familiar y comunitario,

esencial para operativizar una forma distinta de hacer salud desde el primer nivel de cuidados.

«Los sistemas de salud en los últimos 50 años, se han desarrollado en gran medida en torno a la atención especializada así como alrededor de programas prioritarios e intervenciones selectivas». «Los organismos donantes han influenciado para el desarrollo de programas de lucha contra enfermedades en lugar de financiar reformas que conviertan la APS en la base de los sistemas de salud»¹¹. La consecuencia lógica de esto fueron progra-

mas o estrategias verticales que buscaron dar una respuesta (cada uno) a un problema específico de salud mediante protocolos que incluyen medidas de prevención, diagnóstico y tratamiento del problema abordado. La HP busca dar una respuesta más amplia a la problemática de salud-enfermedad de la población, priorizando la prevención y promoción de la salud. Tiene como valor agregado el diseño programático con objetivos, actividades y metas más amplias en materia de promoción y prevención; y la integración y cumplimiento de prioridades y normas de los programas, estrategias nacionales y protocolos de vigilancia epidemiológica. Relaciona en tres programas, estrategias o intervenciones (individual, familiar y comunitario) todos y cada uno de los componentes de las estrategias o programas verticales, tal como se muestra en la figura 2. Con el apoyo de un sistema de información unificado, facilita el trabajo de los prestadores de salud y la dedicación temporal de los mismos a los usuarios de los servicios. En la figura 3 se expone un ejemplo de la estrategia de horizontalización programática operativa.

Etapas / Curso de vida	Programa individual de salud	Programa familiar de salud	Programa comunitario de salud
Niñez	Curación / prevención	Prevención / promoción	Promoción / prevención
Adolescentes	Atención continua a demanda a todos los ciclos de vida. Integralidad de la consulta.	Visita familiar integral para diagnóstico familiar y vigilancia de riesgos, y para intercambio educativo con la familia sobre los riesgos detectados	Censo, croquis y línea basal
Jóvenes	Atención preventiva intra y extra mural. Detección y seguimiento de casos especiales (intra y extra mural)		Fortalecimiento de organización comunitaria
Adultos	Referencia y contrareferencia	Visita de seguimiento familiar en el caso de RIESGOS DETECTADOS	Planes de emergencia a partir de intercambio de experiencias con terapeutas TRADICIONALES
Adulto mayor	Visita para establecer planes de emergencia familiar		Trabajo educativo en espacios y con grupos diversos
Otro de acuerdo al país	Visitas para investigación de muertos por cualquier causa.	Actividades educativas con grupos de familias y etáreas.	Agua, saneamiento y zoonosis. Reuniones comunitarias coordinación

Fuente: MMNAM, Primeros resultados de la investigación en HP, V Congreso Iberoamericano de Salud Familiar y Comunitaria, 2017

Figura 3. Ejemplo de estrategia de horizontalización programática operativa.

Finalmente debemos señalar que la investigación desarrollada del 2016-2017 en torno a la HP estuvo a cargo de un equipo de cuatro consultores externos de los cuatro países (uno por país), que abordó los componentes comunes a los mismos, a través de un instrumento construido para ello. El instrumento identificó y evaluó los avances de los mismos componentes y atributos normativo-operativos en los modelos de salud de cada uno de los 4 países, los mismos que se muestran en la figura 4.

8. El reordenamiento territorial y la reorganización del primer nivel de cuidado.

Se busca garantizar el funcionamiento de las Redes Integrales de Servicios de Salud¹⁴, para que exista una adscripción real y efectiva de la población, para el adecuado funcionamiento de los mecanismos referencia y contra referencia.

9. Equipos de trabajo polifuncionales y multidisciplinarios.

Mediante la formación y capacitación del personal profesional y técnico a cargo del desarrollo de las políticas y acciones de salud¹², promoviendo la constitución de equipos comprometidos, humanizados y éticos, con un concepto eficiente y participativo de la gestión. La formación requiere la educación permanente en salud y el desarrollo de propuestas locales asumidas primero por los ministerios de salud para subsanar el déficit de la formación académica de pregrado y post grado, y luego trasladar la propuesta a medios académicos que la transversalizarán en la formación curricular de sus alumnos.

10. Vigilancia sociocultural y sistema de información.

Se desarrolla un modelo de vigilancia que supera la clásica vigilancia epidemiológica y el tradicional enfoque de riesgos, y que se apoya en un sistema de información unificado que disminuye la carga logística del personal de salud, y garantiza una comprensión adecuada y una evaluación integral de la situación de salud.

11. Financiación apropiada orientada al primer nivel.

Una investigación del Instituto de Estudios Fiscales de Centroamérica (ICEFI) del 2014 en Guatemala, mostró que el Modelo Integral de Salud (MIS) era más costo-efectivo que el Programa de Extensión de Cobertura (PEC) predominante en el país en ese momento (dejado de lado por problemas de gestión y magros resultados sanitarios). Una conclusión de la evaluación 2014 de la operativización del MAIS BFC en Huancavelica-Perú realizada por el Dr. Oscar Feo, se aproxima a lo referido en un estudio de la OPS el 2010 sobre financiamiento de la salud en el Perú, respecto del primer nivel de cuidados (atención), en el sentido que *“una inversión presupuestal de un 10% adicional en el primer nivel, permitiría desarrollar la atención integral de salud en el mismo”*.

12. Gestión efectiva.

Tan importante como la operativización (expresada en la HP), es la gestión que la hace posible y que debe asumir la misma

lógica de proceso. Esta relacionada con aspectos logísticos de personal, el financiamiento, insumos, equipos e infraestructura, entre otros.

ALGUNAS CONCLUSIONES Y UNA PROPUESTA

- Desde las perspectiva del derecho universal a la salud, existen experiencias en la región de las Américas que reivindican la validez de los principios y prácticas puestas en evidencia en Alma Ata y que, ante el fracaso reiterado de los sistemas hegemónicos esencialmente hospitalarios, biologicistas y no centrados en las personas (y en las familias y comunidades donde ellas se desarrollan), se presentan como una alternativa para construir no solo poblaciones saludables y desarrolladas, sino felices.
- Las experiencias de acompañamiento a los ministerios de salud desarrolladas en Bolivia, El Salvador, Guatemala y Perú, se han construido a partir de un sólido marco político-conceptual, indispensable para el desarrollo de un modelo integral e incluyente en salud. Solo así ha sido posible desarrollar una propuesta operativa coherente en dichos países.
- La lección más importante que nos dejan las cuatro experiencias mencionadas, es que sí es posible un modelo de cuidado integral e incluyente, que universaliza y garantiza el derecho a la salud, fundamental para la equidad sanitaria y punto de inicio para una transformación positiva de los sistemas de salud y, por ende, para mejorar la calidad de la vida de la población. Es urgente abordar la salud con modelos alternativos a los actuales, como se propuso al mundo hace 40 años.
- Como en otros escritos previos al presente, consideramos que a partir de lo relatado la región está en condiciones de organizar una Conferencia de las Américas del más alto nivel sanitario y político 40 años después de Alma Ata, para examinar un cami-

Nivel Normativo programático: Políticas, lineamientos, normas.

Nivel Operativo instrumental: Implementación en el 1er nivel de atención, guías e instrumentos.

Atributos del modelo de atención

- Concepción de salud-enfermedad
- Integral
- Integrado
- Continuo
- Participación social
- Intersectorialidad
- Pertinencia intercultural
- Equidad de género
- Vigilancia en salud socio cultural
- Sistema de información

Componentes del modelo de gestión

- Dirección
- Planificación
- Organización
- Evaluación
- Gestión de Recursos Humanos
- Financiamiento

Fuente: MMNAM. Presentación de los primeros resultados de la investigación en Horizontalización programática. V Congreso Iberoamericano de Salud Familia

Figura 4. Atributos y componentes del instrumento sobre horizontalización programática.

no distinto a seguir. En este propósito debería animarnos el espíritu de nuestros pueblos ancestrales: *“Que todos vayamos juntos, que nadie se quede atrás, que todo alcance para todos, que a nadie le falte nada”* (proverbio aymara).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Giraldo A, Vélez C. La Atención Primaria de Salud: desafíos para su implementación en América Latina. *Atención Primaria*. 2013;45(7):384-392. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2012.12.016>
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social de España [Internet]. Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, Helsinki, Finlandia, del 10 al 14 junio 2013. La declaración de Helsinki sobre Salud en Todas las Políticas [Fecha de acceso 15 de febrero 2019]. Disponible en: <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prev-Promocion/docs/DeclaracionHelsinki.pdf>
- Breilh J. La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*. 2013; 31(supl 1): S13-S27.
- Tejada de Rivero DA. Lo que es la atención primaria de la salud: algunas consideraciones a casi treinta y cinco años de Alma-Ata. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2013;30(2):283-7.
- Infobae [Internet]. Los países con el mejor sistema de salud de América Latina, 2014 [Fecha de acceso 15 de enero 2019]. Disponible en: <https://www.infobae.com/2014/11/01/1605756-los-paises-el-mejor-sistema-salud-america-latina/>
- Instituto de Salud Incluyente [Internet]. Del Dicho al Hecho... Los avances de un primer nivel de atención en salud incluyente. Proyecto Implementación de un Sistema de Atención Primaria en Salud de primer nivel en tres distritos, con carácter piloto” ONG/PVD/2003/062-816 [Fecha de acceso 15 de febrero 2019]. Disponible en: http://www.isis.org.gt/images/publicaciones/libros/Del_dicho_al_hecho.pdf
- Instituto Suramericano de Gobierno en Salud [Internet]. Sistemas de Salud en Suramérica: desafíos para la universalidad, la integralidad y la equidad, 2012 [Fecha de acceso 22 de febrero 2019]. Disponible en: <https://tinyurl.com/y3o9mhmo>
- Medicus Mundi Navarra [Internet]. Claves para la transformación de los servicios de salud de América Latina, 2013 [Fecha de acceso 25 de febrero 2019]. Disponible en: <https://www.medicusmundi.es/storage/resources/publicaciones/56fa6b093aafb.pdf>
- Sistema de Información sobre la Primera Infancia en América Latina [Internet]. La política safci, su estrategia de promoción de la salud y prácticas alimentarias saludables, 2013 [Fecha de acceso 24 de febrero 2019]. Disponible en: http://www.sipi.siteal.iipe.unesco.org/sites/default/files/sipi_intervencion/safci.pdf
- World Health Organization [Internet]. Atención primaria de salud: informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978 / patrocinada conjuntamente por la Organización Mundial de la Salud y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [Fecha de acceso 22 de febrero 2019]. Disponible en: <http://apps.who.int/medicinedocs/es/m/abstract/Js21370es/>
- Organización Mundial de la Salud [Internet]. Informe sobre la salud en el mundo 2008 La atención primaria de salud: Más necesaria que nunca [Fecha de acceso 15 de febrero 2019]. Disponible en: https://www.who.int/whr/2008/08_report_es.pdf?ua=1
- World Health Organization [Internet]. Todo lo que necesita saber sobre la salud en todas las políticas [Fecha de acceso 22 de febrero 2019]. Disponible en: https://www.who.int/social_determinants/publications/health-policies-manual/key-messages-es.pdf?ua=1
- Tejada de Rivero DA. Alma Ata 25 años después. *Perspectivas de Salud*. 2003;28(2):2-7.
- Organización Panamericana de la Salud [Internet]. Redes Integradas de Servicios de Salud. Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas [Fecha de acceso 22 de febrero 2019]. Disponible en: <https://www.observatoriorh.org/redes-integradas-de-servicios-de-salud-conceptos-opciones-de-politica-y-hoja-de-ruta-para-su>