



ORGANISMO ANDINO DE SALUD
CONVENIO HIPÓLITO UNANUE



WEBINAR

Primary Health Care and Comprehensive Care



▶ **Oscar Feo**
Researcher and teacher at
CLACSO and the University
of Carabobo
Venezuela



▶ **Kara Hanson**
London School of Hygiene
& Tropical Medicine
The Lancet Global Health
Commission on Financing PHC



▶ **Román Vega**
Global Coordinator
of the People's Health
Movement





Health for All Now!

People's Health Movement

Atención Primaria de la Salud y Cuidado Integral ¿Integralidad o neoselectividad

Roman Vega

Coordinador Global Movimiento para la Salud
de los Pueblos

- Aunque hoy exista un consenso global sobre la efectividad de la APS, no existe un acuerdo sobre el modelo de APS para desarrollar la salud, la equidad en salud y la eficiencia de los sistemas de salud.
- Las diferencias en los enfoques de la APS son el resultado de diferencias políticas e ideológicas en las que se sustentan los intereses económicos y valores de las fuerzas involucradas en los procesos de toma de decisiones sanitarias, y de la acomodación de las evidencias científicas a esos intereses y valores por parte de grupos dominantes en la sociedad.
- Hemos tenido diferentes tradiciones históricas en disputa sobre la concepción de los sistemas de salud, los enfoques de APS y la relación entre éstos.

Tabla 12-5 EVOLUCIÓN DE LOS SISTEMAS DE SALUD

Sistemas de Salud	TIPO 1 PRIVADO	TIPO 2 PLURALISTA	TIPO 3 ASEGURAMIENTO PÚBLICO	TIPO 4 SERVICIO NACIONAL DE SALUD	TIPO 5 SERVICIO DE SALUD SOCIALIZADO
Principios políticos e ideológicos.	Cuidado de salud como un asunto personal	Cuidado de la salud como un bien de consumo	Cuidado de la salud como un servicio asegurado y garantizado	Cuidado de la salud como un servicio apoyado por el Estado	Cuidado de la salud como un derecho y como un servicio público proporcionado por el Estado
Posición del médico	Como empresario individual.	Empresario individual e integrante de un grupo de médicos prestadores de servicios privados.	Empresario individual o de un grupo y/o empleado en hospitales.	Empresario individual o de un grupo y/o empleado en hospitales.	Empleado del Estado.
Propiedad de las instalaciones	Privada.	Privada, sin fines de lucro y pública.	Sin fines de lucro y pública.	Mayoritariamente pública.	Totalmente pública.
Fuente de financiamiento	Pago de bolsillo privado.	Mezcla de privado, pago de bolsillo y público.	Pagador único principalmente público.	Solamente público.	Solamente público.
Administración y regulación	Mercado	Mercado y en parte el gobierno.	Gobierno.	Gobierno.	Gobierno.
Prototipo o Modelo.	Mayoría de países hasta Siglos XIX y XX.	Estados Unidos y Perú.	Francia, Canadá, Japón y Corea.	Gran Bretaña y Suecia.	En la antes Unión Soviética y Cuba.
Fuente:	Adaptado de	Rodwin	(1984);	Field	(1978)

ENFOQUES DE LA APS

ENFOQUE	ENFASIS
Atención Primaria de la Salud Selectiva (Países subdesarrollados)	Conjunto específico de actividades de los servicios de salud dirigida a los pobres
Atención Primaria (Europa y países industrializados)	Nivel de atención de un sistema de servicios de salud
Atención Primaria de Salud Integral de Alma Ata	Estrategia de organización de los sistemas de atención a la salud y la sociedad para promover la salud
Enfoque de Salud y Derechos Humanos	Filosofía que impregna el sector social y de salud

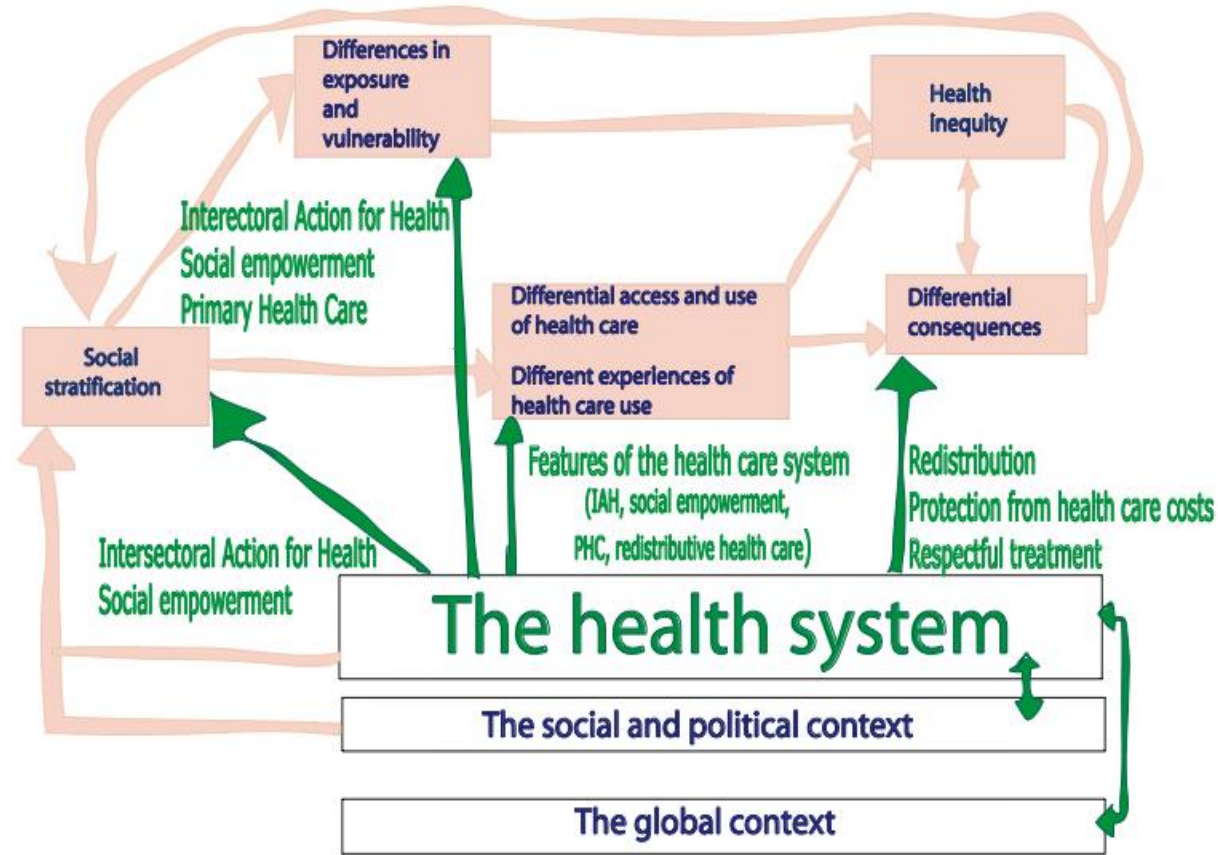
- Las diferencias entre los enfoques de APS se expresan, por un lado, en las **características de la política sanitaria** que ponen en práctica la APS y en los **atributos de su práctica**; por otro lado, en las características y explicaciones de las desigualdades sociales al interior de cada país y entre los países del norte global y los del sur global, la justicia de las respuestas económicas, sociales y culturales y el peso de la herencia colonial/imperial impuesta sobre los países del sur global.
- Ello puede explicar que en los países del Norte Global las intervenciones de la APS sean **fundamentalmente clínico/biomédicas** y centradas en los individuos, mientras que en los países del Sur Global se requiera un **enfoque integral e intercultural**.
- De otra parte, la frecuencia y recurrencia de epidemias/pandemias y la crisis ecológica planetaria nos convocan a un enfoque de APS **no sólo centrado en personas/poblaciones humanas/servicios de salud**, sino en el **cuidado integral de la diversidad de la vida/ hábitat/territorialidades**.

- En los tiempos recientes esta disputa se ha polarizado entre modelos de sistemas de salud tipo Servicio Nacional de Salud / Sistemas de Salud Socializados vs Sistemas de Salud privatizados / Seguros Públicos de Cobertura Universal con orientación de mercado.

- Características de los sistemas de salud que favorecen una orientación hacia la APS :
 - El grado de planificación, integralidad y regulación de la distribución de los recursos para la salud en el país;
 - El modo de financiación y asignación de los recursos en los servicios de APS y de los sectores no dependientes de esos servicios para resolver las necesidades de salud;
 - La proporción de financiamiento público de la APS con respecto al gasto total en salud;
 - La proporción del gasto en los servicios de APS con respecto a los servicios especializados (hospitalarios)
 - El tipo de personal de APS, y no sólo de médicos;
 - El porcentaje de personal activo de APS (médicos, enfermeras, agentes comunitarios de salud, etc.);
 - La relación de los ingresos entre el personal de APS (especialmente médicos) en comparación con los especialistas;
 - El modo como se paga al personal de APS (en particular, los médicos) con respecto a los especialistas
 - La localización habitual de los servicios de APS;
 - La adscripción de los pacientes a un equipo de salud en cada territorio;
 - La garantía de que haya un acceso a la atención 24/7
 - La coordinación entre médicos de APS y médicos especialistas en la atención de los pacientes, incluidos los hospitalizados
 - La centralidad de la APS en el proceso de atención y manejo de los pacientes en el sistema de atención y en el plan de desarrollo de los territorios de un país
 - Pluri e interculturalidad en salud y autonomías territoriales en la APS.
 - La fuerza y grado en que los departamentos responsables de la formación del personal de APS se adecúan a las características de la APS

- Atributos clave de la práctica de la APS :
 - La **integralidad**;
 - El primer contacto o acceso;
 - La permanencia de la relación entre proveedores de servicios, pacientes, familias y comunidades;
 - Coordinación en la transferencia de información y en la referencia y contrarreferencia de casos entre niveles de atención en el sector salud y entre otros recursos y servicios esenciales para la salud;
 - La atención de salud centrada en la familia;
 - La orientación a la comunidad;
 - La frecuencia de las visitas domiciliarias;
 - La acción intersectorial frente a los determinantes sociales, económicos y ambientales de la salud;
 - La participación individual y colectiva en la planificación de las acciones
 - La pluralidad de saberes y prácticas de salud aceptados en la APS

Mecanismos de intervención de los sistemas de salud para disminuir las inequidades y promover la interculturalidad



- **La integralidad** fue entendida no sólo como el grado de universalidad y amplitud de los beneficios o intervenciones biomédicas de atención primaria suministradas a distintos grupos de población, o el grado en que esos beneficios se prestan directamente por los equipos de APS en el sistema de atención de salud, sino por **la correspondencia entre las necesidades de salud y la respuesta desde la APS** mediante acciones integradas de tratamiento y prevención de las enfermedades, promoción de la salud y rehabilitación, **priorizando las respuestas según el análisis de la realidad concreta de cada caso/territorio.**

Ej: Abordaje integral de la diarrea incluye los determinantes sociales a través de acciones de promoción

REHABILITACIÓN	CURACIÓN	PREVENCIÓN	PROMOCIÓN
<p>NUTRICIÓN REHABILITACIÓN</p>	<p>S. R.O</p> <p>APOYO NUTRICIONAL</p>	<p>EDUCACION PARA HYGIENE PERSONAL Y ALIMENTOS</p> <p>INMUNIZACION SARAMPION</p> <p>LACTANCIA MATERNA</p>	<p>AGUA POTABLE</p> <p>SANEAMIENTO BÁSICO</p> <p>SOBERANÍA Y SEGURIDAD ALIMENTARIA</p>

- En la Declaración de Alma Ata 1978 se estableció claramente que la APS “**forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad**”
- La Declaración reconoció que como derecho humano fundamental que es, la realización del desarrollo de la salud exige la intervención por parte del Estado de muchos otros sectores sociales, económicos y culturales, además del sector salud.
- En ese sentido, la APS fue concebida como una estrategia eficaz que debía contribuir no sólo a mejorar los resultados generales promedio de salud, sino la equidad en salud y la eficiencia en el uso de los recursos disponibles.
- Estos últimos deberían ser valores transversales a todas las características de los sistemas de salud y a los atributos de la práctica de la APS

- La respuesta a esas necesidades más amplias de salud desde la APS se deben adecuar a las condiciones socioeconómicas, culturales, políticas y tecnológicas de las poblaciones y de los territorios de cada país a través de **la acción intersectorial y la participación comunitaria**
- La acción intersectorial se materializa a través de políticas, estrategias y planes de acción públicos mediante la coordinación y colaboración de los sectores responsables de satisfacer las necesidades identificadas y priorizadas
- La participación individual y colectiva supone el fortalecimiento de los mecanismos de participación y el aumento de las capacidades de los individuos, familias y comunidades para la toma de decisiones, ejecución de las acciones, su seguimiento y evaluación.

Programa de implementación de la APS Integral -1978

- Incluía 8 grandes elementos programáticos esenciales:
 1. **Educación** sobre los problemas de salud prevalentes y sobre los métodos de prevención y control
 2. Promoción del **suministro de alimentos** y de una **nutrición apropiada**
 3. Abastecimiento adecuado de **agua potable y saneamiento básico**
 4. **Asistencia materno-infantil**, con inclusión de la **planificación de la familia**

5. **Inmunización** contra las principales enfermedades infecciosas
6. **Prevención y control** de las enfermedades endémicas locales
7. **Tratamiento** apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes
8. Suministro de **medicamentos esenciales, y**
9. Salud Mental (incluido posteriormente por la OMS)

Diferencias entre el enfoque integral y el selectivo de la APS

- Inmediatamente después de la Conferencia de Alma Ata el enfoque de APS Integral fue reemplazado por otro de APS Selectiva que emergió en el contexto de las *políticas macroeconómicas* de ajuste estructural de las economías de los países en vías de desarrollo y de promoción de las reformas de los sistemas de salud con orientación de mercado.
- Esas políticas hacían poco énfasis en los determinantes sociales de la inequidad en salud y, por el contrario, promovían la privatización e intervenciones técnicas mediante paquetes de intervenciones costo-efectivas, costo-eficientes y selectivas, que eran contrarias al enfoque de la APS Integral

Intervenciones de la APS-S

- El primer programa fue conocido con la sigla **GOBI** (en inglés):
 - control del crecimiento,
 - técnicas de rehidratación oral,
 - lactancia materna,
 - Inmunización
- El segundo con la sigla **GOBI-FFF** (en inglés)
 - alimentos suplementarios, alfabetización de la mujer y planificación familiar.

- La definición de la salud en la APS Integral tiene una connotación positiva de **bienestar en calidad de vida y buen vivir**
- La definición de salud en la APS Selectiva se identifica con **ausencia de enfermedad**
- La APS Integral es **parte de un proceso** económico, social, ecológico y cultural para desarrollar la salud.
- La APS Selectiva **se reduce a intervenciones biomédicas** costo-efectivas y costo-eficientes de prevención y tratamiento de riesgos individuales y enfermedades específicas

- En la APS Integral la salud tiene **connotaciones ambientales, sociales, culturales y territoriales** que requieren de la participación de otras personas
- En la APS Selectiva la salud es una **responsabilidad de la profesión médica**.
- La APS Integral descansa en una noción amplia de **equidad social en salud**.
- LAPS Selectiva descansa en una noción estrecha de equidad orientada que **focaliza las intervenciones** en las enfermedades de los más pobres y vulnerables sin tener en cuenta las diferencias entre los grupos sociales intermedios

- La APS Integral necesita de la **acción intersectorial** para desarrollar la salud.
- LAPS electiva hace énfasis en los **servicios de salud** para atacar las enfermedades
- La APS Integral se apoya en, y requiere de, la participación de la comunidad en todo el proceso.
- La APS Selectiva sólo se apoya en la comunidad para que **acepten y cambien su comportamiento** frente a los programas de intervenciones definidos por los médicos

- La tradición de la APS Selectiva ha sido mantenida por el complejo médico industrial financiero, las agencias multilaterales y múltiples otras partes interesadas a través de un enfoque que yo he llamado **Neoselectivo**
- Este enfoque Neoselectivo, que se apoya en la organización de paquetes de intervenciones biomédicas individuales integradas a las funciones esenciales de salud pública, ha sido luego generalizado a través de la política de Cobertura Universal de Salud (CUS) basada en la privatización y comercialización de los sistemas de atención de salud

Mostrar los paquetes de beneficios

- Un informe de The Lancet diferencia entre intervenciones sectoriales e intersectoriales.
- Selecciona **2018 intervenciones sectoriales** de salud que puede entregar el CUS:
 - a. 13 de salud basada en la población (funciones esenciales de salud pública)
 - b. 59 intervenciones basadas en la comunidad
 - c. 68 intervenciones de centros de salud
 - d. 58 intervenciones de hospitales de primer nivel
 - e. 20 intervenciones de referencia y hospitales especializados
- De las anteriores intervenciones, **las plataformas de APS del CUS pueden entregar 198**, los literales a, b, c y d

Intervenciones de APS en los sistemas CUS comercializados y privatizados

- En la experiencia mundial, **este diseño basado en paquetes de beneficios seleccionados con criterios de costo-efectividad y costo-eficiencia centrados sólo en la persona, se apoya en el modelo de APS Neoselectiva** que permiten que los fondos públicos y sociales sean apropiados por los gestores privados de seguros públicos o sociales o por prestadores de servicios privados de atención primaria con los cuales se contrata la prestación de tales servicios.
- Los arreglos de financiamiento de APS fundados en paquetes de beneficios seleccionados y en la compra de servicios a través de fondos públicos únicos, **son funcionales a la mercantilización y privatización de la APS y a su integración como enfoque Neoselectivo.**
- Ciertos diseños del financiamiento, arreglos de compra y métodos de pago a los proveedores pueden terminar fragmentando la APS y/o limitando las posibilidades de integralidad de la misma como actualmente sucede en el SGSSS de Colombia, si no hay una fuerte y organizada intervención del gobierno.

Consecuencias de las intervenciones de la APS basadas en el modelo de CUS

- Mantiene una innecesaria separación entre intervenciones individuales/salud pública
- Impide que la APS se articule al desarrollo económico y social de las comunidades y los territorios al separar drásticamente las acciones de salud sectoriales de las intersectoriales
- Imposibilita que la APS promueva las cosmovisiones y prácticas ancestrales en salud propias, las autonomías territoriales y pluri e interculturales en salud y la integración de las distintas tradiciones en salud en los sistemas únicos de salud
- Dificulta la participación comunitaria vinculante en las decisiones
- Aunque se socialice el financiamiento de la APS a través de fondos públicos mancomunados, este modelo puede favorecer la mercantilización y privatización de los sistemas de salud si estimula la compra de servicios individuales y de salud pública a proveedores privados

- Podemos concluir que el enfoque limitado de la APS neoselectiva es eficaz para para facilitar la gobernabilidad de sistemas de salud mercantilizados y privatizados pero no para cuidar la vida y de la salud
- UN enfoque de APS Integral, pluri e intercultural sigue siendo una necesidad en nuestros países, y debe centrarse en el cuidado de la biodiversidad y la salud desde los territorios