

# ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD EN EL SIGLO XXI: ¿UTOPIA O ESPERANZA?

Primary Health Care in the 21st Century,  
Utopia or Hope?

77 / SP

**Cáceres** Nora -Méd. Mter.  
en Salud Pública, **Lucchini**  
Héctor Dante - Dr. en  
Medicina y Cirugía - Mter.  
en S. Pública, **Miravet**  
Marcela<sup>1</sup> - Dra. en Medicina  
y Cirugía - Mter. en S.  
Pública,  
**Vilches** Nora de los  
Ángeles - Bioquímica  
Diplomada en S. Pública

Escuela de Salud Pública, Fac.  
de C. Médicas, UNC, Córdoba,  
Argentina.

Monografía presentada en las  
**I JORNADAS  
INTERNACIONALES DE  
SALUD PÚBLICA**  
Escuela de Salud Pública  
Facultad de Ciencias Médicas  
Universidad Nacional de  
Córdoba  
24 de noviembre de 2005

*"El nuestro es un Continente de esperanza y de futuro.  
Realizar la esperanza, vivir en paz con dignidad es el  
compromiso que asumimos."*

Declaración de Santa Fe de Bogotá, OPS/OMS, noviembre  
de 1992

## Introducción

Los grandes hitos en las Políticas de Salud en el siglo  
XX

Desde el inicio del siglo XX, podemos identificar en el proceso  
de formulación, desarrollo y resultados de políticas de salud, un  
camino que muestra al sector salud como instrumento de justicia  
y equidad, intentando lograr mejores condiciones de vida para  
la gente, en especial, los grupos más postergados. La creación  
de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en 1902  
y el Informe Dawson (1920) propone la organización de los  
servicios de salud en tres niveles de atención. La Organización  
Mundial de la Salud (OMS) fundada en 1948 formuló la  
definición de Salud. La Declaración de Alma -Ata en 1978  
propone la Estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS)

<sup>1</sup> Correspondencia a: Ginés García 3818, B° URCA, 5009 Córdoba,  
Argentina. e-mail: [fliadefago@ciudad.com.ar](mailto:fliadefago@ciudad.com.ar)

como camino para lograr la Salud para Todos en el año 2000. Posteriormente, en 1986 la Carta de Ottawa, muestra un nuevo enfoque de la Promoción de la Salud. En 1991 la OMS recomienda: "Reforma del sector salud con equidad", y para financiar su desarrollo se incorporan nuevos "socios" a las tradicionales organizaciones internacionales de salud: Banco Mundial, BID, agencias de gobiernos de países desarrollados, etc. La formulación de las "Metas de Desarrollo para el Milenio" (1), refleja un consenso político sin precedentes sobre el estado del mundo y su visión del futuro. Contienen tres metas específicas de Salud y otras que se vinculan directa o indirectamente con ella, para lograr en 2015.

Haciendo un poco de historia. . .

*"Está tomando cuerpo la convicción de que en todos los hospitales, incluso en los mejor dirigidos, se pierden inútilmente un número considerable de vidas; y de que, por lo general, los pobres sanarían mejor de sus enfermedades en sus propias viviendas miserables con una ayuda médica y quirúrgica apropiada y una atención eficaz que con un tratamiento más complejo en los hospitales".* Estas afirmaciones de Florence Nightingale, en 1863, se pueden considerar un antecedente histórico del concepto de APS. Cuando en sus "Apuntes de enfermería", publicados por primera vez en 1859, escribía: "Hay cinco condiciones esenciales para la salubridad de las viviendas: aire puro, agua limpia, desagües eficaces, limpieza y luz" (2), estaba anticipando el actual concepto de calidad de vida. "Salud para Todos en el año 2000 fue una meta valiente y ambiciosa. Pero incluso aquéllos que la concibieron en 1978 no comprendieron por completo su significado. No debe extrañar entonces, que 25 años después, todavía estemos trabajando por este sueño" (3).

La Conferencia de Alma –Ata centró el tema de la salud como Derecho Humano fundamental, y "no cabe duda de que lo que la APS significaba para sus partidarios en Alma – Ata – y lo que debe seguir siendo – es una estrategia para transformar el sistema de atención de salud y acercarlo lo más posible a la población..."(4).

A un cuarto de siglo de aquél hito en la historia de la Salud Pública mundial, hoy nos preguntamos: ¿A partir de qué pre- supuestos nace la APS? ¿Cuál ha sido el devenir de la APS desde sus inicios hasta nuestros días? ¿Qué constituye la APS en su práctica concreta?

Objetivo:

Realizar una revisión bibliográfica del tema y una contrastación paralela con el desarrollo y aplicación de campo de la estrategia de APS en nuestro medio.

Resultados

En años anteriores a la Conferencia Internacional, se encuentran referencias a la Atención Primaria. "La mayor parte de las recomendaciones de Alma- Ata no fueron nuevas: en 1972 The Office of Economics (centro intelectual de la industria farmacéutica británica) (5) y en 1975, el Banco Mundial (6) produjeron informes sobre el estado de salud y la medicina en el mundo subdesarrollado que incluyen recomendaciones muy similares a las de la declaración de Alma Ata. Estas recomendaciones incluían: 1) el cambio de las prioridades en los servicios de salud, con mayor énfasis en la ubicación de los recursos en los servicios de atención primaria, control del agua y eliminación de excretas, y nutrición. 2) transferencia de la tecnología médica, desviándola desde la altamente sofisticada a la menos sofisticada. 3) énfasis en el autocuidado y autoconfianza y 4) fomentar la participación comunitaria en la planificación e implementación de los programas de salud. ¿Cómo serían implementados estos cambios? La declaración a Alma –Ata acentuó el mensaje de que estos cambios podrían tener lugar a través de la cooperación entre las naciones y grupos de interés dentro de las naciones"(7).

Por otro lado, no se puede entender la Declaración de Alma Ata de 1978 sin entender el

contexto y las fuerzas sociales que la determinaron:

1) Más de 800 millones de personas en el mundo vivían en la pobreza absoluta, un tercio de las muertes ocurrían en niños menores de 5 años. En los países en desarrollo aproximadamente 11 millones de niños menores de 5 años morían por hambre, malnutrición y enfermedades infecciosas. Para poner un número a las muertes prevenibles, el equivalente de *20 bombas nucleares explotaban cada año en el mundo subdesarrollado silenciosamente* (8).

2) Aproximadamente el 80 % de la población en los países capitalistas menos desarrollados no tenían acceso a los servicios de salud.

3) La expectativa de vida en los países desarrollados era de 70 a 75 años, y sólo de 45 a 55 años en los países en desarrollo.

3) En la década del 70 se vivía en la cresta de la revolución científica tecnológica que había comenzado al final de la Segunda Guerra Mundial...

4) El mundo estaba en plena bipolarización ideológica y económica (capitalismo versus socialismo, Este-Oeste, derecha-izquierda)

6) Las diferencias ideológicas eran marcadas, aún entre los países miembros de un mismo bloque. Por ejemplo, entre China y la URSS. Significativamente, China, no estuvo presente en Alma-Ata- (9).

7) Comenzaban grandes cambios que determinarían lo que hoy se conoce como globalización...

6) Se reconocían grandes y crecientes desigualdades e injusticias sociales en las condiciones de vida.

7) Al mismo tiempo, en el mundo se daban, desde muchos años antes, experiencias sobre formas diferentes de afrontar los problemas de salud, en países con recursos escasos y como en China (los "médicos descalzos"), India, Cuba y algunos países de África, que fueron estudiadas en la década del 60 y 70 y que movieron a la OMS, en especial a su Director, Haldfan Mahler, a considerar estas experiencias, proyectándolas a escala mundial (10).

En ese contexto se desarrolla la Conferencia de Alma –Ata, se formula la meta de SPT/2000 y luego la estrategia de APS como camino para lograrla.

## Las conceptualizaciones de APS

Desde Alma-Ata, se han tenido muchas conceptualizaciones de APS. Si hacemos una simple encuesta entre profesionales y la población, encontraremos múltiples respuestas. Cada una quizá contenga un significado de APS recortado, acotando una parte del concepto integral. Siendo esto, con seguridad, el primer motivo de conflicto: la fragmentación del concepto integrador de la APS.

La APS es "la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables puestos al alcance de todos, individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de auto responsabilidad y auto determinación. Forma parte integrante del sistema de salud de un país, del que constituye la función central, el núcleo principal para el desarrollo económico y social de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad en el sistema nacional de salud llevando lo más cerca posible la atención de la salud al lugar donde residen y trabajan las personas y constituyendo el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria" (11).

Surgen de esta definición cuatro perspectivas que todos los autores reconocen y que son iguales al mismo tiempo, es decir la APS incluye las cuatro perspectivas, lo cual significa que no se puede hablar de APS fragmentadamente. Estas perspectivas son: a) la consideración de la APS como una filosofía y una política que implican el desarrollo de un sistema sanitario que asuma el derecho a la salud y que garantice su defensa en forma prioritaria respondiendo a los criterios de justicia e igualdad en el acceso, b) la APS es una estrategia y como estrategia hace referencia a la

organización de los servicios, que deben estar diseñados y coordinados para dar respuestas a las necesidades de toda la población, c) la siguiente perspectiva es que la APS es un conjunto de actividades donde se dice que se incluye la educación para la salud, la provisión de alimentos, la nutrición adecuada, la salubridad del agua, el saneamiento básico, los cuidados materno infantiles, las inmunizaciones, la prevención y control de las enfermedades endémicas, el tratamiento básico y el abastecimiento de medicamentos esenciales; d) implica también un nivel de asistencia como primer punto de contacto del individuo y la comunidad con el sistema de salud, aclarando que es un primer nivel de asistencia y no atención (12).

No se puede hablar por separado de APS como estrategia y como política o como conjunto de actividades, ni como un nivel de atención, sino que el concepto de APS implica las cuatro perspectivas al mismo tiempo. "Alejarse de la definición de Alma Ata es sumamente peligroso" (13) y la fragmentación no hace otra cosa que conspirar contra el verdadero propósito de la APS.

"La atención primaria consta de tres elementos críticos: 1) es la puerta de entrada al sistema, 2) debe asegurar una atención permanente y longitudinal del individuo, aún en ausencia de enfermedad, y 3) debe proveer una atención integral que haga frente a todas las necesidades del paciente" Una atención primaria dotada de estas tres características cumple con los postulados de la medicina preventiva, social, comunitaria y familiar y necesariamente integra un sistema articulado y regionalizado de atención con una distribución y utilización racional de los recursos, que cubre a la población sin barreras de ningún tipo y que fomenta, al mismo tiempo, la creatividad y la iniciativa de la comunidad" (14).

Las posteriores interpretaciones erradas, las múltiples distorsiones y los consecuentes fracasos en relación con los verdaderos conceptos del tema, no fueron consecuencia de la Conferencia de Alma-Ata. La causa fue la falta de una adecuada difusión, asesoría y de seguimiento por parte de los propios organismos internacionales que convocaron la Conferencia (15). La estrategia de APS definida para alcanzar la meta de SPT/2000 fue considerada "la clave para alcanzar en todo el mundo y en un futuro probable un nivel aceptable de salud que forme parte del desarrollo social y se inspire en un espíritu de justicia" (16). Las metas de SPT/2000 fueron definidas en función de objetivos cualitativos de equidad, participación, social, eficacia y en eficiencia sociales, por lo que "resulta necesario que los países definan concretamente su significado para establecer estrategias realistas de APS que permitan alcanzarlas concretando secuencias operativas a los enunciados teóricos e idealistas que han prevalecido hasta la fecha" (17). Al respecto, en 1974, Abraham Sonis, pionero de la Educación en Salud Pública en América Latina afirmaba: "El punto clave está en la filosofía con que se encara la atención primaria: nos animamos a afirmar que la definición que se hace de la misma caracteriza ideológicamente a un sistema de atención" (18).

Y es éste, quizá el punto principal a considerar al reflexionar acerca del proceso de implementación de la estrategia en los años posteriores... ¿Qué filosofía animaba la implementación de la APS en nuestro país, a fines de la década del 70 y comienzos de los 80, en medio del más desgarrador período de oscurantismo de la historia argentina, de la persecución ideológica y violación de Derechos Humanos que sufrió la generación de los entonces jóvenes, los adultos de hoy? ¿Cómo podía intentarse la participación, si "Comunidad" si era una palabra prohibida? ¿Cómo podía haber debate, si reunirse era un delito? ¿Cómo podía el personal de salud convocar a la gente sin ser reprimidos? Por una simple cuestión de supervivencia, a nadie se le ocurría hacerlo: muchos de los que fueron a alfabetizar en las villas desaparecieron.

En esta misma Escuela de Salud Pública se ponía en duda si APS era o no atención médica "barata", de baja calidad, "para pobres", reforzando la brecha de la desigualdad y la discriminación, tan contraria al espíritu de Alma-Ata. Había entonces, defensores y detractores de la misma, pero no se hablaba de "la APS como estrategia para el cambio", quizá porque no había información suficiente.

Pues, ¿cuándo accedimos al texto completo de la Declaración de Alma - Ata, sin censura previa? Recién en los albores de la Democracia, cuando ya era tarde, cuando ya se había instalado

perversamente el prejuicio y el error conceptual... y es muy difícil revertir situaciones como ésta: un pueblo sometido por el temor, que no participaba por instinto de supervivencia, ¿Cómo puede aprender a hacerlo? ¿Cómo puede el personal de salud enseñar a hacerlo si no tuvo la oportunidad de vivirlo? Parte de ese personal de salud fue testigo silencioso del nacimiento de niños en cautiverio, los jóvenes de hoy que son buscados por sus abuelas, los otros, los pocos que lograron recuperar su identidad. ¿Podía ese personal de salud pensar en cumplir con las propuestas de búsqueda de la equidad en salud con una participación activa y comprometida?

En ese contexto dio sus primeros pasos la estrategia de APS en nuestro país.

### ¿Salud para todos o para pocos?

“Uno de los puntos cruciales del cambio profundo que se debe introducir en la práctica, y por qué no decirlo, en la teoría de la salud pública se trata de la importancia de la participación, de la descentralización y de la democratización en la organización de las acciones sectoriales y más allá del sector salud. OPS y la OMS continúan teniendo “Salud para todos”, no como una meta, sino como un conjunto de valores. Al mismo tiempo hacen de la APS su estrategia fundamental para lograr este cambio necesario” (19). La exigencia de lograr - para cada uno y para todos- un nivel más alto de salud, es una íntima y antigua aspiración humana; pero sólo ha sido alcanzada por muchos sólo en la segunda mitad de este siglo. Los recorridos, triunfos, y fracasos de las tentativas cumplidas, pueden ser resumidas a través del examen de dos utopías que han encontrado su expresión más lograda en las ideas y los programas de la OMS. La primera utopía nació en 1948 con la constitución misma de la OMS y con la definición de salud. La segunda utopía, comprendida en la meta SPT 2000 (Salud para Todos en el año 2000) fue lanzada por la OMS en los años 70.

La Conferencia sobre promoción de la salud organizada por la OMS en Sundsvall (Suecia) del 9 al 16 de junio de 1991, constató el sustancial fracaso de este objetivo. En el documento final, la conclusión fue que las condiciones laborales y ambientales, las guerras, las deudas externas, la pobreza y otros factores, hacían que el objetivo de salud para todos fuese extremadamente difícil de alcanzar” (20). Por ello se consideraba necesario que “los planes de sustentación consideren escenarios que reconozcan las variantes (variables que se mueven fuera del espacio de control del actor que planifica) que escapan al sistema de salud, señalando operaciones y acciones fuera del ámbito de la salud” (21).

Quizá fue ese el gran “pecado”: considerar que la sola adhesión a la meta de SPT/2000 y a la APS eran ya la garantía para lograrlas: la declamación y la idealización, muy alejadas de la realidad, de la práctica cotidiana. Cierta soberbia del sector salud al desconocer la influencia de otras circunstancias incontrolables.

### Después de Alma – Ata: la reafirmación de la APS.

*La Promoción de la Salud:* En la Conferencia Internacional organizada por la Organización Mundial de la Salud, el Ministerio de Salud y Bienestar Social de Canadá y la Asociación Canadiense de Salud Pública, 200 delegados de 38 países, reunidos en Ottawa, Canadá, en noviembre 1986 se pronunciaron a favor de la Promoción de la Salud, en un histórico documento conocido como “Carta de Ottawa” (22). En ella, se define la Promoción de la Salud: “Consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Las condiciones y requisitos para la salud son: La paz, la educación, la vivienda, la renta, un ECOSISTEMA estable, la justicia social y la equidad. Cualquier mejora de la salud ha de basarse necesariamente en estos pre-requisitos.”

*La Reforma del sector Salud:* “Los cambios en el sector salud en la Región forman parte de un proceso global, orientado a introducir reformas sustantivas en las instituciones, en las estructuras y en las funciones sectoriales: los propósitos en general son obtener una mayor eficiencia y calidad de los servicios de salud. Estos cambios se dan en medio de tendencias que reconocen la equidad

en salud como un tema prioritario para el desarrollo humano" (23).

"Así, ante las reformas sectoriales en curso a partir de 1998 la OPS/OMS identificó la equidad-junto con la calidad, la eficiencia, la sostenibilidad y la participación social- como criterios rectores de la reforma sectorial. Estos criterios permiten juzgar la direccionalidad de las reformas en curso o planificadas, y ayudan a evaluar el grado de logro de los objetivos, aunque éstos sean amplios" (24).

La equidad incluye referencias al estado de salud de una población, al acceso de una persona a los servicios de salud, y la asignación de los recursos financieros. Una acepción que se refiere a los servicios de salud presupone el recibir una atención en función de una necesidad, *como equidad de cobertura, de acceso y uso* y, en función de la capacidad de pago, *como equidad financiera*. "La equidad implica la creación de las mismas oportunidades de salud, así como la reducción de las diferencias en salud al nivel más bajo posible" (25). "El acceso equitativo a los servicios de salud de calidad es un requisito para una democracia estable así como para una mano de obra saludable y por lo tanto de una economía fuerte" (26).

### La Situación en Argentina

En nuestro país hubo una etapa preliminar, anterior a Alma-Ata y desarrollada a través de los Programas de Salud Rural en varias provincias, principalmente Salta y Neuquén, Córdoba. Las actividades se orientaban a la extensión de la cobertura con la participación activa de personas de la comunidad entrenadas para llevar a cabo acciones de promoción, prevención, protección de la salud. En las "Bases para un Plan Nacional de Salud Materno Infantil, 1974" (27).se decía: "es necesario enfatizar el desarrollo y extensión de la atención primaria (básica) lo más cerca posible del grupo familia, con una metodología que estará basada en el análisis y discusión con la comunidad" y se incluían "acciones concurrentes" tales como "subsídios o asignaciones familiares, alfabetización de las madres, niños abandonados y que trabajan, legislación laboral, producción de alimentos y medicamentos", reconociendo el carácter intersectorial de las necesidades de la gente. Sin embargo, cuando apareció la estrategia de APS se la asimiló a los conceptos de salud rural. "Esto trajo algunos problemas porque la salud rural no es precisamente igual, si bien es una parte importante del primer nivel de atención. Esto fue un fuerte achicamiento conceptual que confundió bastante las actividades del Ministerio de Salud por mucho tiempo" (28). Luego viene una etapa de avance conceptual y de extensión metodológica desde 1984 hasta 1989. "Se comenzó a separar la APS de la salud rural. En 1992, el decreto 1269 habla por primera vez de APS. Recién entonces, en 1992, comienza una consolidación jurídico- administrativa de esta estrategia. A este decreto le siguió otro instrumento jurídico administrativo que es el decreto 578 que establecía la estrategia de los hospitales de autogestión donde se plantea la implementación de programas médico asistenciales en base a la APS sobre la cual está basado el nuevo modelo de atención médica" (29). Sin embargo, actualmente, en nuestro país los servicios de salud siguen centralizando la atención en lo curativo, focalizada en el motivo de consulta con pérdida de oportunidades, hay baja cobertura, la calidad se deteriora cada vez más y el acceso se torna dificultoso por varias razones: cierre de servicios, cobro exagerado por prestaciones, derivaciones a centros más complejos y lejanos que imposibilitan su asistencia, etc. Aparece como importante reorientar los servicios hacia el fortalecimiento y desarrollo de los sistemas locales de salud, lo cual constituye una táctica operativa de la estrategia de la atención primaria pero sin descuidar los niveles de atención secundaria y terciaria. Esto es importante de destacar ya que los hospitales tienen una función primordial de apoyo a los sistemas locales, no se los debe considerar como simples receptores de pacientes pues constituyen la mayor concentración de recursos materiales, financieros, científicos y técnicos dentro del sistema (30).

"Otro elemento crítico para la "receptividad social" de la APS en un contexto específico, es contar con un nivel de funcionalidad adecuado de los sistemas de administrativos de apoyo directamente relacionados con los servicios de salud. Sin prever cosas tan importantes como suministro

de materiales y drogas, transporte, comunicaciones, finanzas, información, locales y mantenimiento no puede garantizarse un nivel mínimo de eficiencia, y la APS pronto caerá en el descrédito” (31). No es infrecuente por otra parte la existencia de prejuicios con respecto a la población atendida en el sector público, que se manifiestan a través de expresiones tales como: “que les vas a explicar a éstos si no entienden nada”, u otras descalificantes y hasta discriminatorias. En tal caso se explica, al menos en parte, cierta desidia por parte de algunos profesionales, en la atención de los sectores más excluidos.

## La enseñanza de la APS en las Universidades. El caso de la APS y la PERINATOLOGÍA

El más alto nivel de salud alcanzable no sólo representa un derecho humano fundamental para todos. Sino que constituye también un imperativo social y económico, ya que la energía y la creatividad humanas son los motores del desarrollo (32).

Si existe un área en que se observen rápidamente los resultados que producen las acciones ejecutadas por el equipo de salud, es justamente el área perinatólogica. La pregunta es, ¿cuál es la o las causas por la que no podemos instalar definitivamente el concepto de APS entre nuestros profesionales del equipo de salud ?

Creemos que fundamentalmente, comienza por la dualidad en el mensaje que existe entre lo que le pedimos a nuestros profesionales y lo que nuestra Universidad realmente les inculca en su formación, lo que ocasiona que la mayoría de ellos confundan lo que es APS con primer nivel de atención. La falta de atención apropiada en materia de planificación familiar o salud materna obedecen a una capacitación inadecuada, a la ausencia de apoyo de los supervisores y a la inexistencia de descripciones de las tareas y de protocolos estandarizados. Nuestra Facultad de Ciencias Médicas (UNC) ha cambiado la currícula de la carrera de medicina, para formar médicos generales imbuidos de los criterios de salud comunitaria y APS, pero lo cierto es que hasta que no se produzca una renovación conceptual fundada en la práctica de los docentes universitarios, no se efectivizará el cambio, ya que muchos se resisten a aceptar los criterios de APS.

Hablar de cambio suele ser inocuo y tomar conciencia del mismo puede ser paralizante. En otros casos la reacción más frecuente para salir del estado de confusión y ansiedad, es negar la evidencia y dejar todo como está, para que no se afecte o ponga en riesgo su situación de privilegio (33).

## Las propuestas para el siglo XXI

En setiembre de 2000, los jefes de Estado y de Gobierno de 189 países firmaron la Declaración del Milenio en Naciones Unidas (34). Los Objetivos y Metas de Desarrollo para el Milenio están interrelacionados y deberían considerarse como un conjunto. Ellos son: 1) *Erradicar la pobreza extrema y el hambre.* 2) *Lograr la educación primaria universal* 3) *Promover la igualdad de género y dar poder de decisión a las mujeres* 4) *Reducir la mortalidad de menores de 5 años* 5) *Mejorar la salud materna* 6) *Combatir el VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades* 7) *Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente* y 8) *Desarrollar una asociación internacional para el desarrollo.*

Al decir de la actual Directora de la OPS/OMS, “estas metas son alcanzables si somos capaces de convertirlas en el sueño de muchos, que la cultura maya expresa en su libro fundamental, el Popol Vuh, “*vayamos todos unidos, que nadie se quede atrás*” (35). Asimismo, es necesario considerar la **resignificación de la Atención Primaria** (36), de lo contrario se convierte en un discurso “congelado”: Hay que comenzar a imaginar que la APS instala un cambio funcional si hay un **cambio de contrato en la relación del personal de salud y la gente** (36). Los servicios de calidad desde el punto de vista del usuario son aquéllos que TRANSFIEREN PODER Y DECISIÓN al usuario, es decir, son AUTONOMIZANTES. De este modo, cambia la lógica: el servicio de salud trabaja cuando falla el nivel de autocuidado y a la vez lo promueve permanentemente (37). De igual manera, para poder traducirse en políticas, medidas y programas con mejor efectividad que les permitan cumplir

su función social, las estrategias de promoción de la salud y prevención de las enfermedades y daños deben estar "sintonizadas con la estructura simbólica de las sociedades". "No se trata de generar *intervenciones* sobre organismos complicados como simple aplicación de tecnologías de ingeniería social para una movilización civil o comunitaria, sino más bien de *interferencias* sobre sistemas de producción de prácticas de la vida cotidiana. Profundizar el conocimiento sobre las dinámicas sociales derivadas de las diferencias entre sujetos, algunas dimensionadas o reducidas como desigualdades sociales y expresadas como inequidades" (38).

## Conclusiones

### La utopía y la esperanza

Decía el Director de la OMS en su editorial para conmemorar el Día Mundial de la Salud en 1981, a tres años de Alma -Ata: "Sólo las personas que celebren el Día Mundial de la Salud en el año 2000 estarán en condiciones de juzgar si fueron realistas o soñadores los miembros de la generación anterior que en 1977, en la Asamblea General de la OMS, decidieron lanzar el movimiento que tiene por objeto alcanzar la SPT en el año 2000" (39). Nosotros, soñadores que vimos nacer ese movimiento, comprometidos en nuestro trabajo cotidiano en la lucha por su logro, tomamos el concepto de Mattus: "la visión" como "utopía concreta" (40). Las utopías nos iluminan el camino... las utopías concretas nos alientan a seguir... La SPT 2000 y APS eran una utopía en 1978 y todo hace pensar que siguen siéndolo al comenzar el siglo XXI, pero no dejan de ser una esperanza. Es éste nuestro gran desafío: colaborar para seguir el camino de convertir las utopías en esperanzas, convertir la estrategia de APS en "un instrumento viviente y real de nuestro trabajo" (41) que nos permita dejar como herencia a las nuevas generaciones "la utopía concreta" de un mundo más justo, digno y solidario.

SP/ 84

## Bibliografía

1. Objetivos de Desarrollo del Milenio. 2003. Disponible en: [www.developmentgoals.org](http://www.developmentgoals.org) consulta: 23 de setiembre.
2. OMS. Revista Salud Mundial, febrero -marzo 1981.
3. David Tejada de Rivero. 2003. Revista Perspectivas de Salud OPS/OMS; 2(8).
4. Dra. Mirta Roses Periago. 2003. Directora OPS. Primera palabra de la Directora. Una deuda pendiente. Perspectivas de Salud OPS/OMS; 2(8).
5. Navarro V. 1984. A critique of the ideologcal and political position of the Brabdt Report and the Alma Ata Declaration. Int J of Health Services; 2 (14)
7. Navarro V. A critique of the ideological and political position of the Brabdt Report and the Alma Ata Declaration". Int J of Health Services 1984; 2 (14).
8. David Tejada de Rivero. 2003. Perspectivas de Salud OPS/OMS; 2 (8)
9. Atención Primaria de la Salud. 1978. Informe de la Conferencia Internacional sobre APS. Alma-Ata, Kazajistán. OMS, Ginebra.
10. Lemus J. 2001. El Programa de APS para Argentina. APS Nuevas dimensiones. Ed. Rubén Torres. ISALUD N° 3, Buenos Aires.
11. Jorge Lemus, op.cit
12. Sonis A. Medicina Sanitaria y Administración de la Salud Tomo II, Buenos Aires 1976
13. David Tejada de Rivero, op. cit.
14. OMS. Conferencia de APS. op.cit
15. Barrenechea J, Castellanos P, Mattus C, Medici A, Mendes E, Sonis A. 1987. Esquema para el análisis de las implicaciones conceptuales y metodológicas de la estrategia de APS y el proceso SPT/2000. OPS PWR Argentina Serie Planificación N° 15. OPS, Washington DC.
16. Sonis A. 1976. Medicina Snitaria y Administración de la Salud Tomo II. Buenos Aires.



17. Guerra de Macedo C. En: Sobre la teoría y la práctica de la salud Pública: un debate, múltiples perspectivas. Serie Desarrollo de Recursos Humanos N° 98. OPS/OMS, Washington DC, 1993.
18. Berlinguer G. 1996. *Ética de la Salud*. Ed Lugar, Bs As.
19. Barrenechea J, Castellanos P y otros, *op.cit.*
20. Carta de Ottawa. 1986. OMS, Canadá.
21. OMS. 2000. Informe sobre la salud en el mundo. Ginebra.
22. Guimaraes L. 2001. Modalidades de descentralización del Sector Salud y sus contribuciones a la equidad: elementos para la elaboración de un marco normativo. Serie Informes Técnicos N° 76, OPS/OMS, Programa de Políticas Públicas y Salud, División Salud y Desarrollo Humano, Washington DC.
23. OPS/OMS. 1999. Principios y Conceptos básicos de la Equidad y Salud, División Salud y Desarrollo Humano, Washington DC.
24. OPS/OMS. 2003. Alianzas para mejorar la salud de las Américas. Washington DC.
25. Ministerio de Bienestar Social de la Nación. 1974. Bases para un Plan Nacional de Salud Materno Infantil. Buenos Aires.
26. Lemus Jorge, *op.cit.*
27. Lemus, *op.cit.*
28. Guerra de Macedo C. 1987. Bol Of Sanit Panam 102(4).
29. Kroeger, Luna. Manual de Atención primaria de la salud. OPS/OMS, Washington DC, USA.
30. Salud, población y desarrollo. 1994. Documento de posición de la OMS. Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo, El Cairo.
31. Almeida PL. 1998. El Cambio y los Directivos de las Organizaciones. Conferencia, Córdoba.
32. ONU. Objetivos de Desarrollo del Milenio: Disponible en: [www.un.org/spanish/millenniumgoals/index.htm](http://www.un.org/spanish/millenniumgoals/index.htm) Consulta: 30 de setiembre 2003.
33. Roses Periago M. Discurso en ocasión de recibir Título de Doctora Honoris Causa, Universidad Nacional de Córdoba, Argentina, mayo de 2003.
34. Rovere M. 1996. Taller de Programación Local, PROMIN Córdoba.
35. Mario Rovere. *Op.cit.*
36. Almeida Filho N. 1999. Desigualdades de salud en función de las condiciones de vida. Documento encargado por la División de Salud y Desarrollo Humano OPS, (documento no publicado).
37. Mahler H. 1981. Salud Mundial, revista ilustrada de la OMS.
38. Mattus C. 1987. Taller de Planificación Estratégica para residentes de Salud Internacional. OPS/OMS Washington DC.
39. George A. O Alleyne. 1995. Discurso inaugural. OPS/OMS.