

En busca de la atención primaria de salud y la salud para todos: reflexiones de una búsqueda

Looking for Primary Health Care and Health for All: Reflections of a Search

Giovanni Apráez Ippolito

Médico, Universidad del Cauca, Popayán, Colombia. Magíster en Salud Pública, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. Estudiante del Doctorado en Salud Pública, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia.

RESUMEN

La Atención Primaria de Salud (APS) sigue representando el mayor esfuerzo internacional de los países por alcanzar la salud mundial. Los planteamientos y las necesidades que se deben asumir continúan vigentes 30 años después de la Conferencia Internacional de Alma-Ata de 1978. La lucha por la Salud para Todos y las estrategias para lograrlo son largas y difíciles. No parte de Alma-Ata, como se lee en la mayoría de los textos, pero lo más sorprendente es que muchas personas pioneras de la APS están olvidadas en los documentos de APS más citados. Las nuevas generaciones de profesionales y trabajadores de la salud no conocen a personajes como Henry Sigerist, Salvador Allende, Gustavo Molina, Sidney Kark, Franco Basaglia, César Uribe Piedrahíta, Héctor Abad o Santiago Rengifo. Recuperar a las personas que lucharon tiene enorme importancia para la salud pública colombiana hoy.

PALABRAS CLAVE

Atención primaria de salud, Conferencia Internacional de Alma-Ata, salud pública, Colombia.

PALABRAS CLAVES DESCRIPTOR:

Conferencia Internacional de Alma Ata, Atención primaria de la salud, Salud pública, Colombia

ÁREA TEMÁTICA

Atención primaria.

ABSTRACT

Primary Health Care (PHC) still represents the biggest international effort by countries to reach health worldwide; the approach and needs to be assumed are still valid 30 years after the International Conference of Alma-Ata 1978. The struggle to achieve Health for All and its strategies are long and convoluted. It does not start in Alma Ata as it appears in most of the texts, but most stunning is that most pioneers of PHC are ignored in the most cited PHC documents. The new generations of health professionals and workers do not know about people such as Henry Sigerist, Salvador Allende, Gustavo Molina, Sidney Kark, Franco Basaglia, Cesar Uribe Piedrahita, Hector Abad or Santiago Rengifo. Retrieving the names of people who fought is very important today for the Colombian public health.

KEY WORDS

Primary health care, International Conference of Alma-Ata, public health, Colombia.

KEY WORDS PLUS

International Conference of Alma Ata, Primary Health Care, Public Health, Colombia

THEMATIC FIELD

Primary health care.

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Apráez G. En busca de la atención primaria de salud y la salud para todos: reflexiones de una búsqueda. Univ Odontol. 2010 Jul-Dic; 29(63):29-35.

Recibido para publicación: 04-01-2010
Aceptado para publicación: 25-08-2010

Disponible en <http://www.javeriana.edu.co/universitasodontologica>

INTRODUCCIÓN

Después de algunos años de indagar sobre la Atención Primaria de Salud (APS) y la política Salud para Todos en el Año 2000, adoptadas por la Organización Mundial de la Salud (OMS), he comprendido que estudiarlas significa reflexionar sobre la lucha de muchos por la salud de *las personas y los pueblos del mundo*, quienes sorprendentemente, en la mayoría de los casos, están olvidados. Retomar los ideales que inspiran las políticas implica reconocer y aprender sobre esos seres humanos tan valiosos como los ideales mismos. Estoy seguro de que en esta búsqueda me falta por conocer y enumerar muchas personas y antecedentes. Este inmenso vacío sólo indica la necesidad de continuar un trabajo académico aún preliminar,¹ pero que poco a poco ha ido superándose al hallar las estrechas relaciones entre estas personas en el ámbito mundial. También representa la necesidad de seguir con un esfuerzo permanente de difundir los nombres, algo que tanto hace falta para las nuevas generaciones de profesionales y trabajadores de la salud.

En las actuales y críticas circunstancias de la salud pública en Colombia, es útil compartir reflexiones e información fruto no sólo de jornadas de estudio personal, sino de la expresión de solidaridad y entusiasmo que he recibido de muchas personas, quienes han trabajado y estudiado estos temas y que, de distintas maneras, siguen creyendo y esforzándose por mejorar las condiciones de salud de las poblaciones de las que somos parte.

ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD Y SALUD PARA TODOS: IDEALES Y LUCHAS DE PERSONAS

El logro del sueño de la salud para todas las personas, pueblos y naciones debe reflejar el grado de civilización alcanzado y dar una clara muestra de evolución cultural.² La historia recorrida en pro de alcanzar la *salud para todos* puede apreciarse ejemplarmente en la historia de la formulación de la política Salud para Todos en el Año 2000, de 1977, y de la adopción de la APS en la Conferencia Internacional de Alma-Ata, en 1978, como un compromiso global de los gobiernos. Curiosamente, muchas de las personas pioneras no hacen parte de la historia que es más citada o cuando se mencionan, su papel es minimizado y subvalorado.

El estado de olvido de esos pioneros pareciera expresar una intencionalidad sistemática de borrar las raíces que explican sus luchas y que, a su vez, se

constituyeron en raíces para otros. Prueba de ello es el hecho de que las nuevas generaciones de profesionales y trabajadores sanitarios siquiera conocen los nombres de estas personas u obras que, pese a ser libros clásicos de la salud pública, la medicina social y la salud colectiva, nunca han sido parte de sus lecturas y de los cursos básicos de formación. Esas personas se encuentran en todos los ámbitos: líderes comunitarios y sindicales y grandes académicos. Por fortuna, parece que hoy en día existe la necesidad de buscar las raíces de la APS derivada de esfuerzos de personas, como el médico español Javier Segura³ y de nuevas redes de comunicación y trabajo por la salud.^{4,5}

Frecuentemente, hablar de política de salud se asocia con aquella que orienta los servicios de salud; pero esto sólo es una parte de los factores que determinan las condiciones de salud de los pueblos y de cada país.⁶ La salud supera esquemas fronterizos y su base es intersectorial, donde la libertad y otras condiciones individuales y colectivas son requisitos. Así lo mostraron Eduardo Umaña Luna, desde la perspectiva de los derechos humanos, y los médicos Henry Ernest Sigerist, Salvador Allende, Sidney Kark y Franco Basaglia, quienes consideraron la salud desde la medicina social y que es reconocido en documentos oficiales de gran transcendencia. Son claves la Carta de Ottawa, de 1986, que se basa en el conocido *Informe Lalonde*, de 1974 (fundamentado en los planteamientos de Thomas McKeown y cuyo principal autor es el desconocido Hubert Laframboise⁷), y los famosos informes del Colegio Médico Británico sobre equidad y salud, especialmente los informes Black, de 1980, y el informe Acheson, de 1998.

En la Conferencia de Alma-Ata los gobiernos de los países reconocieron que la salud es un derecho humano fundamental; que es más que la ausencia de enfermedad; que en ella intervienen muchos otros sectores, además del llamado sector sanitario; que está determinada por el desarrollo de los pueblos; que es política, social y económicamente inaceptable la desigualdad entre los países y dentro de ellos, y que requiere la participación de las personas, individual y colectivamente.⁸

Considerar la salud como un derecho fundamental obligó a pensarla desde la perspectiva de los derechos humanos y de los derechos de los pueblos. La historia de los derechos humanos en la sociedad occidental ha tenido tres hitos principales: la declaración de los derechos del hombre, durante la Revolución

Francesa, en 1789; la Declaración de los Derechos Humanos y la creación de la Organización de Naciones Unidas, en 1948, luego de la Segunda Guerra Mundial, y el aterrizaje de esos derechos a realidades concretas con la Declaración de Argel de los Derechos de los Pueblos, de 1976.⁹ Eduardo Umaña Luna, uno de los académicos más importantes de Colombia y quien fue pionero de la sociología colombiana y defensor de los derechos humanos, ha planteado que la única posibilidad de concretar en la realidad el ejercicio de los derechos es la aplicación desde la perspectiva de los derechos de los pueblos¹⁰ y que en la Declaración de Alma-Ata se reconoce tanto la autodeterminación como el derecho al propio desarrollo.

En la realización de la Conferencia Internacional de Alma-Ata se reconocen figuras importantes, en especial del grupo de la OMS que fue coordinado brillantemente por Halldam Mahler, quien estaba acompañado, entre otros, por Kenneth Newell¹¹ y Sócrates Litsios,¹² por delegados de países como Dimitri Venediktov de la Unión Soviética y por organizaciones como la Comisión Médica Cristiana con John Bryant^{13,14} y otros de la Fundación Rockefeller. Treinta años después, la OMS ha vuelto a ratificar aquello que reconoció en Alma-Ata a través de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (2005-2008), que presentó su informe final,¹⁵ en el 2008, y muy significativamente con el informe anual de Salud Mundial de la OMS, de ese mismo año, titulado, *La atención primaria de salud, hoy más necesaria que nunca*.¹⁶ Debe entenderse que la salud es consecuencia del desarrollo y que es definida por la OMS no sólo como la ausencia de enfermedad, sino como el completo bienestar físico, mental y social.¹⁷ Dicha definición, pese a sus críticas, ha representado un importante avance conceptual integrador no limitado a la ausencia de enfermedad, conceptualización derivada de los planteamientos de Sigerist.

Este último planteó de forma visionaria la gran importancia que tendría para el acceso real a los servicios de salud el surgimiento, como parte del Estado de bienestar, de los servicios nacionales de salud (SNS), cinco años antes de la creación del SNS británico.¹⁸ Este se constituyó en un cambio paradigmático en la organización de la seguridad social, en lo que es tan importante Inglaterra.¹⁹ En el continente americano, Chile creó el primer SNS (1952), que tenía antecedentes en los años 1930, con un papel muy importante del médico Salvador Allende,²⁰ antes de ser ministro de salubridad en 1939 y después de ello, a los 29 años de edad. Estos aspectos no aparecen en la historia que más se cuenta de la APS ni de la medicina social;

tampoco aparecen los nombres de muchas otras personas que participaron, mucho menos se menciona la persecución a la que fueron sometidos. Ya Waitzkin ha señalado lo políticamente riesgoso que resulta dedicarse a la salud pública²¹ y que en Colombia quedó comprobado con el trágico destino, como otros, del salubrista Héctor Abad Gómez.

Con Sigerist se da un principal antecedente de la política de salud para todos, en la primera mitad del siglo XX, con su trabajo *Medical Care for All*. Este se publicó en la *Revista Canadiense de Medicina*, en 1944, y fue reimpresso en los años sesenta por su discípulo Milton Roemer y más recientemente en el 2003.²² Este innegable antecedente se concretó en aquella época en la provincia de Saskatchewan, donde él participaba activamente y que se convirtió en la experiencia que lideró la construcción del sistema de salud de ese país.

PROTAGONISTAS EN LOS ENFOQUES INTEGRALES Y SELECTIVOS DE LA APS

Han surgido dos enfoques principales de la APS: el enfoque integral, defendido por la OMS mientras fue dirigida por Mahler (1973-1988), y el enfoque selectivo, de Julia Walsh y Kennet Warren,²³⁻²⁴ de la Fundación Rockefeller. Mientras el primero incluía programas para las enfermedades más prevalentes, medicamentos esenciales, prevención a través de inmunización, saneamiento básico, salud oral, programas para la salud materno-infantil y otros grupos prioritarios y alimentos, todo ello enmarcado en acciones intersectoriales y del desarrollo; el enfoque selectivo sólo garantizaba control del crecimiento, rehidratación oral, lactancia materna e inmunización (GOBI, por su sigla en inglés). A este último, luego de muchas críticas, le fueron aumentados planificación familiar, apoyo alimentario y alfabetización de las mujeres (GOBI-FFF, por su sigla en inglés).

Las discusiones sobre estos enfoques incluyeron debates propuestos por autores como Thomas McKeown,²⁵ Michel Foucault e Iván Illich, quienes cuestionaban el impacto de los avances médicos frente al mejoramiento de las condiciones de vida de las comunidades y creciente medicalización de la salud. De otros autores sólo recientemente se ha reconocido su papel pionero en la APS. Entre ellos ocupan un lugar fundamental Sidney Kark, John Cassel y sus colegas sudafricanos. Muchos trabajos históricos olvidaron al pionero Sidney Kark, quien, exiliado en Estados Unidos, fundó el Departamento de Epidemiología de la

Escuela de Salud Pública de la Universidad de Carolina del Norte. En este departamento, John Cassel continuó su trabajo e investigación y realizó su doctorado en epidemiología el profesor Naomar de Almeida, quien es uno de los principales referentes del campo de la salud colectiva.

Muchos otros autores contribuyeron al debate político de la época sobre el acceso a la salud, inseparable del mejoramiento de las condiciones de vida. En América Latina existieron figuras médicas como Ernesto Guevara, pedagogos como Paulo Freire y teólogos de la liberación, quienes han influido en la utilización de las metodologías tanto cuantitativas como cualitativas²⁶ en la investigación en salud. Estos enfoques se articulan con los cuestionamientos actuales a los modelos de desarrollo y teorías que los sustentan, gracias a Manfred Max-Neef y colaboradores; asimismo, los aportes conceptuales se han refinado en los trabajos de Antonio Elizalde²⁷ y Arturo Escobar,²⁸ apoyados en visiones integradoras desde la investigación en física y biología y el ecologismo, aportadas entre otros por los chilenos Orlando Maturana y Francisco Valera y autores como Gregory Bateson, Morris Berman, Fritjof Capra y Charlene Spretnak.

Estos debates y cuestionamientos fueron recuperados por movimientos sociales, como el Movimiento por la Salud de los Pueblos,²⁹ que surgió en el simbólico año 2000 y que se ha expresado como discusiones académicas en distintas publicaciones internacionales.³⁰ Estas discusiones son cada vez más frecuentes y tienen una nueva y concreta vida en la agenda política internacional con los Objetivos del Desarrollo del Milenio (ODM), con enfoques diferentes como el de la Comisión de Macroeconomía y Salud³¹ de la OMS, dirigida por el economista Jeffrey Sachs, y el Fondo Global frente a los planteamientos de la Comisión de Determinantes Sociales de la misma OMS, bajo la coordinación del epidemiólogo Michael Marmot.

ALGUNOS NOMBRES Y EXPERIENCIAS EN AMÉRICA LATINA

Las experiencias de APS en América Latina son numerosas, pero en su mayoría han permanecido desconocidas, aun habiéndose desarrollado varias décadas antes de Alma-Ata. Ejemplos de estas experiencias incluyen, en los años cincuenta, la del "Hospital sin Paredes" (Hospital Carlos Luis Valverde de San Ramón), en Costa Rica, liderada por el doctor Juan Guillermo Ortiz; las experiencias mexicanas de Morones Prieto,

que inspiraron las promotoras rurales de salud en Colombia, realizadas por el doctor Abad Gómez,³² y las experiencias en la Universidad del Valle del Cauca, con una escuela liderada por Santiago Rengifo Salcedo, discípulo de Sigerist y César Uribe Piedrahíta.

De Cuba, pese a ser ampliamente reconocida por su desarrollo en APS y sus logros sanitarios,³³ se conoce poco de los muchos hombres y mujeres cubanas que han impulsado los proyectos. Otro caso muy aleccionador es el de Brasil, líder actual latinoamericano con un fundamental papel en la APS y en la medicina social, pero sus pioneros son desconocidos. Es dramático que sólo recientemente se haya permitido darles trascendencia a nombres como Sergio Arouca y al movimiento médico-social del que hizo parte y que le ha permitido la construcción del campo de investigación que es llamado salud colectiva.³⁴ Igual sucede con otros pioneros de varios países de la región que, afectados por las dictaduras militares de los años setenta, no les fue permitido estar en Alma-Ata. Se trata de muchos académicos asilados especialmente de Argentina y Chile. El destacado médico uruguayo Jaime Gofin³⁵ les asignó con claridad a Guevara, Allende y al sudafricano Sidney Kark papeles fundamentales en la APS y en la política Salud para Todos, a quienes conoció personalmente y cuyos trabajos son fundamentales en la difusión de la Atención Primaria basada en Comunidad (Community-Oriented Primary Care [COPC]).

En Argentina se destacan Ramón Carrillo, primer Ministro de Salud de Argentina, quien murió en el exilio en Brasil, en 1956. Su obra inspiró al doctor Carlos Alberto Alvarado en la provincia de Jujuy y a la pediatra Elsa Moreno en Neuquén, a desarrollar experiencias en las zonas rurales en los años sesenta y setenta. Se destacan académicos como Mario Testa, sus discípulos, escuelas y asociaciones médicas que resistieron la dictadura, como el Colegio Médico de Rosario, ciudad que hoy es líder por sus logros de APS. El doctor Carrillo es un principal ausente en la historia de la APS y la política de Salud para Todos.

Chile, por su parte, representa una experiencia fundamental del movimiento pionero de medicina social latinoamericana, con influencia de Virchow y Sigerist. Es materializado en la generación de los médicos Salvador Allende y Gustavo Molina Guzmán, discípulos que recibieron la influencia de su profesor de patología, alumno de Virchow, el doctor Max Westenhofer,³⁶ quien fue un prestigioso científico expulsado de Chile y luego reconocido en vida por sus aportes.

Además, Gustavo Molina fue alumno de Sigerist en la Universidad Johns Hopkins y logró esa convergencia de pensamientos donde Latinoamérica ha sido fértil.

Molina emprendió la tarea de traducir los escritos de Sigerist con ayuda de sus compañeros de prisión, en la “cárcel de los doctores”, durante el golpe militar. Esta antología fue publicada durante su exilio en Colombia en 1974 y sólo reimpresa en 2007. Gustavo Molina, exiliado en Colombia y vinculado a la Escuela Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia, siguió promoviendo y desarrollando experiencias de medicina integral y de combinación de servicios, en particular una experiencia que fue muy reconocida y encontró el ambiente favorable del recién creado Sistema Nacional de Salud: la Integración Operacional de Abajo hacia Arriba (IOAPA), tanto en zonas urbanas como en rurales (Carmen del Viboral). En dicha escuela realizó una enorme publicación de artículos y un libro, documentos desconocidos y poco difundidos.³⁷

El doctor Molina murió en Medellín en 1978 pero, pese a su corta permanencia en el país, influenció de forma determinante a los estudiantes de salud pública. La Facultad de Medicina y la Escuela de Salud Pública de Chile contaba con un número de brillantes salubristas, entre ellos una figura de especial importancia como es Hugo Behm, director de la Escuela, en 1973. Exiliado en Costa Rica, fue pionero de los estudios sobre las desigualdades sociales y la salud.³⁸ Recientes son los esfuerzos que rescatan su papel, así como la obra del doctor Allende.³⁹

Colombia, que hoy sobresale por la funesta aplicación de la fórmula neoliberal,⁴⁰ también se destacó en el pasado por varias experiencias de APS, desde la concepción que se fijó en Alma-Ata y muy anteriores a ella, como se ha explicado: el establecimiento en 1949 del servicio social obligatorio para profesionales de la salud, promovido por Héctor Abad Gómez. Este servicio sostuvo al Sistema Nacional de Salud, especialmente en las zonas alejadas y rurales. También se desarrollaron varios centros académicos, como la Facultad de Medicina de la Universidad del Valle, la experiencia de Candelaria de 1951, el Programa de Investigación en Modelos de Prestación de Servicios de Salud (PRIMOS), el Centro de Investigaciones Multidisciplinarias para el Desarrollo (Cimder) y particularmente el Programa de Investigación y Desarrollo de Sistemas de Salud (Prides).⁴¹

Del mismo modo se llevaron a cabo experiencias de integración tanto rural como urbana que, como ya se

señaló, contaron con la participación de médicos colombianos, como Alfredo Turizo Callejas, y extranjeros, como el destacado salubrista chileno Gustavo Molina Guzmán. Asimismo, hubo proyectos de cooperación internacional con base en estas experiencias, como el proyecto colombo-holandés, donde participaron colombianos egresados de la Universidad Nacional, como el doctor Ismael Lara, proyecto que les brindó a los cooperantes un experiencia muy valiosa, sobre todo para los médicos holandeses Elly Engelkes,⁴²⁻⁴³ y First Muller,⁴⁴ de quienes existen varios documentos de trabajo de APS en Colombia.

A principios de los años noventa se habló de APS en las grandes ciudades colombianas y surgieron acuerdos, como la olvidada Declaración de Bogotá, de 1990⁴⁵ Firmada por los alcaldes de Bogotá, Cali, Bucaramanga y Medellín, con la Declaración se pretendía impulsar enfoques unidos a la promoción de la salud en 1991,⁴⁶ año en el que se acordó la creación de la Red Nacional de Atención Primaria en Salud. Llama la atención el desconocimiento de la Declaración de Bogotá por quienes recientemente han liderado políticas de salud para retomar la APS en las ciudades como Bogotá⁴⁷ y otras regiones, 15 años después, y en el marco del proceso de renovación de la APS liderado por la Organización Panamericana de la Salud⁴⁸ en todos los países del continente americano.⁴⁹

El caso colombiano es muy triste, pues sin pasar a la consolidación del modelo del Sistema Nacional de Salud, que mostraba significativos resultados sanitarios, se impuso uno de mercados y seguros de servicios de salud. Con principios desarrollados como experimentación del modelo a gran escala en Colombia⁵⁰ y que se promueven en América Latina, se implantó con la justificación de mejorar el acceso a los servicios y de mejorar la equidad; sin embargo, justamente se ha logrado lo contrario. Pero lo más sorprendente es que se plantee que el Estado no puede tener integración vertical a través de servicios públicos de salud, aunque es precisamente lo que la ley garantiza a los administradores privados y lo que mejora sus utilidades.⁵¹ Se ha generado una crisis sanitaria crónica donde los ciudadanos recurren a mecanismos legales para recibir derechos, incluso servicios que están en los paquetes. Son miles los casos que amenazan la misma institucionalidad y que obligan a la Corte Constitucional a exigirle al Gobierno nacional una solución mediante la Sentencia T-760 del 2008.

Es evidente el fracaso de las metas de la APS en Colombia, el cual se agrava progresivamente, pues con la reforma de 1993, donde reina la mercantilización

de la salud,⁵² en las últimas décadas los recursos son cada vez mayores, pero no se expresan en mejores servicios para las personas. Los recursos están en utilidades e inversiones de los aseguradores, incluso en otros sectores como inversiones económicas fuera del país, en lo que se incluye a los fondos privados de pensiones, como sucede en Chile. Mientras se cierran los principales hospitales públicos, se construyen más clínicas privadas.

LA APS Y LA INVESTIGACIÓN EN POLÍTICAS Y SERVICIOS DE SALUD EN COLOMBIA Y SU IMPORTANCIA HOY

Sin duda, el principal desconocido de la APS en Colombia es César Uribe Piedrahíta, quien influenció de manera determinante a Santiago Rengifo y a Héctor Abad Gómez.⁵³ César Piedrahíta estudió las formas de organización médica para atender a la mayoría de la población colombiana, que en su época vivía en las zonas rurales carentes de infraestructura sanitaria, en especial comunidades históricamente marginadas como las poblaciones indígenas. La pesquisa sobre la organización de sistemas de salud se remonta a experiencias de hace 60 años, con investigaciones enmarcadas en procesos de desarrollo de programas académicos de la Escuela de Salud Pública de la Universidad del Valle y de la Escuela Nacional de Salud Pública.⁵⁴ El profesor Hipólito Pabón, discípulo de Santiago Rengifo, se destaca internacionalmente en el área de evaluación de las políticas y servicios de salud.

En la actualidad, en el contexto internacional de las investigaciones que evalúan la APS como política de salud, se destacan los trabajos de Vicente Navarro⁵⁵ y Barbara Starfield.⁵⁶ Su conclusión es que los servicios de salud con base en APS tienen mejores resultados y menores costos.⁵⁶ Por ello un número especial de septiembre de 2008 de la revista *The Lancet está dedicado al renacimiento de la APS.*⁵⁷

Existen estudios del impacto de la reforma del Sistema de Salud colombiano, producto de la Ley 100 de 1993, por parte de grupos nacionales e internacionales, que analizan las políticas neoliberales de reforma del Estado⁵⁸ y eventos sanitarios específicos,⁵⁹⁻⁶¹ que podrían contribuir aún más al análisis propuesto al relacionarlo con el ciclo de la política de APS y del desarrollo de la atención de la salud pública, como es el caso de las políticas de descentralización del sector. Se requiere una mirada de largo plazo que integre componentes de impacto epidemiológico y de

desarrollo de los marcos conceptuales, sobre todo rescatando del olvido a las personas que participaron.

Rescatar el espíritu propuesto de Alma-Ata deber partir de estudiar y reconocer las personas que han luchado por la salud de todos. La capacidad para retomar el camino depende de la posibilidad del compromiso ciudadano pero, en particular, del Gobierno nacional y de los gobiernos locales —ellos deben reconocer el fracaso del modelo de seguros de salud—, así como de la voluntad de reconstruir una estructura sanitaria capaz de garantizar el derecho a la atención en los servicios de salud y de articularse con otros sectores para mejorar la salud con un desarrollo accesible a todas las personas. Por ello la APS en Colombia hoy es más necesaria que nunca.

REFERENCIAS

1. Apráez G. Atención primaria de salud: una visión para el ejercicio de la salud pública en Colombia. En: Chazal G, director. *Culture scientifique: historie e philosophie des sciences*. Dijon: UB/Centre Bachelard; 2007. p. 71-84.
2. Sigerist H. *Enfermedad y civilización*. México: Fondo de Cultura Económica; 1943.
3. Segura del Pozo J. Salud pública [blog en internet]. En: Fundación para el conocimiento Madri+d. Madrid: Madri+d, c1997-2010 [citado 25 ago 2010]. Disponible en: http://weblogs.madrimasd.org/salud_publica/.
4. Socialmedicine.org [internet] New York: Yeshiva University-Social Medicine Publishing Group; c2006-10 [citado 25 ago 2010]. Disponible en: <http://www.socialmedicine.org>.
5. Waitzkin H. Un siglo y medio de olvidos y redescubrimientos: las perdurables contribuciones de Virchow a la medicina social. *Medicina Social*. 2006; 1(1): 5-10. Disponible en: <http://journals.sfu.ca/socialmedicine/index.php/medicinasocial/article/viewFile/14/32>.
6. Navarro V. What is a national health policy? *Int J Health Serv*. 2007; 37(1): 1-14.
7. Laframboise HL. Health policy: Breaking it down into more manageable segments. *Can Med Assoc J*. 1973 Feb 3; 108(3): 388-91.
8. Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud. Alma-Ata: Organización Mundial de la Salud; 1978.
9. Umaña Luna E. Normas básicas de la modernidad [sinopsis]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 1998.
10. Umaña Luna E. Los derechos humanos en Colombia: pasado y presente. Bogotá: ETB-Universidad Nacional de Colombia; 2004.
11. Newell K. *Health by the people*. Geneva: World Health Organization; 1975.
12. Litsios S. The long and difficult road to Alma Ata: A personal reflection. *Int J Health Serv*. 2002; 32(4): 709-32.
13. Bryant J. *Mejoramiento mundial de la salud pública*. México: Pax-México; 1971.
14. Litsios S. *Christian Medical Commission and the development of the World Health Organization's primary health*

- care approach. *Am J Public Health*. 2004 Nov; 94(11): 1884-93.
15. Commission on Social Determinants of Health. Closing a gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health [final report]. Geneva: World Health Organization; 2008.
 16. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2008: la atención primaria de salud, más necesaria que nunca. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2008.
 17. Organización Mundial de la Salud. Atención primaria de salud: informe de la Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud. Alma-Ata: Organización Mundial de la Salud; 1978.
 18. Sigerist HE. From Bismarck to Beveridge: Developments and trends in social security legislation. *Bull Hist Med*. 1943 Apr; 13(4): 365-88.
 19. Navarro V. Lucha de clases, estado y medicina. México: Nueva Imagen; 1984.
 20. Molina CA. Antecedentes del servicio nacional de salud: historia de debates y contradicciones. Chile 1932-1952. *Cuad Med Soc*. 2006 Dic; 46(4): 284-304.
 21. Waitzkin H. Is our work dangerous?: Should it be? *J Health Soc Behav*. 1998 Mar; 39(1): 7-17.
 22. Sigerist HE. Medical care for all. 1944. *Am J Public Health*. 2003 Jan; 93(1): 57-9.
 23. Walsh JA, Warrant KS. Selective primary health care: an interim strategy for disease control in developing countries. *New Eng J Med*. 1979 Nov 1; 301(18): 967-74.
 24. Cueto M. The origins of primary health care and selective primary health care. *Am J Public Health*. 2004 Nov; 94(11): 1864-74.
 25. Mckeown T. El papel de la medicina; sueño, espejismo o némesis. México: Siglo XXI; 1982.
 26. Mercado-Martínez FJ. La investigación cualitativa en América Latina: perspectivas críticas en salud. *Int J Qualitative Methods*. 2002; 1(1): 1-27.
 27. Elizalde A. Desarrollo humano y ética para la sustentabilidad. 2ª ed. Medellín: Universidad de Antioquia; 2006.
 28. Escobar A. Más allá del tercer mundo: globalización y diferencia. Bogotá: Instituto Colombiano de Antropología e Historia- Imprenta Nacional; 2005.
 29. Narayan T. Reaching the poorest and disadvantaged populations. En: *Medicine Meets Millennium. Proceedings of the World Congress on Medicine and Health*; 2000; Hannover, Germany. Disponible en: http://www99.mh-hannover.de/aktuelles/projekte/mmm/englishversion/fs_programme/speech/Narayan_V.html.
 30. Magnussen L, Ehiri J, Jolly P. Comprehensive versus selective primary health care: Lessons for global health policy. *Health Aff*. 2004; 23(3): 167-76.
 31. Sachs JD. Macroeconomics and health: Investing in health for economic development. Report presented to the Commission on Macroeconomics and Health. Geneva: World Health Organization; 2001.
 32. Cataño L. Héctor Abad Gómez: promotor de la salud. En: Juten P, compilador. Una vida por la vida: testimonios sobre la vida y obra de Héctor Abad Gómez. Bogotá: Cinep-Ecoe; 1989.
 33. Chelala C. Cuba shows health despite embargo. *BMJ*. 1998 Feb 14; 316(7130): 497.
 34. Almeida-Filho N. Complejidad y transdisciplinariedad en el campo de la salud colectiva: evaluación de conceptos y aplicaciones. *Salud Colectiva*. 2006; 2(2): 123-46.
 35. Gofin J. Acerca de "Una práctica de medicina social", escrito por Emily y Sidney Kark. *Medicina Social*. 2006; 1(2): 25-33.
 36. Waitzkin H. Commentary: Salvador Allende and the birth of Latin American social medicine. *Int J Epidemiol*. 2005 Aug; 34(4): 732-6.
 37. Carvajal Y. Prólogo. En: Sigerist HE. Historia y sociología de la medicina: selecciones. Santiago de Chile: Universidad Bolivariana; 2008.
 38. Behm H. Mortalidad infantil y condiciones de vida. 2ª ed. Santiago: Ministerio de Salud; 2010.
 39. Fundación Salvador Allende [internet]. Santiago de Chile: La Fundación; c2010 [citada 18 oct 2010]. Disponible en: <http://www.fundacionsalvadorallende.cl/>.
 40. Homedes N, Ugalde A. Why neoliberal health reforms have failed in Latin America. *Health Policy*. 2005 Jan; 71(1): 83-96.
 41. Memorias Primera Reunión Nacional sobre Programas de Investigación en Planificación de Salud, Cartagena 1977. Bogotá: Ministerio de Salud-Dirección General de Investigaciones; 1978.
 42. Engelkes E. Health for all?: Evaluation and monitoring in a comprehensive primary health care project in Colombia. Amsterdam: Royal Tropical Institute; 1989.
 43. Engelkes E. Process evaluation in a Colombian primary health care programme. *Health Policy Plan*. 1990; 5(4): 327-35.
 44. Muller F. Pobreza, participación y salud: casos latinoamericanos. Medellín: Universidad de Antioquia; 1991.
 45. Fundación FES. Desarrollo de la APS en las grandes ciudades. Bogotá: Fundación FES; 1990.
 46. Memorias del Seminario Nacional de Atención Primaria y Promoción de la Salud; 1991 Sep; Pereira, Colombia. Bogotá: Fundación FES; 1992.
 47. Vega R, Acosta N, Mosquera PA, Restrepo MO. La política de salud en Bogotá 2004-2008: análisis de la experiencia de atención primaria integral de salud. *Medicina Social*. 2008; 3(2): 148-69.
 48. Organización Panamericana de la Salud. Modelos de atención basados en APS en el marco del SGSSS descentralizado: estrategia de garantía del derecho a la salud [Encuentro]. Bogotá: Organización Panamericana de Salud; 2005.
 49. Organización Panamericana de la Salud, Universidad de Chile. Revisión de las políticas de atención primaria de Salud en América Latina y el Caribe: informe final. Santiago de Chile: OPS; 2002.
 50. De Groote T, De Peape P, Unger J-P. Colombia: in vivo test of health sector privatization in developing world. *Int J Health Serv*. 2005; 35(1): 125-41.
 51. De Vos P, De Ceukelaire W, Van der Stuyft P. Colombia and Cuba, contrasting models in Latin America's health sector reform. *Trop Med Int Health*. 2006 Oct; 11(10): 1604-12.
 52. Echeverri O. Mercantilización de los servicios de salud para el desarrollo: el caso de Colombia. *Rev Panam Salud Pública*. 2008; 24(3): 210-6.
 53. Rodríguez LC. César Uribe Piedrahíta, un científico fuera de serie. *Rev Acad Colom Cienc*. 1997 Jul; 21(80): 295-311.
 54. Rodríguez J, Pabón H. Marco conceptual de la investigación aplicada a servicios de salud. *Educ Med Salud*. 1981; 15(1): 40-7.
 55. Navarro V, Borrell C, Muntaner C, Benach J, Quiroga A,

- Rodríguez-Sanz M, Gumà J, Vergés N, Pasarín MI. El impacto de la política sobre la salud. *Salud Colectiva*. 2007 Ene-Abr; 3(1): 9-32.
56. Starfield B. Atención primaria: equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología. Barcelona: Masson; 2004.
57. The Lancet [internet]. *Lancet*. 2008 Sep 13; 372(9642): 863-1008. Disponible en: [http://www.thelancet.com/journals/lancet/issue/vol372no9642/PIIS0140-6736\(08\)X6039-8](http://www.thelancet.com/journals/lancet/issue/vol372no9642/PIIS0140-6736(08)X6039-8)
58. Homedes N, Ugalde A. Las reformas de salud neoliberales en América Latina: una visión crítica a través de dos estudios de caso. *Rev Panam Salud Pública*. 2005; 17(3): 210-20.
59. Ayala C, Kroeger A. La reforma de salud en Colombia y sus efectos en los programas de tuberculosis e inmunización. *Cad Saude Pública*. 2002 Nov-Dec; 18(6): 1771-81.
60. Arbeláez MP, Gaviria MB, Franco A, Restrepo R, Hincapié D, Blas E. Tuberculosis control and managed competition in Colombia. *Int J Health Plann Manage*. 2004; 19:S25-S43.
61. Ugalde A, Homedes N. Descentralización del sector salud en América Latina. *Gac Sanit*. 2002; 16(1): 18-29.

CORRESPONDENCIA

Giovanni Apráez Ippolito
ngapraezi@unal.edu.co
giovanniapraez@yahoo.es