

**Relaciones de la APS con los sistemas de salud y modelos de desarrollo en
Chile y Colombia**

**Primary health care relations with health systems and development models
in Chile and Colombia**

Natalia Velásquez Osorio

Monografía para obtener el título de Especialista en Salud Internacional

Asesor

**Daniel Felipe Patiño Lugo, MsC. PhD
Profesor Facultad de Medicina U de A**

Universidad de Antioquia

Facultad Nacional de Salud Pública Héctor Abad Gómez

Medellín

2016

Tabla de contenido

2. Marco Referencial de la Estrategia de Atención Primaria en Salud.....	12
2.1 Los Modelos de Desarrollo como determinantes de la Salud Internacional-SI y su relación con la implementación de la estrategia APS.	15
2.2 Sistemas de salud: ¿enfoque de servicios o de derechos?.....	17
3. Objetivos	19
3.1. General.....	19
3.2 Específicos	19
4. Ruta Metodológica	20
4.1 Enfoque	20
4.2 Tipo de estudio.....	20
4.3 Supuestos del estudio	20
4.4 Definición y selección de los casos	21
4.4.1 Unidad de análisis.....	25
4.5 Fuentes y recolección de la información	25
4.6 Técnicas e instrumentos.....	25
4.7 Procesamiento y análisis.....	25
4.8 Resultados esperados.....	26
4.9 Consideraciones éticas	27
5.1 Capítulo 1 Un marco de reflexión	27
5.2 Modelos de Desarrollo y Perspectivas del Desarrollo Humano.....	28
5.3 Salud como concepto en construcción	36
5.4 Promoción de la salud y el bienestar.....	38
5.5 Sistemas de Salud	39
5.5.1 Integralidad	44
5.5.2 Intersectorialdad.	44
5.5.3 Participación social.	44
5.5.4 Interculturalidad.	44
5.6 Atención Primaria en Salud.....	45

5.7 Capítulo 2 APS y Modelos de Desarrollo: encrucijadas entre bienestar y crecimiento económico. Caso Chile y Colombia	49
5.8 Generalidades Chile	50
5.9 Generalidades Colombia	52
5.10 Modelos de Desarrollo.....	53
5.11 Modelo de desarrollo chileno. Transiciones de los modelos de desarrollo económico en Chile	54
5.11.1 El rol del Estado y la participación del mercado	56
5.12 Modelo de desarrollo colombiano, Transiciones del modelo de desarrollo económico en Colombia	61
5.12.1 El rol del Estado y del Mercado en Colombia	63
5.13 Sistemas de Salud	65
5.13.1 El Sistema de Salud Chileno	66
5.14 La APS en Chile	73
5.15 La APS en Colombia	75
5.16 Discusión.....	78
5.17 Capítulo 3. Comprensión de la APS en clave de los derechos y las singularidades humanas	80
5.17.1 Introduciendo la APS en perspectiva del desarrollo humano.....	80
5.17.2 Integralidad	82
5.17.3 Participación social y comunitaria	83
5.17.4 Intersectorialidad	83
5.17.5 Interculturalidad	83
5.18 Análisis de las categorías.....	84
5.18.1 Integralidad en Chile	84
5.18.2 Participación social y comunitaria	87
5.18.3 Acción intersectorial.....	88
5.18.4 Interculturalidad	90
5.18.5 APS en Chile desde Alma Ata y el enfoque de derechos	92
5.18.6 Integralidad en Colombia	93
5.18.7 Participación comunitaria.....	95
5.18.8 Acción intersectorial.....	97

5.18.9 Interculturalidad	99
5.18.10 APS en Colombia desde Alma Ata y el enfoque de derechos	100
6. Conclusiones	105
Referencias Iniciales.....	107

Lista de cuadros

	Pág
Cuadro 1. Enfoques, definiciones y énfasis de la APS	14

Lista de figuras

	Pág
Figura 1. Niveles de relación entre las premisas de desarrollo, las políticas sociales y sus niveles de acción con la APS	18

Glosario

ALBA:	Alianza Bolivariana para América
APS:	Atención Primaria en Salud
DSS:	Determinantes Sociales de la Salud
EPS:	Empresa Promotora de Salud
IPS:	Institución Prestadora de Servicios
MCSI:	Modelo Conceptual en Salud Internacional
OMS:	Organización Mundial de la Salud
PNUD:	Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo
SI:	Salud Internacional
SGSSS:	Sistema General de Seguridad Social en Salud
URSS:	Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas

Resumen

Introducción: Los modelos de desarrollo en su relación con la Salud Internacional implican pensar aspectos de interés común para garantizar condiciones de vida de las poblaciones en un desarrollo posibilitador de la equidad, es decir, plantear lineamientos con principios de justicia social que se desprendan en sentidos internacionales análogos sobre derechos humanos y sus justas realizaciones. **Objetivo:** Identificar la correspondencia de la APS en los sistemas de salud en los modelos de desarrollo en Chile y Colombia, en términos de participación comunitaria, interculturalidad, integralidad y acción intersectorial. **Metodología:** Estudio con enfoque Hermenéutico interpretativo, de caso, de tipo exploratorio donde se abordaron los modelos de desarrollo en Chile y Colombia con relación a sus sistemas de salud y la APS. **Resultados:** La relación entre modelos de desarrollo y sistemas de salud puede verse en la concepción de la salud como derecho humano fundamental que requiere de una respuesta institucional para su realización o, por el contrario, como oferta de servicios donde la supremacía del mercado y la capacidad de pago orientan prioridades de atención y el acceso a beneficios. Los avances en la implementación de la APS para ambos países es bastante disímil, aunque se denota en Colombia una promulgación normativa fuerte de reorientar los procesos sociales y de salud pública hacia una acción cooperada que posicione la APS a través de la reingeniería del SGSSS, aún no se visualiza, como en el caso de Chile, la implementación de la ley en materia de los servicios asistenciales y de salud; el país austral decreta con mayor vehemencia, las articulaciones prácticas entre redes integradas de servicios en diferentes prestaciones y programas del gobierno, que no están asociadas exclusivamente con la rectoría del sector salud, sino con líneas operativas de programas presidenciales y macroeconómicos como un todo integrado para la superación de la desigualdad, la pobreza extrema y la inequidad en salud.

Palabras clave: Salud internacional, Modelos de Desarrollo, Sistemas de Salud, Atención Primaria en Salud.

Abstract

Introduction: The development models in its relation with the International Health involve thinking aspects of common interest to guarantee living conditions of populations in an enabler development of equity, that is, to propose guidelines with principles of social justice that extend to International analogs about human rights and fair accomplishments. **Objective:** Identify the correspondence of PHC in health systems in the development models in Chile and Colombia, in terms of community participation, intercultural, integral and intersectoral action. **Methodology:** A study with Hermeneutic interpretive approach, case studies, exploratory type where we consider the development models in Chile and Colombia in relation to their health systems and PHC. **Results:** The relation between development models and health systems can be seen in the origin of health as a fundamental human right that requires an institutional response to the conduct or as an offer of services where the supremacy of the market and the capacity of payment orient priorities of attention and access to benefits. The advances in implementing the PHC for both countries is quite uneven, although it is seen in Colombia a strong normative enactment of reorienting social processes and public health to a cooperated action that positions the PHC through reengineering of the "mandatory health plan" (SGSSS in Spanish) yet not displayed, as in the case of Chile, the implementation of the law on healthcare and health services; the southern country enacts more vehemently, the practical articulations among integrated networks of services and government programs that are not associated exclusively with the guidance of the health sector but with operational presidential lines and macroeconomic programs as an integrated whole for overcoming inequality, extreme poverty and inequity in health.

Keywords: International Health, Development Models, Health Systems, Primary Health Care.

1. Presentación

Los modelos de desarrollo se consolidan según la forma como una sociedad construye su historia, cultura, producción, tradición jurídico-política y progreso científico-tecnológico; en cómo organiza sus recursos materiales e institucionales para el progreso y la satisfacción de necesidades de la población. Los modelos de desarrollo se definen como la extensión de capacidades y complejidades de la sociedad e individuos para ofrecer las mejores posibilidades de satisfacer sus aspiraciones (1- 4).

Desde la teoría social se reconocen diferentes énfasis, desarrollados en el primer capítulo de esta monografía, en los modelos de cambio que una sociedad traza como postulados en sus políticas de desarrollo, estableciendo dimensiones estructurales que influyen las realidades económicas, el orden político y por lo tanto, el contexto para comprender el desarrollo del ser humano. Infortunadamente los fenómenos de crisis, conflicto, pobreza y violencia llegaron a niveles inaceptables de desigualdad, precariedad y exclusión, que cuestionan los relatos de desarrollo sustentados en el crecimiento económico y, por tanto, ponen en tensión las posibilidades y recursos con los que cuentan las sociedades para enfrentarlos (5).

Entender el desarrollo como crecimiento económico, implica comprender el bienestar a través de la adquisición de bienes y servicios asociados al nivel de ingreso de las personas, desde una línea explicativa donde se conjugan tres elementos: crecimiento, ingreso y bienes-servicios, como fines del mismo. Empero, comprender el desarrollo como un progreso humano, más no material, exige que se aborden otras lecturas del funcionamiento social, desde las formas en que viven y se realizan las personas, es decir de los niveles de vida que interpelan al modelo económico imperante cuando este no alcanza desde sus medios y fines a garantizar el bienestar.

En este punto, puede advertirse que desde el enfoque tradicional de la economía del desarrollo, la industrialización, la rápida acumulación de capital, la utilización de la fuerza de trabajo desocupada, la planeación y la intervención del Estado aparecen, en ese orden, como objetivos de las políticas del desarrollo (6). El reconocimiento de logros y fracasos se ha estimado en la magnitud del Producto Interno Bruto-PIB, el ingreso per cápita y la oferta total de bienes, es decir, en el crecimiento económico (7).

En el ámbito de la salud, y como estrategia para reducir la desigualdad presente en los contextos que por sus sistemas políticos y económicos presentaban diferencias en la distribución equitativa de ingresos y que se reflejaba en una disparidad para el acceso de la población a los programas sociales y de salud, la Organización Mundial de la Salud-OMS propuso en la conferencia de Alma-Ata de 1978 la estrategia de Atención Primaria en Salud-APS. Esta fue planteada para la integración de servicios locales, la participación social y comunitaria, la intersectorialidad y la relación con la salud como derecho en el marco del desarrollo económico y social (8).

En tal sentido la APS, como elemento integrativo de diversos sectores y niveles de los sistemas de salud, debe leerse como un enfoque en clave de los procesos de desarrollo de los países, estableciendo sus niveles de interrelación entre la interpretación, operación y puesta en marcha de políticas sociales y económicas, como posibilidad de construir sistemas de salud equitativos basados en ésta. Así, el desarrollo enfatizaría la necesidad de ir más allá del crecimiento económico y contribuir al bienestar de los sujetos situados en un contexto socio-histórico y cultural determinado.

De este modo, el funcionamiento social y las condiciones en las que viven las personas se convierten en un elemento de interés que desde el paradigma en salud pública se ha teorizado como los determinantes sociales para la salud-DSS. En este contexto, existen paradigmas explicativos que identifican los factores individuales, sociales o culturales que se asocian al estado de salud de los sujetos y comunidades.

Los DSS se definen como las condiciones sociales en las cuales viven y trabajan las personas o, de acuerdo con Tarlov, “las características sociales dentro de las cuales la vida tiene lugar” Incluyen tanto las características específicas del contexto social que influyen en la salud como las vías por las cuales las condiciones sociales en que la gente vive se traducen en efectos en salud” (9).

Actualmente, la OMS adopta el enfoque de DSS conetido en el informe final de la Comision, de para generar procesos reflexivos en relación con los elementos estructurales del acceso a los servicios de salud y así mismo, las características estructuradoras del bienestar de las comunidades que lo potencian o condicionan. En este sentido, ya la salud no depende exclusivamente de los sujetos como lo señalaban modelos anteriores centrados en la salud física, condiciones de vida o estilos de vida saludable, sino que obedece a una situación social estructural que involucra recursos y relaciones de poder entre individuos y clases sociales, garantía de derechos, contextos de desarrollo y elementos sociodemográficos

(10). Como respuesta a las relaciones multicausales que existen entre salud y desarrollo humano estando como mediadores el modelo de desarrollo y su enfoque para los países de Chile y Colombia se retoman, para este trabajo monográfico, las premisas constitutivas de la estrategia de APS desde Alma Ata como aspecto doctrinal para la salud pública, desde la cual es posible trazar sus niveles de relación con las dinámicas propias de cada país de estudio.

En este sentido, se estudiarán los casos de Colombia y Chile, caracterizando sus modelos de desarrollo, sistemas de salud desde su estructura, estableciendo de este modo, sus niveles de correspondencia con los argumentos éticos, políticos, económicos y sectoriales de la APS.

2. Marco Referencial de la Estrategia de Atención Primaria en Salud

Héctor Abad Gómez, Carlos Alberto Alvarado, Elsa Moreno, entre otros pioneros de la medicina social latinoamericana y de la APS en la década de los 60 y 70, antes de la declaración de Alma Ata, se pronunciaron sobre las inaceptables condiciones de vida de poblaciones vulnerables en la subregión de Latinoamérica (10). En 1978, en la conferencia internacional citada, la APS se estableció como una estrategia para el desarrollo social y económico desde la asistencia sanitaria esencial con un marco político que contuviera búsquedas en el reconocimiento de la participación social y comunitaria, el rol central del Estado para asegurar el desarrollo de la salud de las poblaciones, la lectura crítica sobre los factores influyentes en el bienestar que develen las situaciones de desigualdad a ser abordadas con cambios estructurales para los sistemas de salud, es decir, con Alma Ata se posicionaron cambios conceptuales y epistemológicos que introdujeron elementos tales como la equidad, igualdad y desarrollo humano (8).

Se instituyó en esta conferencia la APS como la estrategia para alcanzar la meta de “Salud para Todos” en el año 2000, considerando la necesidad urgente de que todos los gobiernos actuaran para proteger y promover la salud de los pueblos del mundo. Hizo un llamado de atención sobre la desigualdad existente en el estado de salud de la población, especialmente entre los países, exigiendo por tanto intervención intersectorial. Sentó las bases para concebir la salud como un aspecto ligado al desarrollo de las personas y los fines para alcanzarla deben establecerse como un aspecto de acción vinculante tanto en la promoción de la salud como en la protección social de los países. Este postulado implicó posicionar que desde el desarrollo humano la salud es un derecho y por tanto, los niveles de crecimiento económico y social de los países deben establecer en líneas de acción sanitaria el bienestar como objetivo (8).

En esta conferencia la perspectiva del desarrollo humano, que se relaciona y se encuentra sustentada en el enfoque de derechos, ubica al concepto de persona y desarrollo desde una aproximación a la participación comunitaria e individual y la construcción de ciudadanía en relación con la planificación y atención en salud; por esto, se propuso un cambio de mirada frente a la concepción clásica de la atención sectorial en salud y estableció desde sus directrices que ésta debe acercarse a las comunidades de acuerdo con sus dinámicas socioculturales, descentrando la toma de decisiones, involucrando a otros sectores y reorientando los servicios, con la propuesta de un nuevo enfoque basado en el bienestar y no en lo morbicéntrico o asistencial (8).

Así la APS fue definida como “...la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundados y socialmente aceptables, debe estar puesta al alcance de los individuos y las familias representado como el primer contacto con el sistema, llevando lo más cerca posible la atención en salud al lugar donde residen y trabajan las personas, mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar...” (8).

No obstante, tal y como se describe en el texto “APS en Suramérica”, la polisemia del castellano y la carencia de premisas propositivas jugaron una mala pasada a la APS. La palabra “Primaria” tiene acepciones radicalmente opuestas: primaria como esencial, fundamental, y como primitiva, elemental. Por supuesto muchas organizaciones optaron por la segunda acepción, convirtiendo la APS integral en selectiva con unas pocas prestaciones, antecediendo a los “paquetes básicos” que caracterizaron las reformas neoliberales de los noventa (12).

Por otro lado, hubo un importante problema semántico desde el principio, ya que el “Primary Health Care” del inglés fue traducido como “Atención Primaria de Salud”, cambiando el término “cuidado” por “atención” y utilizando el confuso “primario”, que según algunos debió haber sido “integral”. Un artículo publicado por Tejada en 2003, quien fuera coordinador de la conferencia de Alma-Ata y subdirector general de la OMS, señaló que el término “cuidado integral de la salud” expresa mejor el sentido de Alma-Ata. Esa situación crea lo que algunos consideran “el pecado original” de la APS, al permitir que fuera considerada como “atención sanitaria básica”, reduciéndola de integral a selectiva. En ese camino se perdió la carga política transformadora de la idea de salud para todos y se dio mayor relevancia a la APS como estrategia operativa desprovista del sentido inicial (12).

La implementación de la APS, según los modelos de desarrollo, se ha visto influenciada por factores como la economía de mercado y los propósitos constitucionales, las necesidades básicas y los intereses particulares, el individualismo, la competencia y la solidaridad e intersectorialidad, enfoques desequilibrados centrados más en la enfermedad -como ocurre con el de aseguramiento- y los sistemas de salud, con predominancia con las fuerzas del mercado y la rectoría del sistema, entre otros (13).

El término APS generó una gran confusión que aún se mantiene, en tanto coexisten diferentes enfoques que determinan su forma de implementación, los cuales se describen a continuación en el cuadro 1.(12)

Cuadro 1. Enfoques, definiciones y énfasis de la APS.

Enfoque	Definición o concepto de Atención Primaria en Salud	Énfasis
Atención Primaria de Salud selectiva	Número limitado de servicios de gran repercusión para afrontar algunos desafíos de salud prevalentes en países en desarrollo. Los principales servicios, conocidos como GOBI (control del crecimiento, técnicas de rehidratación oral, lactancia materna e inmunización), a veces incluían suplementos alimentarios, alfabetización de la mujer y la planificación familiar (GOBI–FFF).	Conjunto específico de actividades de los servicios de salud dirigidas a los pobres.
Atención Primaria	Se refiere a la puerta de entrada del sistema de salud y al lugar donde se operativiza la continuidad de la atención para la mayor parte de la población, la mayoría de veces. Este es el concepto más común en Europa y en otros países industrializados. Se relaciona directamente con la disponibilidad de médicos generalistas o de familia.	Nivel de atención de un sistema de servicios de salud.
“Atención Primaria de Salud integral” de Alma Ata	APS como “asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y las familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar [...] Forma parte integral tanto del sistema nacional de salud [...] como del desarrollo social y económico de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad [...], llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia a la salud”.	Estrategia de organización de los sistemas de atención a la salud y la sociedad para promover la salud.
Enfoque de Salud y Derechos Humanos	Concibe la salud como un derecho humano y destaca la necesidad de afrontar los determinantes sociales y políticos de la salud. Difiere de la declaración de Alma Ata no tanto en los principios, sino en el énfasis en sus implicaciones sociales y políticas. Señala que el enfoque social y político de la APS dejó atrás los aspectos específicos de las enfermedades y que las políticas de desarrollo debieran ser más “globales, dinámicas, transparentes y apoyadas por compromisos legislativos y económicos” para conseguir mejoras equitativas en materia de salud.	Filosofía que impregna el sector social y de salud.
Renovada	La esencia de la definición renovada de la APS sigue siendo la misma que la de la declaración de Alma Ata. Sin embargo, se considera parte integral de los sistemas de salud, tiene como finalidad promover mejoras equitativas y sostenibles; su objetivo principal es alcanzar el mayor nivel de salud posible, maximizar la equidad y solidaridad. Busca dar respuesta a las necesidades de salud de la población, orientada hacia la calidad, responsabilidad y rendición de cuentas de los gobiernos, justicia social, sostenibilidad, participación e intersectorialidad.	Centrar el sistema de salud en su conjunto e incorporar principios como la sostenibilidad y la orientación hacia la calidad.

2.1 Los Modelos de Desarrollo como determinantes de la Salud Internacional-SI y su relación con la implementación de la estrategia APS.

La SI se concibe como el conjunto de interacciones sanitarias que ocurren a escala global, en cuyo quehacer es necesario delimitar las acciones a partir de los espacios que establecen el relacionamiento entre dos o más Estados -asuntos bilaterales, subregionales, regionales o globales. Aunque en años recientes el término “salud global” se utiliza en muchos casos como sinónimo de “salud internacional”, desde la perspectiva de la OPS, y de este trabajo, no significan lo mismo. La salud internacional tiene como enfoque principal el Estado-Nación y analiza asuntos de salud desde esta perspectiva, tomando en cuenta intereses, papel y proyección del Estado-Nación dentro de la comunidad internacional, las relaciones y balances de poder entre los países (14).

Mientras que la salud global se asocia generalmente con la interdependencia y relaciones de poder global y la acción colectiva, no descarta la importancia de intereses nacionales en la determinación de estos procesos globales. Según Kickbusch el enfoque de la salud global es el impacto de la interdependencia global sobre los determinantes de la salud, la transferencia de riesgos de salud y la respuesta en forma de políticas nacionales, de las organizaciones internacionales y de los múltiples actores en el entorno de la salud global. Su objetivo es el acceso equitativo a salud para todas las regiones del mundo (14).

Según el Modelo Conceptual en Salud Internacional-MCSI propuesto por la OPS, en este ámbito el orden económico es decidido por países de economías más fuertes que ejercen su acción, en defensa de sus propios intereses, sobre las demás naciones. La concepción predominante ha sido la capitalista con estímulo a la propiedad privada y la libre circulación de bienes y servicios (14). A principios de los 90, los retos del sector salud en América Latina no se separaban de los grandes desafíos globales que la Región tenía que enfrentar, siendo el mayor el desarrollo, no referido exclusivamente al crecimiento económico sino a calidad de vida, afectada por la inequidad dentro y entre países, justo a lo que la APS busca hacerle frente (13).

Como se ha abordado hasta ahora, los modelos de desarrollo configuran las políticas y sus subsecuentes elementos de planeación, influencia que a su vez se encuentra determinada por el conjunto de criterios y postulados que han sido definidos por agencias u organizaciones internacionales desde declaraciones y lineamientos que trazan pautas para los países miembros sobre los cuales pueden ejercer influencia.

En este sentido, los modelos de desarrollo en su relación con la SI implican pensar aspectos de interés común para garantizar condiciones de vida de las poblaciones en un desarrollo posibilitador de la equidad, es decir, plantear lineamientos con principios de justicia social que se desprendan en sentidos internacionales análogos sobre derechos humanos y sus justas realizaciones.

Con lo anterior, se puede establecer que los modelos de desarrollo, como fuerza determinante de la SI, tienen una estrecha relación con la equidad y los resultados en salud. En todo el mundo, las personas que realmente tienen menos acceso a los recursos sanitarios se enferman y mueren antes que aquellas que tienen una posición social más privilegiada. Las disparidades en el ámbito de la salud siguen aumentando a pesar del crecimiento de la riqueza y el progreso tecnológico mundial. La mayor parte de los problemas de salud pueden atribuirse a las condiciones sociales en las que las personas viven y trabajan: acceso a la atención sanitaria, niveles de escolarización, condiciones de empleo y trabajo, tiempo libre, de vivienda, participación en las decisiones; estas se denominan determinantes sociales de la salud (15).

Según lo anterior, y las discusiones expuestas hasta ahora en las que la salud está fuertemente determinada por el contexto y la equidad, es posible ver como los modelos de desarrollo se correlacionan en el intento de trazar respuestas diferenciadas en los entornos y en las vidas de los sujetos y de los grupos sociales, es decir, las relaciones entre las políticas en interacción con la comunidad e instituciones que las implementan y sus repercusiones a nivel individual y colectivo. Esto se ve reflejado en los planes de desarrollo de cada país, el establecimiento de políticas sociales y sectoriales orientadas al abordaje de las inequidades en salud y la reducción de desigualdades; actuando con un marco programático propio, que intervenga sobre condiciones de vida desfavorables generadoras de vulnerabilidad social (16).

De acuerdo la propuesta de la CDSS, los niveles de vida y bienestar de las poblaciones se connotan a nivel macro con modelos de desarrollo que operan como orientaciones normativas y políticas estructurales que influyen en la estratificación social de los países, y a un nivel intermedio actúan sobre los recursos de los individuos, las exposiciones a riesgos y la vulnerabilidad de las poblaciones y, por fin, sobre su desigual distribución entre los grupos en una sociedad. Es decir, influyen en la configuración de sistemas y desigualdades sociales y, por ende, en los de sistemas de salud (17 -20) y la inequidad en salud. La manera en la que esto ocurre será abordada a continuación.

2.2 Sistemas de salud: ¿enfoque de servicios o de derechos?

Para comprender la política de salud en los modelos de desarrollo es necesario ubicarla dentro de la política social que para Montoro es “la intervención pública dirigida al bienestar colectivo e individual e incluye seguridad, educación, salud y vivienda”; por su parte la CEPAL la relaciona con el conjunto de objetivos, normas, sistemas y entidades por medio de las cuales la sociedad se compromete a garantizar los derechos sociales, económicos y culturales. Estos conceptos no solo ubican la política de salud dentro de la política social sino que permiten comprender la relación entre la garantía del derecho a la salud de la población y el acceso a otro tipo de bienes y servicios que son responsabilidad del Estado (21).

En este contexto de análisis interrelacional sobre los modelos de desarrollo y las políticas sociales es posible advertir dos enfoques predominantes vinculados con la concepción de la salud y como ésta toma forma en los países, específicamente en la estructura y funciones de sus sistemas de salud; la primera, de perspectiva cepalina, “vincula a la salud como uno de los elementos importantes para lograr el desarrollo considerándose una inversión de carácter público y no un gasto”; la segunda, de corte neoliberal, abrió la puerta al libre mercado concibiendo la salud como un aspecto comercial y financiero que debía descentralizarse de la regulación estatal y sustentarse en lógicas del mercado instauradas en la prestación del servicio público, características que deterioraron la calidad de vida de la población y por lo tanto su salud (21).

Lo que permite concluir que los modelos de desarrollo establecen desde las políticas sociales aspectos dialécticos con los sistemas de salud en cuanto al acceso, integralidad, cobertura, universalidad y oportunidad, lo que a su vez permite o no, reducir las brechas de inequidades que se ven reflejadas en la distribución geográfica de recursos para la atención en salud, la cobertura de aseguramiento, el acceso a los servicios de salud, el gasto de bolsillo de los hogares para adquirir pólizas privadas de seguros de salud, entre otros aspectos (21).

La salud en perspectiva de política social, significa que debe ser vista desde un abordaje integral, que no se agota en las acciones del sistema de salud, en tanto tenga un predominio por orientar los servicios y comunidades hacia un alcance del bienestar cumpliendo con apuestas éticas y políticas sustentadas en la equidad, la solidaridad y la concepción de la salud como derecho, búsquedas que requieren de conexiones fundamentales entre diferentes elementos de desarrollo económico y social de las comunidades.

En respuesta a estos elementos de política social en los sistemas de salud, la APS propone que desde la participación social y comunitaria, la intersectorialidad, y la orientación de servicios, se puede mejorar la capacidad de actuación de los sistemas de salud posicionados desde una concordancia con los modelos de desarrollo que precisan en sus búsquedas, tener niveles distributivos del bienestar desde la garantía de los derechos (22, 23).

La figura 1 muestra las relaciones de influencia de las premisas económicas de desarrollo en el orden internacional con el modelo de desarrollo nacional, el sistema de salud, la APS y los resultados en salud.

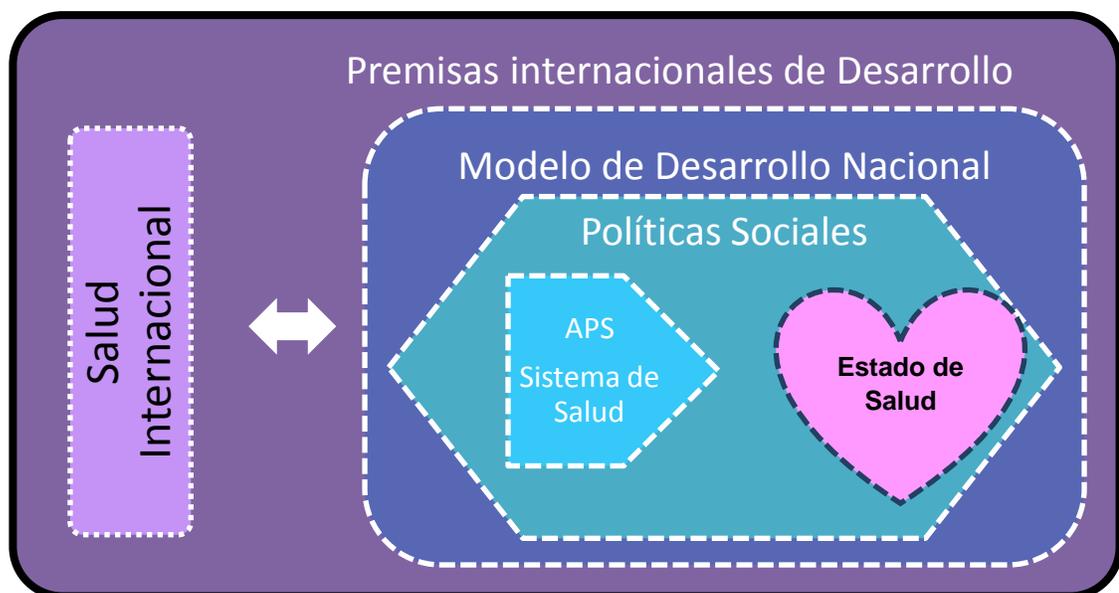


Figura 1. Niveles de relación entre las premisas de desarrollo, las políticas sociales y sus niveles de acción con la APS

En este ejercicio monográfico de revisión documental se buscarán los niveles de relación existentes entre la APS como una estrategia de orientación internacional para los sistemas de salud y la sociedad, y como puede verse reflejada en sus búsquedas de acuerdo a los sistemas de salud y los modelo de desarrollo en Chile y Colombia.

3. Objetivos

3.1. General

Identificar la correspondencia de la APS como estrategia de los sistemas de salud en los modelos de desarrollo en Chile y Colombia, en términos de participación comunitaria, interculturalidad, integralidad y acción intersectorial.

3.2 Específicos

- Establecer un marco de referencia de la relación entre modelos de desarrollo, sistemas de salud y la APS.
- Caracterizar los modelos de desarrollo, el sistema de salud y la implementación de la APS en Chile y Colombia.
- Interpretar en perspectiva del desarrollo humano los retos y desafíos que implica la APS en términos de participación comunitaria, interculturalidad, integralidad y acción intersectorial para ambos países.

4. Ruta Metodológica

4.1 Enfoque

Hermenéutico interpretativo, en tanto el interés del presente estudio fue establecer cómo los principios y postulados de la APS son configurados de acuerdo con las dinámicas propias de su implementación en cada país, específicamente desde los contenidos estructurales de los sistemas de salud y los enfoques de desarrollo que de estos elementos es posible develar. Lo anterior, con el fin de entender lógicas e interpretaciones de posibles tensiones que causan en la implementación de la APS en sus búsquedas de equidad y justicia social.

4.2 Tipo de estudio

Estudio de caso de tipo exploratorio donde se abordaron los modelos de desarrollo en dos países latinoamericanos con relación a sus sistemas de salud y la APS. La indagación fue por niveles, iniciando por el modelo de desarrollo de cada país, seguido del sistema de salud y los enfoques, principios y criterios de la APS. Con características interpretativas de la información de carácter exploratorio, múltiple e incrustado; exploratorio, por los niveles de indagación bajo los cuales fueron sometidas las categorías de análisis, pretendiendo generar información o hipótesis sobre el tema estudiado; múltiple, porque se persiguió la replicación lógica de los resultados repitiendo el mismo estudio sobre un caso diferente para obtener pruebas y mejorar la validez externa de la investigación; e incrustado, porque fue realizado con dos unidades de análisis. Lo anterior, permitió la comparación y contraste de los resultados entre dos casos (24).

4.3 Supuestos del estudio

Definir los supuestos del estudio en la fase de diseño se constituyó en una guía para la recolección y análisis de datos; los postulados usados para las búsquedas interpretativas de la presente investigación fueron los siguientes:

- Los modelos de desarrollo según alcance redistributivo, como promotores de la diversidad, de la participación política y social en los aspectos económicos, sociales, culturales y políticos.

- La APS puede interpretarse, según los fines y medios que como estrategia se determina para acercar los sistemas de salud a las poblaciones con los propósitos de integralidad, intersectorialidad, participación social y orientación de los servicios.
- Es susceptible generar interrelaciones de la APS en sus proyecciones e implementación, con las realidades de los sistemas de salud presentes en los países de estudio en sus búsquedas de desarrollo, viéndose reflejado en las funciones del sistema de este sector y en la manera como se da la APS, específicamente desde categorías de análisis como universalidad, integralidad, participación comunitaria, acción intersectorial, orientación hacia la equidad (acceso y resultados en salud), acción sobre los determinantes sociales de la salud e interculturalidad.

4.4 Definición y selección de los casos

Los casos de estudio se definen como “las tensiones que generan los modelos de desarrollo, desde su perspectiva en dos países de la subregión y su efecto en la APS”. La muestra fue intencional de dos países con diferencias particulares en sus modelos de desarrollo y de los procesos de la APS, como lo son Chile y Colombia. Estos países fueron seleccionados por las siguientes cinco razones: la primera, en las diferencias de sus modelos de desarrollo; la segunda, son disímiles en el tipo de régimen de bienestar; la tercera, por la diferencia de sus Índices de Desarrollo Humano-IDH y sus Coeficientes de Gini; la cuarta, en la manera cómo funcionan sus sistemas de salud después de la reforma y la quinta, por el grado de implementación de la APS en cada país. La primera ayudaría a conocer cómo los modelos de desarrollo han incidido en la formulación de políticas; la segunda, como estas políticas permitieron o no la asignación de recursos; la tercera, comprender el desarrollo en términos de esperanza de vida, tasa de alfabetización, distribución de ingreso per cápita desde el PIB y conocer hasta qué punto la distribución del ingreso entre individuos u hogares es equitativa; la cuarta, cómo se redistribuyen los recursos y el estado de salud entre grupos de la población y, por último, el grado de desarrollo de la APS que permitirá identificar logros y dificultades del proceso según el contexto.

El modelo de desarrollo chileno es el de una economía de mercado con énfasis social. Protege fuertemente la libertad de emprendimiento y los derechos de propiedad, asignando al Estado un rol subsidiario y no empresarial. Conforme a ello, el Estado tiene un papel regulador en tanto corrige las fallas de mercado y existencia de mercados incompletos- y las fallas sociales-pobreza, seguridad social, desigualdad. En consecuencia, muestra un desarrollo institucional cuyo

norte económico es entregar certeza jurídica y equidad de trato al sector empresarial, pero dando importancia y compensando el liberalismo, a un Estado protector del bien común. En palabras de Schneider y Soskice, el sistema económico-político es de tipo 'liberal', a diferencia de otros modelos capitalistas que los autores llaman 'coordinados' y 'jerárquicos' (25).

En Colombia la estrategia de desarrollo en la segunda mitad del siglo XX y hasta la década de los noventa se caracterizó por una política proteccionista para favorecer el desarrollo industrial nacional. En general, se impulsó el modelo de Sustitución de Importaciones en combinación con la Promoción de Exportaciones. A partir de 1990, el país se insertó en la propuesta de globalización neoliberal promovida por los países de mayor desarrollo tecnológico y concentración de capital. Estos dos tipos de modelos, proteccionismo y globalización, han determinado la forma como ha evolucionado la industria, el comercio, la protección social y el modelo de salud (26).

Sobre los regímenes de bienestar diferentes autores han tratado de clasificar los países de América Latina bajo diferentes tipos. Todos catalogaron a Chile y Colombia como diferentes (27). Según Martínez (28), Chile es "Estatil Productivista", en donde las políticas públicas hacen énfasis en la productividad laboral, la intervención del Estado es estratificada, pues hace énfasis en los pobres, pero los trabajadores asalariados dependen del mercado. Colombia se ubica en el tipo "Informal Familiar", que se caracteriza por estados débiles o inexistentes, industrialización tardía, mayor mercado de trabajo informal y los salarios más bajos, alta estratificación, programas sociales residuales, y una confianza mayor sobre las estrategias comunales y familiares de bienestar en lugar del Estado (29, 30).

En cuanto a los IDH de cada país y según el informe del Desarrollo Humano en el 2015, elaborado con base en los Objetivos de Desarrollo Sostenible haciendo énfasis en la dimensión trabajo específicamente en las variables de desigualdad, desarrollo de género, desigualdad de género e Índice de Pobreza Multidimensional, encontrándose que la clasificación otorgada a Chile se sitúa en una valoración del Desarrollo Humano muy alto ocupando el puesto 42 de 49 países en este nivel con un índice de 0,832, en contraste con Colombia que ocupa el puesto 97 con 0,720 en el grupo de países que presentan Desarrollo Humano Alto de 55 países con los cuales comparte este nivel de desarrollo (31).

Al analizar la desigualdad mediante el Coeficiente de Gini, el de Colombia es de 53,5 y el de Chile de 50,5. Esto significa que la disparidad en el ingreso, la brecha entre ricos y pobres, la existencia de la desigualdad social en ambos países representa diferencias significativas pues aunque son tres puntos, los riesgos

sociales y la fragilidad económica, que se refleja a través de este estudio por la encuesta de hogares, sitúa a las poblaciones en regiones de desigualdad como Colombia donde se presentan elementos desfavorecedores para el desarrollo humano, que se relaciona con problemas de acceso y calidad a los bienes y servicios sociales, realidad susceptible de ser abordada a manera interpretativa con la APS (32).

Respecto a la manera cómo funcionan sus sistemas de salud, se encuentran las siguientes diferencias:

El sistema público de salud **chileno**, se denomina Sistema Nacional de Servicios de Salud-SNSS y está compuesto por el Ministerio de Salud y sus organismos dependientes: el Instituto de Salud Pública, la Central de Abastecimiento, el Fondo Nacional de Salud-FONASA y la Superintendencia de Salud. Este sector cubre aproximadamente a 70% de la población, incluyendo a los pobres del campo y las ciudades, la clase media baja y los jubilados, así como los profesionales y técnicos con mejores ingresos que eligen sumarse a él. Se financia con impuestos generales, contribuciones obligatorias y copagos a través del FONASA. Aunque utiliza su propia red de Servicios de Salud Regionales y el Sistema Municipal de Atención Primaria, también contrata con el sector privado, que se financia con contribuciones obligatorias mediante las Instituciones de Salud Previsional-ISAPRE, cubriendo un poco más del 17% de la población de mayores ingresos. Por otro lado, los accidentes laborales y enfermedades profesionales son atendidos por mutuales para el 15% de la población. Un 10% de la población está cubierta por los Servicios de Salud de las Fuerzas Armadas. Los trabajadores independientes pueden elegir afiliarse directamente al FONASA o alguna ISAPRE (21).

En **Colombia** el SGSSS, cuenta con dos regímenes, el contributivo-RC y el subsidiado-RS. El RC afilia a los trabajadores asalariados, pensionados y a los independientes con ingresos iguales o superiores a un salario mínimo. El RS incluye a todas las personas sin capacidad de pago. La cobertura combinada de los dos regímenes llega a más del 90% de la población. También existen Regímenes Especiales-RE que cubren a las Fuerzas Militares, la Policía Nacional, la Empresa Colombiana de Petróleos-ECOPETROL, el Magisterio y las universidades públicas.

El RC se financia mediante cotizaciones de sus afiliados. El RS opera con base en un subsidio cruzado del RC más otros fondos fiscales procedentes de impuestos generales. La afiliación al SGSSS es obligatoria, mediada por las denominadas EPS, públicas o privadas, que ofrecen planes de servicios como el Plan Obligatorio de Salud-POS. Las EPS transfieren los fondos recaudados por

concepto de cotizaciones al Fondo de Solidaridad y Garantía-FOSYGA, el cual paga a las EPS el valor equivalente a la unidad de pago por capitación-UPC ajustado por riesgo, de acuerdo con el número de afiliados que tenga cada una de ellas. Tanto la UPC como el POS son establecidos por el gobierno.

Los proveedores de atención son las IPS, públicas o privadas, algunas pertenecientes a las EPS, pero en todo caso son contratadas por éstas. El sector privado ofrece seguros a población de mayores recursos, que también suele acudir a la consulta privada. Parte de la población de medianos ingresos acude a consulta privada con gasto de bolsillo, generalmente por deficiencias del sistema (33).

Según esta descripción se evidencia como a través de arreglos institucionales diferentes se constituyen los sistemas —sean éstos dual el chileno o plural el colombiano— los dos modelos de reforma del sector de la salud intentan resolver problemas similares como incrementar la eficiencia y garantizar el acceso universal a los servicios de salud. Sin duda, están siendo sometidos a cambios fundamentales con relación a sus usuarios y a sus modalidades organizativas y financieras, y están evolucionando hacia una configuración más pluralista basada en la competencia (34).

Aunque con trayectorias históricas distintas, **Chile** y **Colombia** comenzaron a poner en práctica las orientaciones sobre APS emanadas de la Declaración de Alma-Ata de 1978. Esta primera fase, aunque tuvo desarrollos desiguales, fue posteriormente afectada, también de forma diferente en cada país por las reformas con orientación de mercado de los sistemas de salud. El subcomponente público de los sistemas, del cual depende la APS, generalmente está diseñado para la protección de la población sin capacidad de pago y la población trabajadora de menores ingresos. Aunque con modelos distintos de administración de los fondos de aseguramiento, las instituciones administradoras se encargan de la gestión de los riesgos, del manejo de los recursos del financiamiento, del acceso de los afiliados y de la contratación de la prestación.

Actualmente en **Colombia** los programas de promoción de la salud, APS y salud pública están fragmentados en temáticas específicas, independientes, fundamentados en diversos enfoques teóricos y metodológicos, centrados en problemáticas y propósitos concretos en respuesta a directrices de cada administración. Algunas ciudades han puesto en marcha estrategias para mejorar el acceso y la calidad de los programas de salud pública, tales como mejoramiento de la infraestructura del primer nivel de complejidad, desarrollo de programas específicos con enfoque de APS, acciones extramurales con equipos de salud interdisciplinarios en inducción de la demanda. Estos esfuerzos chocan con las barreras de acceso derivadas de estrategias de mercado y contención de costos

establecidas por las aseguradoras (10,17) este modelo de APS es previo a la política Política de Atención Integral de Salud y Modelo Integral de Atención en Salud, de reciente definición y en proceso de puesta en práctica.

4.4.1 Unidad de análisis. Cada caso se constituye en la unidad de análisis, teniendo en cuenta los criterios de selección de los casos ya expuestos.

4.5 Fuentes y recolección de la información

Este estudio recogió datos de múltiples fuentes: como lineamientos, informes, índices, planes de desarrollo, documentos sociales, de la administración pública, informes de medios de comunicación y literatura de acceso público, gris y entrevistas semiestructuradas. El primer paso para el proceso de selección de casos, fue el muestreo de los documentos clave, registros de archivos.

Los documentos ayudaron a: describir los modelos de desarrollo de los países seleccionados en términos de sus generalidades y posteriormente según su alcance redistributivo, la promoción de la diversidad y la participación política y social; a caracterizar los sistemas de salud de los países, en términos de sus principios de universalidad, integralidad, interculturalidad, financiamiento y equidad en el acceso, y para caracterizar la APS se focalizaron los componentes integralidad, participación comunitaria, intersectorialidad, interculturalidad, acción sobre los determinantes sociales y equidad (33).

4.6 Técnicas e instrumentos

Para la caracterización de los modelos de desarrollo, los sistemas de salud y la APS se realizó una revisión de la literatura, que dio cuenta de cómo las unidades de análisis establecen niveles de comprensión en la interrelación de estos elementos.

4.7 Procesamiento y análisis

El proceso de recopilación, análisis de datos e interpretación de la información según las unidades de análisis y categorías establecidas, se desarrolló orientado en los siguientes elementos:

El desarrollo interpretativo se hizo en tres niveles de análisis complementarios e interdependientes. Primero, se identificó un marco de reflexión conceptual sobre los modelos de desarrollo, los sistemas de salud y la APS.

Acto seguido, se caracterizaron los modelos de desarrollo según su modelo económico, el rol del estado y la participación del mercado en sus políticas; los sistemas de salud de Chile y Colombia en términos de su estructura, financiación y organización, así como los enfoques, principios y criterios de la APS como estrategia viable para organizar sistemas de salud, instituyentes de prácticas de cuidado e incidencia social para alcanzar la equidad en salud.

Por último, se identificó desde los modelos de desarrollo, específicamente en sus políticas redistributivas, la promoción de la diversidad y la participación social y los sistemas de salud; así como desde el sistema de salud, cuales son los atributos que permitieron determinar la viabilidad de la APS como orientación a ser incorporada en sus aspectos programáticos, es decir, partiendo del marco del bienestar y sus interrelaciones sociales, económicas y políticas con el sector salud. En este sentido, los insumos de carácter interpretativo que se desprendieron de las acciones enunciadas, dieron elementos de análisis que, convertidos en posibles tensiones, proyectaron los niveles de legitimidad de esta estrategia entre sus praxis y sus postulados de acción para cada país.

4.8 Resultados esperados

- Capítulo 1. Producto de revisión de la literatura sobre teorías y conceptos relacionados con los modelos de desarrollo, desarrollo humano, la conceptualización de salud, promoción de la salud y bienestar. Los sistemas de salud y la APS. Con el fin de establecer el marco referencial que guió el análisis de esta monografía.
- Capítulo 2. Descripción de los modelos de desarrollo, los sistemas de salud y la APS de Chile y Colombia.
- Capítulo 3. Documento analítico con las características identificadas entre modelos de desarrollo, los sistemas de salud y los principios de la APS que permitieron determinar su viabilidad como orientación a ser incorporada en las políticas sociales de salud.

4.9 Consideraciones éticas

Teniendo en cuenta los lineamientos de la Resolución 8430 de 1993 del Ministerio de la Protección Social, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, este proyecto clasifica como investigación de sin riesgo dado que es una revisión de información de fuentes secundarias.

5. Resultados

5.1 Capítulo 1 Un marco de reflexión

«Una sociedad humana que aspira a ser justa tiene que suministrar las mismas oportunidades de ambiente físico, cultural y social a todos sus componentes. Si no lo hace estará creando desigualdades artificiales.» Héctor Abad Gómez

Los modelos de desarrollo de cada país han pasado por diferentes reconfiguraciones de sus sistemas económicos, han contado con una manera particular de establecer el rol del estado y de regular la participación del mercado en sus políticas sociales, lo cual es coherente en su lógica y contenido con los sistemas de salud en como estos se encuentran organizados en términos de la adopción de sus principios y valores.

Esto ha permitido, en mayor o menor proporción, la instauración y desarrollo de estrategias para orientar sus sistemas de salud con miras al bienestar y la justicia social. Para analizar lo que implican las diferentes apuestas de Colombia y Chile por su desarrollo y establecer la relación que tienen con la APS, es necesario contar con un escenario de reflexión que permita dilucidar la diferencia entre el crecimiento económico y el desarrollo humano, este último, enfoque transversal a las búsquedas desde Alma Ata cuna de la APS, como respuesta a las inequidades identificadas.

De esta manera, el primer capítulo es producto de la revisión de la literatura sobre teorías y conceptos relacionados con modelos de desarrollo, el desarrollo humano,

la salud, la promoción de la salud y bienestar, los sistemas de salud y la APS, con el fin de establecer el marco referencial y desarrollar las categorías que guiarán el análisis monográfico, las cuales se precisarán a lo largo del texto.

5.2 Modelos de Desarrollo y Perspectivas del Desarrollo Humano

El concepto de desarrollo y la semantización de lo humano han seguido ritmos diferentes en las prácticas económicas y políticas de los países que han hecho necesario considerar propuestas teóricas para develar sus relaciones ontológicas y sociológicas. En este escrito se pretenden dilucidar algunos elementos de ambos términos en relación con la salud, la dignidad humana y las estrategias que permiten, en el marco de los sistemas de salud, hacer que estas sean un fin alcanzable.

El desarrollo se convierte en las condiciones y aspiraciones que tienen trazabilidad para la organización de una nación tanto de manera objetiva como subjetiva. Helio Jaguaribe determina que los modelos de desarrollo “pueden entenderse como un proyecto nacional que es suscitado por la necesidad sentida de una comunidad en construir y mantener en funcionamiento un mecanismo jurídico - político que imprima efectos prácticos a su unidad social y geográfica”. Los modelos de desarrollo incluyen acciones de planificación, estructuras políticas y lógicas económicas que se determinan en medios y fines para alcanzar progresos; en la medida que puedan cohesionarse, surge la garantía de derechos con elementos de sustentabilidad para cumplir sus propósitos (1).

De lo anterior se tienen dos miradas del desarrollo; una como crecimiento económico y la otra desde aspectos relacionados con lo humano en lo concerniente a niveles de satisfacción de necesidades básicas de las personas o sus dimensiones de realización. Desde el crecimiento económico el desarrollo se entiende como la posesión de bienes y servicios; el progreso se asocia con la capacidad económica para producirlos, siendo el ingreso real de un país o región el que se puede medir a través de su PIB. “El PIB representa el resultado final de la actividad productiva de las unidades de producción residentes. Se mide desde el punto de vista del valor agregado, de la demanda final o las utilidades finales de los bienes, servicios y de los ingresos primarios distribuidos por las unidades de producción” (2).

De esta manera, la perspectiva de crecimiento económico centra su eje de análisis en tres elementos: crecimiento, ingreso y bienes como fines del mismo. “En el

enfoque tradicional de la economía del desarrollo, la industrialización, la rápida acumulación de capital, la utilización de la fuerza de trabajo desocupada, la planeación y la intervención activa del Estado en la economía aparecen, en ese orden, como los objetivos de las políticas del desarrollo” (3). En resumen, los modelos de desarrollo con un enfoque de crecimiento económico centran su interés en la ampliación de recursos y optimización del ingreso de un país, asumiendo a las personas y su capacidad productiva o focalización del gasto para la inversión como medio para el desarrollo (4). La otra mirada del desarrollo es la correspondiente a las personas, la cual establece que sus niveles de realización, la garantía de derechos, el equilibrio en las formas de vida y las opciones humanas desde la sustentabilidad, son la medida más determinante para trazar la calidad de vida.

Esto implica comprensiones más amplias del desarrollo que, como proceso y no como fin en sí mismo, corresponde a una interactividad de elementos -desarrollo de políticas, acceso a bienes y servicios sociales, disponibilidad de medios en condiciones de dignidad y equidad- que conciernen con la ampliación de capacidades fundamentales y garantía de derechos para el cultivo de libertades humanas. Se entiende que la medida de los elementos de impulso social más que lo material se debe orientar hacia la pregunta sobre lo qué son las personas y lo que son capaces de hacer en sus contextos de acción (5). La perspectiva de desarrollo situada en lo humano será entonces un eje de reflexión, pues los elementos sociales que lo influyen desde el contexto de salud han trazado sus relaciones con la concepción integral, los sistemas de salud y la APS para cada país de estudio.

Para Carlos Zorro (5) “Hablar de Desarrollo Humano implica, no partir de un entendimiento cabal que quizás se encuentre más allá de nuestro alcance, sí no de un ejercicio intelectual que conduzca a adoptar una idea de lo “Humano” suficientemente sólida para sustentar el concepto de “Desarrollo” y orientar las acciones que desde múltiples esferas se emprenden hoy con miras a promoverlo y alcanzarlo”.

En este trabajo monográfico es necesario reconocer esta diferencia, dado que la APS en Colombia o Chile está situada en un contexto donde marca la pauta ya sea el crecimiento económico o la realización humana y el derecho al grado máximo de salud alcanzable, la solidaridad y equidad, es decir su apuesta es por las personas y su desarrollo y no en los bienes que puedan alcanzar.

A continuación, se hará mención a tres perspectivas alternativas de desarrollo donde se complementan las posturas sociales no solo sustentadas en el capital

sino en los procesos y resultados que se convierten en aspiraciones políticas, filosóficas y antropológicas de lo humano en sus esferas de realización.

La primera perspectiva del Desarrollo Humano es la propuesta por Max Neef donde se señala que el desarrollo en una cultura determinada “son las personas, no las cosas” y su postulado básico es que éste se concentra y sustenta en la satisfacción de las necesidades humanas fundamentales, las cuales están conformadas por un sistema interrelacionado de factores que interactúan unos con otros, presentes en toda cultura y periodo histórico (6).

La escala de desarrollo humano desde las necesidades no conforman una jerarquía rígida, no son infinitas ni progresivas, sino que son clasificables y permanentes. Estas a su vez se presentan de dos formas: Necesidades axiológicas de subsistencia, participación, afecto, entendimiento, participación, ocio, creación, identidad y de libertad. Y necesidades existenciales ser, tener, hacer, estar. Así entonces, la destinación de satisfactores ante las necesidades de las personas son los medios que se utilizan para dar respuesta y cambian según la sociedad. Este elemento es lo que distingue a una cultura de otra; el acceso y calidad de los servicios de salud, educación, recreación, alimentación, etc, son satisfactores o bienes económicos que se disponen para satisfacer verdaderas necesidades como personas (6).

La segunda propuesta para leer el desarrollo sustentado en lo humano es la planteada por el PNUD, que se entiende como “un proceso mediante el cual se ofrece a las personas mayores oportunidades; las más importantes son una vida prolongada y saludable, educación y acceso a los recursos necesarios para tener un nivel de vida decente” (7).

Con base en lo anterior, es posible establecer que el Desarrollo Humano se encuentra asociado a la garantía de derechos como oportunidades para las realizaciones humanas fundamentales, es decir la cadena de servicios sociales que desde los derechos económicos, civiles y políticos deben darse como respuesta institucional en un Estado determinado (7). “El proceso de desarrollo debe por lo menos crear un ambiente propicio para que las personas puedan desarrollar todos sus potenciales y contar con una oportunidad razonable de llevar una vida productiva y creativa conforme a sus necesidades e intereses. El desarrollo humano se refiere más a la formación de capacidades y a su uso, ya sea en el trabajo, el descanso o las actividades políticas y culturales” (7).

La tercera y última contempla las posturas de Amartya Sen desde las libertades y las de Martha Nussbaum, de capacidades, que se describen a continuación. Para Sen: “El desarrollo es un proceso de expansión de libertades reales que disfrutan los individuos”. Este proceso es sinónimo de Desarrollo Humano y para ello debe existir una plataforma de oportunidades que aseguren los niveles de elección personal y social que se constituyen como medios en una cultura determinada. Sen define la libertad como una «construcción social» que se amplía, pero no es absoluta, pues está limitada por las oportunidades de las que se disponga para satisfacer las necesidades concretas (8).

Por su parte Nussbaum, indica que el enfoque de capacidades parte de los derechos, relacionando su materialización con la justicia desde las premisas del contrato social. Así mismo, retoma las necesidades de ciertos bienes básicos en la vida de los seres humanos, considerados como “bienes primarios” pero también estableciendo que hay deberes fundamentales en la justicia global como lo es no utilizar a las personas como medios del desarrollo, sino como fines de dignidad humana. Advierte además que existen disparidades en el orden social y sus búsquedas ético-políticas requieren una preeminente atención: justicia hacia los discapacitados, hacia los animales y entre las diferentes naciones (9).

Desde esta postura se pueden establecer niveles de desarrollo que tienen como búsqueda la dignidad humana, lo que para la autora se entiende como la capacidad de vivir bien, vivir sin humillaciones y decidir la vida que se quiere vivir; esto aportaría una descripción parcial de la justicia social básica a través de una lista de las capacidades centrales como criterio de contrapartida a los enfoques económicos predominantes y utilitaristas en una lógica del mercado o de bienes materiales. Nussbaum aborda esta cuestión directamente, presentando su lista actual de “Diez Capacidades Centrales Funcionales Humanas” (10):

- Vida. Ser capaces de vivir hasta su fin, sin morir prematuramente o antes de que se reduzca a algo que no merezca la pena vivir.
- Salud corporal. Ser capaces de gozar de buena salud, incluyendo la salud reproductiva, estar adecuadamente alimentado y tener una vivienda adecuada.
- Integridad corporal. Ser capaces de moverse libremente de un lugar a otro; que los límites físicos propios sean considerados soberanos, es decir, poder estar a salvo de asaltos, incluyendo la violencia sexual, los abusos sexuales infantiles y la violencia de género; tener oportunidades para disfrutar de la satisfacción sexual y de la capacidad de elección en materia de reproducción.

- Sentidos, imaginación y pensamiento. Ser capaces de utilizar los sentidos, de imaginar, pensar y razonar, y de hacer estas cosas de una forma realmente humana, es decir, informada y cultivada, gracias a una educación adecuada, que incluye, pero no está limitada, al alfabetismo, la formación matemática y científica.
- Emociones. Ser capaces de tener vínculos afectivos con cosas y personas ajenas a nosotros mismos; amar a los que nos aman y nos cuidan y sentir pesar ante su ausencia; en general, amar, sentir pesar, añorar, agradecer y experimentar ira justificada. Poder desarrollarse emocionalmente sin las trabas de los miedos y ansiedades abrumadores, ni por casos traumáticos de abusos o negligencias.
- Razón práctica. Ser capaces de formar un concepto del bien e iniciar una reflexión crítica para la planificación de la vida. Esto supone la protección de la libertad de conciencia.
- Afiliación. A) Ser capaces de vivir con otros y volcados hacia otros, reconocer y mostrar interés por otros seres humanos y comprometerse en diversas formas de interacción social; ser capaces de imaginar la situación del otro y tener compasión hacia esta situación; tener la capacidad tanto para la justicia como para la amistad. Esto implica proteger instituciones que constituyen y alimentan tales formas de afiliación, así como la libertad de asamblea y de discurso político. B) Teniendo las bases sociales del amor propio y de la no humillación, ser capaces de ser tratados como seres dignos cuyo valor es idéntico al de los demás. Esto implica, como mínimo, la protección contra la discriminación por motivo de raza, sexo, orientación sexual, religión, casta, etnia u origen nacional.
- Otras especies. Ser capaces de vivir interesados y en relación con los animales, las plantas y el mundo de la naturaleza.
- Capacidad para jugar. Ser capaces de reír y disfrutar de actividades de ocio.
- Control sobre el entorno. A) Político. Ser capaces de participar eficazmente en las decisiones políticas que gobiernan nuestras vidas; tener el derecho de participación política junto con la protección de la libertad de expresión y de asociación. B) Material. Ser capaces de poseer propiedades, tanto tierras como bienes muebles, no sólo de manera formal, sino en términos de una oportunidad real; tener derechos sobre la propiedad; buscar un empleo en condiciones de igualdad con otros, ser libres de registros y embargos injustificados.

Con lo anterior, se identifica que potenciar las capacidades solo es posible con una realización de los derechos que permita en un nivel afirmativo de la dignidad, dar respuestas concretas a las preguntas sobre lo que las personas son y lo que son capaces de hacer en sus contextos de interacción, es decir, trazar umbrales de garantía para la búsqueda de las libertades humanas en todos los países, como un fin transnacional. Deteniéndose de este modo, en las situaciones que impiden acceder a la igualdad de medios para agenciarse en capacidad y libertad. La salud se constituye entonces, en una discusión central de la justicia social y los aspectos materiales que en bienes humanos se destinan para su garantía.

Después de reconocer las alternativas de desarrollo descritas, estas serán útiles para desde un análisis interpretativo de los diferentes momentos históricos de los países, en términos de sus modelos económicos y el rol del Estado, reconocer cuales han sido los cambios en la manera de organizarse y en qué momentos la apuesta ha sido por un modelo que abogue por lo humano. Además de la comprensión de lo que implica el crecimiento económico y el desarrollo humano, dada la importancia del contexto para la posibilidad de concebir la APS como un asunto integral, como una manera de organizar los sistemas de salud y reducir la inequidad, para esta monografía es necesario conocer también de los modelos de desarrollo, tres aspectos específicos priorizados por la autora del estudio: las políticas redistributivas y de la participación social.

Las políticas redistributivas reconocidas como intervenciones que el Estado puede realizar para crear las condiciones de superación de la pobreza pueden clasificarse de diversas maneras: de oferta o de demanda, de impuestos o de gastos y, según su clasificación, de transferencia y por requisitos. Estas son las llevadas a cabo por los gobiernos y tienen efectos sobre la distribución del ingreso.

Las **políticas distributivas de oferta** son aquéllas donde se subsidia la producción de ciertos bienes o servicios, o se reducen los impuestos aplicables a su producción para reducir su precio final y hacerlos más accesibles para la población. Este tipo de políticas suelen tener un efecto redistributivo indirecto ya que generan mayor ingreso disponible para incrementar el consumo mediante la reducción de la participación de los bienes subsidiados en el consumo total de la población. Un ejemplo son los subsidios al transporte de pasajeros o a los consumos de electricidad o gas. Las **políticas distributivas de demanda** son destinadas a incrementar el consumo de la población de forma más directa, a través de transferencias o de incrementos en el monto total disponible para gastar (11).

En el otro tipo, se puede distinguir entre las **políticas de impuestos**, que se producen cuando se reduce la carga de estos sobre las clases de menos ingresos y/o se eleva en las de más y las **políticas de gastos**, donde se realizan distintos tipos de gasto desde el Estado para generar la redistribución del ingreso, como subsidios a los precios de los servicios públicos. Los impuestos pueden ser regresivos o progresivos, un impuesto progresivo es aquel cuya tasa de tributación o tarifa aumenta en la medida en que el ingreso aumenta, con lo cual el agente que más ingresos recibe debe pagar mayores impuestos porcentualmente. Por ejemplo, el impuesto de renta es considerado un impuesto progresivo en la medida en que los agentes con mayores ingresos deben pagar una tasa más alta. Por el contrario, un impuesto regresivo es aquel en el que se capta un porcentaje menor en la medida en que el ingreso aumenta. Un ejemplo de impuesto regresivo es el IVA a los bienes básicos porque afecta en mayor proporción a los agentes con menores ingresos.

Según el **tipo de transferencia** la misma puede ser en *dinero o en especie*, según si lo que se transfiere es dinero en efectivo exclusivamente, o cualquier otro tipo de transferencia, ya sea en bienes y/o servicios, o en dinero para uso exclusivo. Un ejemplo son los cupones para compras en supermercados ya que, si la transferencia fuese en efectivo, se podría destinar el dinero a comprar otro tipo de bienes (11).

En cuanto a los **requisitos** las transferencias pueden ser *condicionadas o no condicionadas*, aduciendo esto a si los receptores de estas deben presentar ciertas condiciones para ser beneficiarios de la política o no. Las transferencias no condicionadas suelen ser las menos utilizadas, ya que no permiten realizar una buena focalización en los grupos de interés para redistribuir el ingreso. Un caso práctico de transferencias condicionadas es el de la Asignación Universal por familia en Colombia a cargo del Departamento de Prosperidad Social, donde se deben cumplir las condiciones de que el sustento familiar se encuentre desempleado formalmente, y que los niños por los cuales se recibe la transferencia estén inscritos en la escuela y tengan la libreta con los controles médicos al día (11).

Otra de la categoría a tener en cuenta para el análisis de los modelos de desarrollo es la promoción de la participación social y comunitaria, esta permite a los individuos reconocerse como actores, tanto al ofrecerles la oportunidad de identificar intereses, expectativas y demandas comunes, como al reconocerles la capacidad de llevar a cabo acciones colectivas con autonomía frente a otros actores sociales y políticos lo que, como es obvio, involucra relaciones de poder.

Así, las iniciativas de democracia participativa resaltan la dimensión pública y ciudadana de la política, bien sea por medio de la movilización de sectores sociales interesados en la realización de determinadas políticas públicas, bien a través de la transformación/flexibilización de las instituciones representativas para que abran las puertas a la voz de los ciudadanos (12, 13).

5.3 Salud como concepto en construcción

La conceptualización de la salud ha estado ligada a múltiples enfoques, con cambios históricos importantes que han marcado su abordaje desde medios y fines sociales. Según la OMS " La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades" (14). Algunas definiciones, incluyendo la anterior, conciben la salud como un "estado" de equilibrio donde coinciden condiciones óptimas e ideales. Tal "estado" se opone a la enfermedad como algo definitivo que se tiene o no; desde este enfoque no es posible estar sano y enfermo al mismo tiempo. Por otra parte, las condiciones óptimas que definen los estados de salud rara vez se presentan en la realidad en tanto coexisten situaciones que la deterioran.

Varios autores han criticado estos enfoques considerando que el término estado remite a un momento ideal, absoluto, estático y difuso en el tiempo, prefieren hablar de salud como un proceso dinámico, sujeto a cambios a través de la historia tanto personal como de grupo. En tal sentido fue propuesto el término "proceso salud-enfermedad" como noción integradora (15).

La categoría proceso salud-enfermedad logró vincular el dinamismo a la conceptualización de bienestar, asumiéndolo como todo lo contrario a lo estático, a lo inmóvil, a lo no modificable, indicando relación. El proceso salud-enfermedad implica articular elementos internos de esa polaridad, que hacen posible ver más allá del campo bionatural; la integración de la idea de proceso a la conceptualización sanitaria implicaba, pues, un dinamismo nuevo y el reconocimiento de una apertura a la dialéctica que se da entre salud y enfermedad. En este punto, se posiciona una nueva comprensión donde la salud se convierte en una experiencia personal que es situada en interacción sociocultural; se establece desde un abordaje multidimensional con reciprocidad del ambiente y, ese orden de relaciones e interacciones mutuas trae consigo un énfasis especial, justamente sobre la salud y los procesos vitales que la constituyen (15).

Ya la preocupación entonces no es la comprensión y el discurso de la enfermedad, sino las experiencias personales y hechos sociales que instauran otras lógicas de abordaje académico, científico y social de estos dos términos. De una visión unidimensional de la salud se pasó a entenderla como proceso no dicotómico y se conjuga con otras dimensiones más integrales y situacionales nombradas como bienestar.

En este sentido emerge la categoría *salud integral*, que se entiende como el acompañamiento al bienestar de las comunidades e individuos de una forma sistemática e intersectorial; no se agota solo en los medios curativos o de la atención de los servicios de salud, y se posiciona con la continuidad del cuidado. Es decir, con el concurso de otros sectores que no necesariamente se encuentran en el plano de lo preventivo y/o lo curativo, trascendiendo a los discursos de formas de vida sana. Esta acepción de la salud como elemento multidimensional, correlaciona los aspectos del contexto, la educación como dimensión que fomenta capacidades personales y sociales; la participación, como medio central para incidir en el empoderamiento de los grupos en sus situaciones de salud y que pueden ser barreras para su bienestar de las comunidades (16).

La conceptualización de la salud integral se constituye entonces en una premisa básica de la promoción de la salud estableciendo que las condiciones individuales y colectivas son elementos que se componen también en dimensiones sociopolíticas y culturales, y no solo, como experiencia individual. Alma Ata, relaciona estos contenidos de significancia social en la salud a través de la acción de los gobiernos, pues es importante “cuidar la salud de sus pueblos, obligación que sólo puede cumplirse mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas que les permita llevar una vida social y económicamente productiva. La APS es la clave para alcanzar esa meta como parte del desarrollo conforme al espíritu de la justicia social (17)”, derivando de este modo una actuación más amplia de los sistemas de salud con reclamo social; la salud como bien público que se ejerce desde los derechos.

En suma, el concepto de salud es interactivo, situado, no estático y nunca acabado. Sus aspiraciones para el estar bien tanto en el plano individual como desde la experiencia colectiva presentan ritmos que se constituyen en desarrollo e impulsan a las capacidades de sujetos y comunidades para su empoderamiento. Es así como la salud integral se convierte en el concepto central que guía las lógicas comprensivas de esta monografía, sobre la cual, para hablar de APS, es preciso delinear los recursos sociales y personales, así como las aptitudes físicas que los servicios y programas deben acompañar intersectorialmente disponiendo los medios necesarios para beneficiarla y brindarle calidad de vida a las comunidades.

5.4 Promoción de la salud y el bienestar

Desde la declaración de Alma Ata se proporcionaron una serie de valores, principios, nociones conceptuales y metodológicas que constituyen un amplio enfoque de la salud, indicando que la APS es parte integral del sistema de salud, del que constituye la función central y núcleo principal. De acuerdo con los valores proclamados en esta declaración la salud se concibe como un derecho fundamental de todos los pueblos cuya realización exige la intervención del Estado y, además del sector salud, el aporte de todos los sectores sociales y económicos (17).

Seis años más tarde de Alma Ata, en la carta de Ottawa en 1984, se retoman los progresos alcanzados como consecuencia de la Declaración sobre la APS, y se posiciona la salud no solo como el objetivo sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Desde allí se reafirma que la promoción de la salud es una de las vías para alcanzarla, viéndose con un carácter intersectorial, con acciones conducentes a alcanzar sus niveles máximos donde la salud es un elemento político de incidencia pública y comunitaria (18).

Para Chapela la salud es capacidad de actuar sobre el presente con realizaciones de futuro, se construye en corresponsabilidad y en acuerdos sociales que permiten preservar la vida en todas sus dimensiones, al respecto señala que (19): “En la Carta de Ottawa la salud se concibe como un recurso, una capacidad que no aparece en la definición estática de la OMS. Esta capacidad se ve como responsabilidad individual y colectiva de controlar la vida presente en donde la responsabilidad del gobierno y otras instituciones, reside en asegurar condiciones que hacen posible el desarrollo de la capacidad saludable de la población.

En la idea que el control de la vida presente tiene sentido solo en la perspectiva de futuros que diseñan individuos y colectivos, se revela la naturaleza dinámica de la salud que en esta proposición no es una condición o estado sino una capacidad humana aparte de la enfermedad, transformándola en uno de los múltiples factores que pueden limitar el desarrollo de la capacidad humana saludable. Esta definición está intentando acercarse al fundamental reconocimiento de aspectos objetivos y subjetivos del sujeto y su entorno para actuar a favor de la salud” (19).

La promoción de la salud asume entonces como principio entender que ésta es derecho humano fundamental y se visualiza como constructo inclusivo de índole colectiva, como factor determinante de la calidad de vida que abarca el bienestar

mental, espiritual y es considerada como función medular de la Salud Pública que contribuye no solo a intervenir con las enfermedades transmisibles, las no transmisibles y otras amenazas para esta, sino como una ética de lo público con propuestas que permitan reflexionar y actuar sobre las barreras que por las estructuras sociales preexisten, convirtiendo en obstáculo la búsqueda de la Salud para Todos (19,20).

Tener presente esta construcción del concepto de la salud y la promoción de la misma permitirá identificar e interpretar en la literatura revisada para esta monografía, la concepción y por tanto el alcance que cada país le da, tanto en términos de lo que implica el bienestar como fin nacional, pasando el enfoque del sistema de salud y por consiguiente el desarrollo de los procesos de APS.

5.5 Sistemas de Salud

Una justicia posibilitadora del bienestar requiere de elementos de gestión y administrativos que se conocen como sistemas de salud que, según la OMS: “son organizaciones, instituciones, recursos y personas cuya finalidad es abordar las limitaciones relacionadas con la dotación de personal e infraestructura sanitaria, los productos como equipos y medicamentos, la logística, el seguimiento de los progresos y la financiación eficaz del sector. Es la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuya finalidad primordial es mejorar la salud” (21).

Londoño y Frenk debatieron este argumento de la OMS para referirse a los sistemas de salud y anotan que estos, con frecuencia, son vistos como una colección simple de organizaciones y no como un conjunto de relaciones estructuradas entre dos componentes fundamentales: las poblaciones y las instituciones. Resaltan que los diversos grupos de población presentan condiciones que constituyen necesidades de salud, las cuales requieren de una respuesta social organizada por parte de las instituciones. Así es como cada sistema de salud se estructura a través de ciertas funciones básicas, las mismas que las instituciones tienen que desempeñar a fin de satisfacer las necesidades de salud de las poblaciones. De este modo se plantea una distinción importante entre servicios de salud personales y públicos, concentrándose gran parte de lo destinado a la salud en los servicios personales, es decir, en acciones de prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación que se aplican directamente a los individuos. Este énfasis lo justifican por el hecho que los servicios de salud personales absorben la mayoría de los recursos, y casi todos los debates de reformas del sistema se refieren principalmente a estos (22).

En contraste los servicios públicos de salud se refieren a las acciones dirigidas ya sea a las colectividades como la educación masiva en salud o a los componentes no humanos del ambiente como el saneamiento básico. Tanto para Ashton y Seymour, como para Frenk, la salud pública rebasa el ámbito de las acciones que caen dentro del dominio del sector salud definido de manera estrecha, para incluir también la interacción con los demás sectores que tienen influencia en la salud de las poblaciones (22).

En complementariedad con la anterior definición Ruales propone que el sistema de salud debe entenderse como algo más amplio que la atención en la salud, dado que sus componentes centrales son: la sociedad civil y el mercado, el sector público no estatal y el propio Estado. La salud pública se encuentra como parte del sistema de atención en el sector privado, en el sector público no estatal y en el estatal (23).

Así, los sistemas de salud se posicionan desde unas lógicas de atención en salud vs procesos sociales que conciernen a sus estructuras y necesarias reformas. Por esto es preciso delimitar en este punto cuáles son las funciones de los sistemas de salud; sus implicaciones en la estructura de atención, y sus proyecciones sociales y políticas en un contexto de implementación de estrategias de promoción de la salud como lo es la APS.

Vega y colaboradores sostienen que los sistemas de salud, sus estructuras y funciones descansan en procesos más constitutivos de sentidos y búsquedas, y no solo en aspectos procedimentales u organizativos, es decir, defienden con un carácter más comprensivo la importancia de visualizar dos líneas de pensamiento que se relacionan específicamente con las conceptualizaciones del bienestar para las comunidades y como éste ha sido integrado en medios desde el sistema de salud para ser alcanzado. La primera línea obedece al propio proceso salud-enfermedad y cómo debe ser garantizado el derecho a la salud. Y la segunda desde el papel asignado al Estado y al mercado en las políticas públicas y sociales de los países en términos de la integración de los servicios de salud y su organización; además de la definición de sus funciones, la argumentación de las características de la práctica médica y el contenido de las políticas de salud (16).

De lo anterior se abren tres argumentos importantes que visualizan la conformación de los sistemas de salud, desde razones científicas, políticas y prácticas, que implica alcances e implementaciones de tres tipos: el primero, el técnico-científico; segundo, el ético-político y, tercero, relacionado con los arreglos organizacionales en términos del contenido de las políticas de salud, recursos, estructura del financiamiento, coordinación y organización de los servicios.

A continuación, se correlacionarán las dos líneas de pensamiento, la del proceso salud enfermedad y salud colectiva, con los tres argumentos descritos:

Desde el punto de vista técnico-científico, la atención médica individual y los bienes estrictamente públicos asociados al bienestar deben mantenerse separados bajo la responsabilidad del estado y sus implicaciones organizacionales. Según la concepción del proceso salud-enfermedad se ha definido la atención médica como el conjunto de servicios preventivos, de curación y rehabilitación para la asistencia a las personas individualmente bajo la responsabilidad privada (16). Desde otro lugar de acción se encuentra el bienestar colectivo y sus entornos de interacción como eje medular de los procesos de salud pública, defendiendo desde sus funciones las acciones que los sistemas de salud deben desarrollar tanto en el marco de las políticas y servicios como de las comunidades para ser operadas en un nivel de interés colectivo; el saneamiento ambiental, los programas de asistencia alimentaria, nutricional y de control de la contaminación atmosférica, entre otras (24).

Desde el punto de vista ético-político, se asume que la atención médica de los individuos es un bien privado cuyo acceso está mediado por las reglas del mercado, elección estratégica que sirve como objeto de inversión de capital privado y de transacciones de capitales en general, y sólo dejan bajo la responsabilidad estricta del Estado las intervenciones colectivas con altas externalidades positivas para la salud, en tanto que las atenciones médicas para las personas pobres sin capacidad de pago son financiadas con recursos públicos, pero se incluyen en los esquemas de mercado a través de subsidios a la demanda. En referencia con la salud colectiva se entiende esta como un derecho humano fundamental de responsabilidad pública, lo que determina no sólo el acceso a los servicios integrales de atención individual en salud para todas las personas, sin discriminaciones por capacidad de pago o de otra índole, sino también a los servicios de carácter colectivo y ambiental, que en su conjunto debe garantizar el Estado, no importa el arreglo organizacional para lograrlo (24).

Desde el arreglo organizacional de los sistemas de salud, en consecuencia con la postura técnico-científica y ético-política adoptada, se han diferenciado otras dos grandes tendencias: primera, quienes han defendido los esquemas de atención médica comercializados, o que a lo sumo admiten la coordinación o integración funcional entre los distintos subsectores –privado, público y de seguridad social– con fines de eficiencia y/o rentabilidad económica, pero que desde el punto de vista organizacional terminan en arreglos segmentados y fragmentados tanto en la atención como en el gobierno; segundo, quienes han defendido esquemas universalistas de sistemas de salud ya sea mediante el esquema de sistemas nacionales de salud o de sistemas de seguridad social, que son orgánicamente

integrados, y los cuales se establecen primordialmente con fines de solidaridad, justicia social y equidad (24).

En América Latina coexisten dos planteamientos para la consolidación y administración de los sistemas de salud que según Laurell pueden determinarse desde los que buscan un Sistema Unificado de Salud-SUS y los sustentados en los seguros de salud. Esta situación se puede evidenciar en el panorama de las reformas de los sistemas de salud, con dos tendencias que parten de una concepción básica de sistema para la garantía del derecho a la salud, pero con diferencias importantes en sus componentes de fundamentos éticos y político, cobertura y acceso, características del sistema y financiación (25).

Desde un primer lugar es posible advertir que en los SUS la salud se concibe como una necesidad humana básica que permite la realización de factores personales y el florecimiento de capacidades socioculturales, marcando el derecho a la salud como exigible y asignándole al estado un papel protagónico como responsable directo en la mediación de estos elementos.

Por otra parte, desde los seguros esta acepción del derecho a la salud cambia, no convirtiéndose en la amplitud de derecho como fundamental, si no como servicio público donde se reconoce la reclamación como una de las vías para su efectividad, así la equidad es solo vista desde un lugar redistributivo asociado a la capacidad de pago para un servicio y no como el engranaje para alcanzar la justicia social y disminuir las barreras estructurales del sistema (25).

Un segundo elemento que se encuentra entrelazado con las concepciones arriba descritas y se materializa en niveles concretos de gestión y administración, es referido a la cobertura y el acceso en que el SUS aboga por una cobertura poblacional universal que sin distinciones estratificadas brinda acceso a servicios médicos, medicamentos e insumos, de manera oportuna y de calidad en relación con las características poblacionales y territoriales.

En contraste está el de seguro, con la cobertura designada bajo una premisa de afiliación que se mide a través del costo - beneficio de una serie de paquetes de servicios que son contratados y organizados para la prestación (25).

Desde las características del sistema para la atención en salud se destaca en el SUS su fundamentación en un modelo integrado, escalonado, centrado en las colectividades y bajo las premisas de promoción de la salud, prevención de la

enfermedad y educación para la salud; por ello su referencia es territorial y se suscribe en acompañamientos desde el primer nivel generando acciones de referencia y contra-referencia hacia otros niveles de complejidad (25).

Esta característica genera que su acción sobre los determinantes sociales de la salud sea centralizada con lineamientos de rectoría claros que privilegian la acción intersectorial. En el modelo de seguros la atención se centra en las personas caracterizado por ser individual, por ello requiere instaurar estructuras sanitarias paralelas que respondan tanto a las necesidades individuales desde el sector privado como a las públicas bajo la responsabilidad del Estado. Su acción sobre los determinantes sociales es difusa en tanto presenta criterios propios de actuación que no se congregan precisamente en la rectoría del Estado y no facilita las relaciones necesarias intersectoriales para abordar los diversos asuntos desde una perspectiva de salud integral (25).

Finalmente, lo referido a la administración y su financiamiento se encuentra una gran diferencia entre el SUS y el seguro de salud; en el primero proviene de recursos fiscales, recaudados en impuestos y otras contribuciones públicas que desde un fondo único permiten ser reguladas por la autoridad hacendaria. En el segundo sus fuentes están marcadas por contribuciones de las personas y subsidios específicos desde los dos regímenes de aseguramiento en salud (25). Reforzando lo anterior, para Vega, la tendencia en Latinoamérica de organización de sistemas de salud ha sido de segmentación y fragmentación, sea por la integración funcional o su privatización y comercialización (16).

Esta organización incide en la estructura de atención, financiamiento y coordinación, que desde un abordaje sistémico e interdependiente puede ser vista a través del enfoque de determinantes sociales considerando la multiplicidad de relaciones desde las necesidades de la población que no subyacen solo en las lógicas de la atención, sino que presentan connotaciones de sentido sociales para los niveles de actuación de los sistemas de salud, interviniendo sobre los factores críticos que en el orden colectivo, se convierten en eje central del análisis reflexivo para el alcance la equidad en salud.

Una vez descrita la organización de sistemas de salud en la subregión, se hace necesario enfatizar en los términos de integralidad, intersectorialidad, participación social e interculturalidad debido que harán parte del análisis de los casos de Colombia y Chile.

5.5.1 Integralidad. Abarca un conjunto de actividades y de sentidos articulados, comprendiendo acciones individuales y colectivas en la organización de los servicios de salud, en las prácticas y modelos asistenciales y sus respectivos agentes – gestores, profesionales y usuarios – en los niveles de atención del sistema. Pensar así la salud implica comprenderla como una cuestión de ciudadanía, que corresponde al derecho que toda persona tiene a la salud. Implica relacionarla a políticas económicas y sociales vigentes, a necesidades y demandas de la población. Requiere, también, actitudes respetuosas a las personas como seres histórico-sociales, poseedores de saberes que deben ser reconocidos en la organización de los servicios y en la práctica de los profesionales. La integralidad en este campo propone la superación de la acción objetivada o solamente circunscrita a sistemas aislados del cuerpo físico, cuya concepción mecanicista reduce el enfoque de la atención a la enfermedad y negligencia la persona en su contexto (27-30).

5.5.2 Intersectorialidad. La acción intersectorial por la salud se estableció para desarrollar acciones conjuntas con otros sectores teniendo en cuenta su concepción integral para así incidir sobre procesos y condiciones que se encuentran por fuera del dominio de acción de sistemas de salud centrados en la atención de la enfermedad, al contrario debe darse una visión intersectorial que desde las políticas de salud, aboguen por un enfoque de derechos y permita tener una mirada abarcativa de los problemas sociales relacionados con el bienestar de las comunidades (28)

5.5.3 Participación social. Se entiende como la acción de actores sociales con capacidad, habilidad y oportunidad para identificar problemas, necesidades, definir prioridades, y formular y negociar sus propuestas en la perspectiva del desarrollo de la salud. La participación comprende las acciones colectivas mediante las cuales la población enfrenta los retos de la realidad, identifica y analiza sus problemas, formula y negocia propuestas y satisface las necesidades en materia de salud, de una manera deliberada, democrática y concertada (28, 29).

5.5.4 Interculturalidad. Es un concepto reciente que se desarrolla como respuesta a reivindicaciones de pueblos indígenas y de su derecho a la identidad cultural; pero también corresponde a una tendencia global de incorporar el derecho a la diferencia, que distingue y propicia la convivencia entre distintos grupos culturales en un mismo territorio (31, 32).

5.6 Atención Primaria en Salud

La OMS en la Declaración de Alma Ata definió la APS como “El cuidado sanitario esencial basado en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los 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 autorresponsabilidad y autodeterminación” (17).

Autores como Rifkin y Walt consideran que la APS es elemento fundamental de los sistemas de salud; escenario desde el cual se incide en el desarrollo social, económico y cultural de las poblaciones. Lo cual en relación con el componente ético-político de estos sistemas se constituye en las concepciones filosóficas que lo orientan hacia el bienestar, calidad de vida y equidad que permiten una connotación integral de la misma. Al respecto estos autores señalan que la APS debe ser entendida más como un proceso sistémico para desarrollar la salud y no simplemente como un conjunto de intervenciones médicas costo-efectivas, de prevención y tratamiento de enfermedades específicas prevalentes (33).

Respecto a su relación con los determinantes en salud, Vega y colaboradores afirman que la APS contiene elementos operativos que le permiten actuar frente a estos y dar respuesta integral a las demandas y expectativas de salud más comunes de las personas y las comunidades. Entre tales elementos destacan la acción intersectorial por la salud, la participación comunitaria, el acceso a los servicios de salud y la integralidad, integración y coordinación de las acciones de estos (17).

La intersectorialidad es ineludible en la medida en que el desarrollo económico y social es fundamental para el logro de una buena salud y esta, a su vez, es necesaria para alcanzar el desarrollo económico y social, mejorar la calidad de vida y la cohesión social (34).

Respecto a la participación, la APS busca su promoción en todo el proceso de desarrollo de la salud como medio para su garantía y no simplemente del uso de la participación como estrategia para que las personas acepten y cambien su comportamiento frente a las prioridades y programas de intervención definidas por los expertos o los gobiernos (34) de este modo, los sujetos se reconocen como actores, capaces de identificar intereses, expectativas y demandas comunes destinando acciones colectivas con autonomía frente a otros actores sociales y

políticos para agenciar su salud, lo que involucra tanto el reconocimiento y ejercicio de sus derechos como las relaciones de poder (35).

Así mismo, la noción de la reorganización de la prestación de los servicios de salud con criterios como la integralidad de la atención, es entendida como respuesta a necesidades individuales y colectivas a través de la integración de las actividades y servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación; el énfasis en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad; la coordinación y continuidad de la atención, la regularidad y permanencia de la relación entre el equipo de APS y la población a cargo. La precisión que el primer contacto entre los individuos y las comunidades con los servicios de salud debe entenderse en función de la equidad en la accesibilidad y utilización de los servicios según necesidad. Elementos todos que requieren de cambios en el sistema de salud, haciéndolo de cobertura, acceso universal y basado en la APS (16).

Pero esta definición de APS, centrada en los aspectos mencionados de intersectorialidad, participación y reorganización de los servicios, no se ha mantenido en el tiempo, inicialmente la concepción de la Alma-Ata que hacía énfasis en la integralidad de la APS, fue posteriormente reemplazada dada su amplitud, alto costo y cantidad de personal requerido, por un enfoque selectivo propiciado por la UNICEF y el Banco Mundial, que priorizaba la atención de un conjunto de programas como: control de crecimiento, técnicas de rehidratación oral, lactancia materna e inmunizaciones, posteriormente complementado con alimentos suplementarios, alfabetización de la mujer y planificación familiar (16).

Ese mismo modelo racional de toma de decisiones para selección de intervenciones médicas (36) costo-efectivas fue empleado posteriormente por el Banco Mundial en su enfoque de intervenciones clínicas esenciales. Un decenio después de la emergencia de la APS selectiva la lógica económica de dividir conceptualmente las acciones en salud entre “bienes públicos” y “bienes privados” permitió al Banco Mundial, y a quienes apoyaron su propuesta de política de salud neoliberal en cada país, promover las reformas con orientación de mercado de los sistemas de salud las cuales extendieron el enfoque de la escogencia de intervenciones médicas costo-efectivas de la APS Selectiva a la constitución de los planes de salud de esas reformas de mercado (37).

Esta nueva racionalidad de la política de salud entregaría al sector privado el aseguramiento y la prestación de los bienes privados, generalmente procedimientos y tratamientos de atención médica individual como los incluidos en planes de beneficios, y reduciría el papel del Estado al de regulador del mercado

de la salud y al de prestador de los bienes públicos y con altas externalidades (paquete de intervenciones convencionales de salud pública).

Junto a la APS Selectiva también se ha desplegado en los países desarrollados europeos e industrializados, el enfoque de atención básica (38) que, aunque fundamentado en valores y principios de Alma-Ata, hace énfasis en intervenciones médicas orientadas a la persona, la familia y la comunidad desde el primer nivel del sistema (39). La mayoría de las veces se refiere sólo a la puerta de entrada al sistema de salud y al sitio para el despliegue de la atención continua de la población a través de la red de servicios de salud.

Al contrario de la APS Selectiva y de la atención primaria de primer nivel, la APS Integral se considera tanto una filosofía política de la salud, como una estrategia para organizar los sistemas de atención de salud, con el fin de potenciar las condiciones de vida en las que viven y se desarrollan las personas actuando sobre sus determinantes sociales. Como una filosofía, hace énfasis en la distribución equitativa del acceso a los servicios básicos de atención de salud; en la promoción de la salud, en la prevención de la enfermedad; en la participación comunitaria, en la formulación de políticas públicas; es decir, en la planeación de programas y servicios; que desde la acción intersectorial por la salud implica la coordinación de programas y en el uso de tecnologías apropiadas (40).

Actualmente, el enfoque de Atención Primaria Integral de Salud-APIS ha sido reivindicado por la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS como estrategia clave para actuar sobre los determinantes sociales de las inequidades en salud. Este enfoque incluye el primer nivel de atención de las personas, pero extiende sus acciones a la familia, a la comunidad y a sus contextos; se articula con niveles secundarios y terciarios del sistema de salud pero no se reduce a la curación, rehabilitación, prevención y promoción dentro del sector, sino que compromete la acción de las comunidades y de otros sectores para afectar los determinantes sociales y ambientales de la salud en función de las necesidades y expectativas de la población. A diferencia de la promoción de la salud el enfoque de APS Integral incluye la atención clínica individual y se apoya en servicios de atención en salud para actuar sobre los determinantes sociales de la salud (41-43).

En palabras de Vega y colaboradores, un sistema de salud orientado por los principios filosóficos y conceptuales propios de la APS Integral tales como la noción de salud como derecho, equidad, justicia social, acción intersectorial, participación comunitaria, integralidad, interculturalidad y uso adecuado de recursos, entre otros, permite dar respuesta a las necesidades de salud de la

población orientándose, además, por criterios de calidad, responsabilidad y rendición de cuentas de los gobiernos y sostenibilidad (16).

Desde este enfoque filosófico y conceptual se pretende indagar por la implementación de la APS, según el contexto social, político y económico de cada país con énfasis en salud. En los capítulos siguientes se hará una caracterización de dichos contextos, además de un análisis de la situación de los países y así reconocer las tensiones que se dan para la APS en Chile y Colombia.

5.7 Capítulo 2 APS y Modelos de Desarrollo: encrucijadas entre bienestar y crecimiento económico. Caso Chile y Colombia

«Definir los derechos humanos básicos debería confrontar las desigualdades y el reto que suponen, en un mundo donde el poder del mercado global y las empresas multinacionales han erosionado considerablemente el poder y la autonomía de los países»
Martha Nussbaum, 2007.

La relación entre modelos de desarrollo y sistemas de salud puede verse en la concepción de la salud como derecho humano fundamental que requiere de una respuesta institucional para su realización o, por el contrario, como oferta de servicios donde la supremacía del mercado y la capacidad de pago orientan prioridades de atención y el acceso a beneficios.

En ambos casos, la participación del mercado y del Estado en los modelos de desarrollo posicionan, desde las políticas sociales, los aspectos que se relacionan con los sistemas de salud y las dinámicas que en éstos se dan para su garantía en relación con el acceso, integralidad, cobertura, universalidad y oportunidad, lo que a su vez permite según sea el trazado de garantía de derechos que el modelo de desarrollo admita, determinar si el ejercicio efectivo de los derechos, se materializa en capacidad institucional para reducir las brechas de inequidades. De esta manera la salud como indicador de acceso a oportunidades de las personas y como determinante del disfrute de sus capacidades, resulta ser una variable relevante para determinar el grado de desarrollo de un país.

Por tal razón, luego de identificar las brechas resultantes de los modelos de desarrollo basados en el crecimiento económico, la APS llega como respuesta que traza búsquedas alternativas mediante enfoques de derechos y de promoción de la salud. Desde los cuales propone acciones intersectoriales a los actores del sistema, para generar estrategias que promuevan y acerquen los servicios a las comunidades, reorientándolos para romper con el paradigma morbicéntrico y asistencial, estableciendo la participación social y comunitaria como eje central de los procesos de cambio para la reorientación de los servicios en salud.

Tal y como se abordó en el capítulo anterior la lectura del derecho a la salud en el contexto de la APS, implica identificar como la disponibilidad, aceptabilidad, accesibilidad y calidad de los servicios, representa contar con capacidad institucional de reducir las brechas de inequidades que se ven reflejadas en: la distribución geográfica de recursos para la atención en salud, la cobertura y acceso del sistema de salud, la pertinencia y la adaptabilidad a las características poblacionales con enfoque diferencial entre otros aspectos.

En este segundo capítulo se describirán las generalidades, la caracterización de los modelos de desarrollo de Chile y Colombia según su modelo económico, el rol del Estado y la participación del mercado; se abordará el funcionamiento de ambos sistemas de salud y el progreso de la APS a la luz de los conceptos presentados en el primer capítulo.

Respecto a los modelos de desarrollo, se puede apreciar que en la subregión se identifica como los años 90 abrieron paso a una renovada mundialización capitalista en su forma neoliberal cuyo impacto en América Latina fue notorio, poco participativo, provocó la reconfiguración de los modelos de los mismos evidenciado en reformas de diverso tipo que incidieron principalmente en las políticas sociales, la reducción de la capacidad del estado y la generación de inequidades entre y dentro de los países (1).

De esta manera, se puede identificar como los modelos de desarrollo se constituyen en una fuerza relevante de la salud internacional que incide claramente en la manera de como un país organiza su sistema de salud y concibe el bienestar de sus poblaciones más allá del crecimiento económico, en donde la APS permite desde una apuesta por el desarrollo humano, encontrar resonancia con los propósitos de integralidad y universalidad de los sistemas de salud de los países, en un contexto marcado por la reducción del estado.

5.8 Generalidades Chile

Según proyección del Instituto Nacional de Estadísticas de Chile, la población total estimada a 2016 es de 18.001.964 habitantes. De éstos, 8.905.405 son hombres y 9.096.559 mujeres, con una esperanza de vida al nacer para ambos sexos en promedio de 79,1 para el mismo año, de 76,1 para hombres y de 82,2 para mujeres. A 2014 la densidad poblacional alcanzó 24 habitantes por kilómetro cuadrado. La región que concentró la mayor cantidad de población del territorio nacional fue la Metropolitana y solo el 13 % vive en áreas rurales.

Según el Programa para las Naciones Unidas y el Desarrollo, Chile cuenta con un Índice de Desarrollo Humano-IDH de 0,832, es parte del grupo de países que muestran un nivel de desarrollo humano muy alto. En tanto se ubica en el puesto número 42 de la clasificación mundial*.

En contraste con lo anterior, es posible identificar que, aunque existe un crecimiento económico progresista que refleja de buena manera el éxito que han tenido las reformas económicas dadas en el país, aún persisten indicadores que erosionan el desarrollo humano y capital social. Por ejemplo, las realidades de la desigualdad muestran como en la inadecuada distribución en el ingreso se abre una brecha social que ubica a unos pocos en el lado de lo satisfecho y otros con distinta suerte que representan la insatisfacción de las necesidades básicas, pues el desarrollo no se sustenta exclusivamente en los ingresos monetarios sino en los factores que inciden en la dinámica distributiva del país, en la cual la estratificación social impide un acceso y goce efectivo a los derechos (2).

Lo que se explica para Pizarro, (3);

“En desigualdad social constituida en un rasgo social dominante en América Latina. Los impactos provocados por las formas de producción, las instituciones y los valores que caracterizan al nuevo patrón de desarrollo en los países de la región, han dejado a los grupos de bajos ingresos y a las capas medias, expuestas a elevados niveles de inseguridad e indefensión (...) en el actual período histórico la vulnerabilidad aparece como el rasgo dominante del patrón de desarrollo vigente”.

En este sentido, el acceso a los servicios y la distribución del ingreso ha caracterizado a Chile por ser un país con profundas desigualdades sociales, el

* El Índice de Desarrollo Humano (IDH) es una medida sintética para evaluar el progreso a largo plazo en las tres dimensiones básicas del desarrollo humano: una vida larga y saludable, el acceso al conocimiento y un nivel de vida digno. La vida larga y saludable se mide a través de la esperanza de vida. El nivel de conocimiento se mide a través del promedio de años de educación de la población adulta, que es el promedio de años de educación que reciben a lo largo de su vida los ciudadanos de más de 25 años; y el acceso al aprendizaje y al conocimiento se mide a través de los años esperados de escolaridad de los niños y niñas en edad escolar, que es el número total de años de escolarización que un niño o niña en edad escolar podría esperar recibir si los patrones vigentes de las tasas de matriculación por edad se mantienen a lo largo de su vida. El nivel de vida se mide a través del ingreso nacional bruto (INB) per cápita expresado en dólares internacionales constantes de 2011, utilizando las tasas de paridad del poder adquisitivo (PPA) (2).

crecimiento económico y la distribución del PIB per cápita deja ver que existen grandes tensiones políticas y económicas que aún no posibilitan asegurar un bienestar para su población.

Como se verá en este capítulo las transiciones económicas y las políticas sociales han favorecido este asunto. En América Latina y el Caribe, sólo Argentina es parte de ese mismo grupo de países, Respecto al Producto Interno Bruto para el año 2015 llegó a los USD 240.222 millones y perca pita para ese año de 23.564 dólares, y estima que en 2016 superaría los 24.000 (4).

Sin embargo, el país aún enfrenta importantes desafíos. El manejo macroeconómico y fiscal responsable proporciona una base sólida para sostener y aumentar su tasa de expansión en el mediano y largo plazo, y lograr un crecimiento más inclusivo. Pero, a pesar del fuerte crecimiento durante los últimos 20 años, el ingreso per cápita del país todavía tiene que converger con el de las naciones de altos ingresos (en 2014 el ingreso per cápita de US\$ 21.980 estaba todavía muy por debajo del promedio de US\$ 41.035 de los países de la OCDE) (5).

Por otra parte, los desafíos estructurales para impulsar la productividad y mejorar el acceso y calidad de los servicios sociales deben ser abordados para un crecimiento más inclusivo. La deficiencia energética y la dependencia de las exportaciones del cobre siguen siendo fuente de vulnerabilidad. Gracias a sus reformas estructurales ambiciosas, Chile sigue siendo un referente latinoamericano de progreso desarrollando políticas públicas creativas que regularmente son analizadas y estudiadas y que se convierten en modelos internacionales de buen Gobierno (5).

5.9 Generalidades Colombia

Según proyección Departamento administrativo Nacional de Estadística DANE, la población total estimada en 2015 fue de 48.202.617 habitantes. De éstos, 23.811.924 son hombres y 24.390.693 mujeres, con una esperanza de vida al nacer para ambos sexos de 76,2 de 73 para hombres y de 79 para mujeres, a 2014 la densidad de población de Colombia alcanzó 42 habitantes por kilómetro cuadrado. El 28% vive en áreas rurales. Según la información presentada, la población Chilena equivale al 37% de la colombiana, Por tal razón, la comparativa indica que las características sociodemográficas de ambos países, no pueden

verse de manera general, sino desde las particularidades de su estructura poblacional e histórica.

El valor del IDH de Colombia correspondiente a 2014 es 0,720 el cual posiciona al país en la categoría de desarrollo humano alto y lo sitúa en el puesto 97 de un total de 188 países y territorios. Respecto al Producto Interno Bruto para el año 2013 llegó a los 577,8 miles de millones Dólares y percapita para ese año de 7.831,22 dólares (6).

El IDH de 0,720 correspondiente a Colombia en 2014 está por debajo de la media de 0,744 correspondiente a los países del grupo de desarrollo humano alto y por debajo de la media de 0,748 correspondiente a los países de Latinoamérica y el Caribe. En Latinoamérica y el Caribe, los países que están próximos a Colombia en lo que se refiere a la clasificación del IDH 2014 y, en cierta medida, al tamaño de población son México y Brasil, que ocupan los puestos 74 y 75 de la clasificación (6).

Es por esta razón, entre las otras ya descritas, se generó la intención de estudiar a Chile y a Colombia en términos de su modelo de desarrollo, sistema de salud y APS.

5.10 Modelos de Desarrollo

Según Amartya Sen el desarrollo puede concebirse “como un proceso de expansión de las libertades reales de que disfrutan los individuos. El desarrollo exige la eliminación de las principales fuentes de privación de la libertad: la pobreza y la tiranía, la escasez de oportunidades económicas y las privaciones sociales sistemáticas, el abandono en que puedan encontrarse los servicios públicos y la intolerancia o el exceso de intervención de los Estados represivos” (7).

Para el abordaje de los modelos de desarrollo es entonces necesario delimitar a través de un análisis crítico, las condiciones en las cuales el desarrollo tiene lugar; el acceso a oportunidades que demarcan el curso del desarrollo de las personas y cómo este acceso se ve influenciado por los patrones del crecimiento económico. Es decir, para el interés de éste capítulo es importante identificar en ambos países cómo las características constituyentes del modelo de desarrollo y la influencia de

éste en el sistema de salud, pueden ser entendidas por las transiciones de los modelos económicos, el rol del Estado y la participación del mercado.

Esto permitirá esbozar los aspectos disimiles entre ambos países de acuerdo con las decisiones tomadas en el marco común de un modelo económico con corte neoliberal, específicamente en términos de las políticas redistributivas, la promoción de la diversidad y de la participación social.

5.11 Modelo de desarrollo chileno. Transiciones de los modelos de desarrollo económico en Chile

Sobre un modelo económico existen diferentes acepciones, pero desde el punto de vista de la economía política se entiende como: “aquel proceso que es orquestado por un gobierno para organizar la actividad económica y buscar un vínculo armónico entre las empresas y el resto de los actores sociales” (8). Este, en el caso chileno no ha sido permanente, ha cambiado sus criterios y postulados según las pautas del contexto internacional que han logrado ejercer influencia.

En este país se han implementado diversos modelos económicos en los últimos 50 años, desde la experiencia socialista de la Unidad Popular entre 1970 y 1973, el del gobierno militar y de sectores neoliberales entre 1973 y 1990, lo que ha permitido que en la actualidad se cuente con un modelo económico-político integrado que retoma algunos aspectos de los enfoques que lo precedieron (9).

A las privatizaciones de empresas en sectores productivos en los años 70 le siguieron las de los mercados con características monopólicas en los 80, como en las telecomunicaciones en 1987 y en el sector eléctrico en 1990. Fue en la época democrática en que se continuó con estas privatizaciones alcanzando al sector de empresas sanitarias del agua potable y alcantarillado. Respecto del tema del gasto público, el Estado ha ido reduciendo su importancia incluso a través de nuevas iniciativas que surgieron en la era de los gobiernos de la *Concertación por la Democracia* que fue una coalición de partidos políticos de izquierda, centroizquierda y centro. Fue así como en 1993 se inauguró el proceso de concesiones de obras de infraestructura, una forma indirecta de atraer capital privado a sectores reservados sólo para la inversión pública, como carreteras urbanas e interurbanas, puertos, aeropuertos, cárceles, hospitales, entre otros (10,11).

Tanto en tiempos de dictadura como en democracia, siguieron otras reformas y todas mostraron compromiso institucional hacia el desarrollo de una economía de

mercado. En el gobierno de Eduardo Frei Ruiz-Tagle entre 1994-2000, en este cuatrienio hubo interés explícito por el crecimiento económico, que consistió en mantener un superávit equivalente al 1% del PIB potencial, cifra modificada a la baja posteriormente en el primer gobierno de Michelle Bachelet 2006-2010. En el ámbito tributario ya en los años 80, se modificó la estructura de impuestos a empresas y a personas, las que, si bien siempre buscaron favorecer la reinversión de utilidades de las empresas por la vía de imponerles una tasa de impuesto única de un 15%, significaron una política regresiva por cuanto han sido las personas de más recursos las que han podido utilizar franquicias a la hora de declarar impuestos, estrategia que no es posible para la clase media que tributa con base a sus ingresos, en la mayoría de los casos como trabajadores dependientes (12).

Según Schneider y Soskice, el sistema económico-político de Chile es 'liberal', a diferencia de otros modelos capitalistas denominados 'coordinados' y 'jerárquicos' (13). Un sistema liberal propugna por un Estado mínimo no intervencionista y el predominio de las empresas privadas, especialmente del empresario individual, que con su libre iniciativa o iniciativa privada compite con los demás en un mercado libre, consiguiendo la asignación más eficiente de los recursos. Mientras que los jerárquicos y coordinados recurren a relaciones colaborativas en instituciones y organizaciones que reducen la incertidumbre entre los actores haciendo más confiables sus comportamientos. Estas instituciones, normalmente articuladas con el Estado permiten mejorar el intercambio de información entre los agentes privados, monitorear la conducta de los agentes, sancionar la no cooperación y permitir la deliberación (14).

Schneider y Soskice proponen analizar los modelos de desarrollo que Chile ha tenido en los últimos 40 años: el socialista de Salvador Allende y el neoliberal de Augusto Pinochet. El proyecto de Allende en Chile puede ser caracterizado como un sistema planificador, de alta participación social, con un Estado empresarial muy fuerte en el cual el mercado era minimizado con controles de precios generalizados, control de capitales tanto internos como externos; control al comercio internacional y proteccionismo con el fin de fomentar el desarrollo de la industria doméstica. Su principal característica fue, sin duda, el énfasis en lo social (13).

El otro proyecto neoliberal tuvo su manifestación en la dictadura. Este modelo se caracterizó por una liberalización 'extrema' de mercados, aun aquellos con claras fallas como el de servicios básicos, en que algunos segmentos de electricidad y agua estaban completamente liberalizados. Se avanzó fuertemente en la privatización de la educación y la salud; el transporte público se desreguló. Este tuvo un bajo énfasis en la política social. Se relacionó, aunque no con exclusividad, a la Concertación de Partidos por la Democracia bajo la cual se

mostraron proclives a mantener y corregir, en lugar de cambiar, el modelo neoliberal heredado. Con matices menores, el gobierno de Sebastián Piñera 2010-2014, apoyado por la Alianza por Chile, coalición mayoritariamente ligada a la conducción económica y política de la dictadura, prosiguió con el mismo modelo, sin mostrarse más liberal ni menos social que sus predecesores de la Concertación (14).

La Concertación de Partidos Políticos volvió al poder en 2014, pero en un frente más amplio, la Nueva Mayoría, que incluyó al Partido Comunista y en donde los detractores del modelo han hecho ver con más fuerzas su deseo de avanzar hacia un 'modelo de desarrollo' alternativo. Estos detractores del modelo actual plantean la necesidad de generar mayor inclusión social y atacar la desigualdad, aunque ello afecte el desarrollo institucional que el país ha construido en dos décadas (14).

Esta posibilidad de un modelo de desarrollo alternativo ha permitido el cuestionamiento de asuntos como la institucionalidad regulatoria: el dilema de hasta dónde la certeza jurídica debe ser un objetivo que amenace incluso el principio de más y mejor competencia o el de protección de los consumidores. En materia laboral: flexibilidad laboral versus la protección de los derechos del trabajador; o el cuestionamiento al sistema de previsión social. En aspectos de política social: sólo reducción de la pobreza o avanzar en la inclusión social y la reducción de la desigualdad. Por último, en los servicios de necesidad básica: si el rol del Estado debe ser garantizar la calidad y acceso equitativo o sólo perseguir estándares mínimos garantizados, cuestionándose incluso el rol subsidiario del Estado en estos servicios (14).

En materia de salud específicamente desde los años 80, el sistema de salud se caracteriza por una dualidad público privada, descansa complementariedad o interacción y altos niveles de discriminación, inequidad y segmentación (15).

El gobierno neoliberal ha adoptado el pensamiento económico neoclásico y considera la salud un ámbito más de la economía de libre mercado. La cobertura universal de salud, por medio de los seguros de salud, es su política para fortalecer el complejo médico-industrial-asegurador y a incrementar las ganancias, pero a costa del acceso universal e igual a los servicios de salud y a la legitimidad del gobierno (16).

5.11.1 El rol del Estado y la participación del mercado. Los cambios en los roles que ha asumido el Estado en Chile durante determinados procesos histórico-

políticos no sólo han implicado variaciones en la orientación de las políticas públicas, sino que también han significado reformas en los modelos de desarrollo económico y social del país. Al observar desde una perspectiva socio-histórica la construcción del Estado en Chile durante el siglo XX es posible identificar distintos modelos de desarrollo y sus correspondientes visiones sobre el rol del Estado en el ámbito social y en el modelo económico-productivo. Al dar cuenta de los cambios políticos ocurridos en Chile en el último siglo, también se está describiendo la amplitud o repliegue de las funciones del Estado en la vida social, en el funcionamiento del mercado y de la forma de cautelar los derechos y garantías de los ciudadanos (17).

Después de la “gran depresión” en 1920, la estrategia elegida para sortear la crisis fue la “Industrialización por Sustitución de Importaciones” –ISI, su adopción implicó la disminución de las importaciones desde Europa lo que fue acompañado de políticas de expansión de la demanda interna y control del tipo de cambio. Durante este período se produjo un fuerte estímulo a la industrialización y al desarrollo de las instituciones del Estado Chileno, entre 1940 y 1953, la industria creció en un promedio de 7.5% al año, llegando a aumentar su participación en el PNB de un 7.9% en 1929 a un 23,0 % en 1955. Durante este periodo además del fortalecimiento de la industrialización Chilena, emergieron también las administradoras de prestaciones sociales, ya sean Cajas de Previsión, de Compensación, Mutualidades y diversos servicios de salud (18).

En la década de los 60 las políticas de superación de la pobreza se dan bajo un enfoque tradicional que se ocupa de áreas como la previsión social, la educación, la salud y la vivienda con un fuerte énfasis en la provisión centralizada y en la entrega gratuita y general de los beneficios. En la primera mitad del siglo XX las políticas económicas y sociales desarrollistas del Estado chileno lo transformaron en el principal actor, tanto de la industrialización del país, como de la promoción de su trascendental cambio social. Se dio comienzo a un proceso de reforma agraria y nacionalización o “chilenización” del cobre que más tarde concretaría el gobierno de la Unidad Popular (UP). El gobierno del Presidente Salvador Allende Gossens 1970-1973 tenía un espíritu anticapitalista. El programa económico de la UP se enfocó en una política redistributiva en pos de la democracia económica, basada en cambios estructurales en la propiedad mediante un programa de nacionalizaciones dirigido a la gran minería del cobre, salitre, yodo, hierro y carbón; la banca, el comercio exterior y los monopolios estratégicos (17).

Durante este periodo el país vivió un proceso de rápido crecimiento ligado al modelo ISI, que propiciaba el desarrollo social debido a la creciente participación que adquirió el Estado, principalmente en el ámbito de la satisfacción de las necesidades básicas de la población: *“El Estado jugó un rol fundamental al*

extender los servicios a un conjunto cada vez mayor de la población, bajo el precepto de que debía velar por el Bien Común. Es así como Chile logró altos niveles de desarrollo y cobertura de las políticas sociales, junto a una avanzada institucionalidad en el área de la acción social” (19).

Las contradicciones internas arrastradas por el modelo ISI, se vieron aumentadas con una nueva crisis económica y comenzaron a hacer inevitable el declive de esta política económica. La crisis del Estado de Bienestar europeo, que era el referente socialdemócrata del ISI, el decaimiento de los regímenes socialistas y la irrupción del enfoque neoliberal llevan al Estado a su expresión mínima, como ente regulador subsidiario de las fallas del mercado. El rol estatal pasa centrarse en focalizar la pobreza y apoyar sólo a quienes no pueden acceder a los beneficios que genera el crecimiento (20).

Así, el 11 de septiembre de 1973, mediante un golpe de estado conjurado por los grupos oligárquicos con intereses económicos, las Fuerzas armadas y la CIA, se instauró un régimen militar, institucionalizado en una junta de gobierno encabezada por el Comandante en Jefe del ejército, el General Augusto Pinochet. En su periodo se promulga la Constitución Política de Chile que se encuentra vigente en la actualidad desde 1981. Esta nueva Constitución significó un cambio profundo en la concepción política y económica del país, sentando las bases definitivas del Chile actual (20).

El gobierno militar dio un giro totalmente opuesto al modelo ISI, al iniciar una política de privatización, amparada por la ideología neoliberal hegemónica en la década de los 80 que se expresó en la aplicación de las políticas diseñadas por el “Consenso de Washington” que proponía una receta para alcanzar el desarrollo si es que se cumplían condiciones como la reducción del Estado, la liberalización financiera, la desregulación de los mercados, las privatizaciones de empresas estatales y la convertibilidad monetaria. Estos cambios transformaron radicalmente el rol del Estado modificando la relación entre este la sociedad, la cultura, el sistema político y el mercado, tomado este último un papel preponderante, como el eje orientador de las direcciones de las otras dimensiones (18).

Esta estrategia corresponde a un modelo de desarrollo económico, que se sustenta en dos ejes fundamentales: el mercado como principal forma de organización económica y un Estado esencialmente regulador de las imperfecciones del mercado, pero que además cuenta con la posibilidad de asumir políticas de protección para los sectores menos favorecidos con base a políticas focalizadas. Este sistema constituye un modelo mixto -o híbrido- de Estado-Mercado, en que el Estado no pretende garantizar el bienestar de las personas

sino que busca maximizar las oportunidades para que los individuos alcancen su bienestar sea cual sea la visión individual de bienestar que tenga (21).

En este momento de la historia chilena se aprecia cómo se dan aproximaciones a la propuesta del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo-PNUD, que define el desarrollo como “un proceso mediante el cual se ofrece a las personas mayores oportunidades; las más importantes son una vida prolongada y saludable, educación y acceso a los recursos necesarios para tener un nivel de vida decente”. Con base en lo anterior, es posible establecer que el Desarrollo Humano se encuentra asociado a la garantía de derechos como oportunidades para las realizaciones humanas fundamentales, es decir la cadena de servicios sociales que desde los derechos económicos, civiles y políticos deben darse como respuesta institucional en un Estado determinado (22).

Con el cambio de siglo, desde el año 2000 en adelante, se han generado nuevos enfoques para hacer frente a los problemas de pobreza y exclusión. Respecto a las estrategias para alcanzar el desarrollo, Chile ha ido avanzando hacia una “matriz de desarrollo mixta” o híbrida en la cual se combina el proyecto neoliberal orientado cada vez más hacia los grandes mercados internacionales, con un aumento en el gasto social que tiene como propósito disminuir las brechas sociales.

Esta matriz presenta un rasgo de continuidad y de ruptura de lo que ha sido el modelo chileno, además de elementos que se definen autónomamente y que son propiamente emergentes. La ruptura consiste en que la economía se ha autonomizado de la política, y se ha sometido aparentemente a su propia dinámica de desarrollo, en la que el Estado sólo acota pero no define la dirección. Pero esto no significa que la economía obedezca a dinámicas propias del desarrollo nacional, sino que es esta autonomización respecto de la política o del Estado, va acompañada de una nueva subordinación o dependencia, esta vez respecto de las fuerzas transnacionales de los mercados. Quizás el elemento central de esto sea que el modelo socio-económico de crecimiento ha dejado de ser un modelo de desarrollo, o dicho de otra manera, que la economía no puede asegurar por sí misma la integración social, como puede verse en el caso del empleo (23).

Garrenton señala que, sin volver a la antigua subordinación de la economía a la política, lo que es prácticamente imposible, cabe pensar en fórmulas alternativas a las actuales que pasan por devolver al Estado, a nivel nacional y de los bloques supra nacionales, un rol dirigente en el desarrollo, establecer marcos normativos regulatorios sobre las fuerzas del mercado y asegurar el control ciudadano sobre tales marcos y fuerzas. En otras palabras, reconociendo que política y economía

son cosas distintas y autónomas, se trata también de introducir los principios éticos de la democracia en el funcionamiento de los mercados. Este autor menciona que pareciera ser muy temprano para resolver la cuestión de si Chile está ante una matriz emergente de relaciones entre Estado y sociedad, o si se trata de una situación de transición a otro modelo que no conocemos. Las interrogantes abiertas por el acontecer económico mundial y el futuro de procesos de globalización e integración acentúan esta duda (23).

De este modo, ante el nuevo escenario social y económico las estrategias gubernamentales se han orientado a entregar herramientas a los sectores más pobres para que logren superar su situación de vulnerabilidad en cuanto a ingresos, vivienda, equipamiento, educación, acceso a la salud, a la justicia y capacitación laboral, sustentado esto bajo el supuesto de que la habilitación social facilita tal proceso de inclusión social. Lo que permite ver la imperiosa necesidad de centrar el esfuerzo estatal por el alcance de la justicia social, donde el desarrollo humano es visto no solo como crecimiento económico, sino en la potenciación de las capacidades de las personas.

Según reflexiones del primer capítulo, el recuento de la transición del modelo de desarrollo chileno permite identificar que este ha centrado su interés en el crecimiento económico y en algunos momentos ha tenido una preocupación por el desarrollo humano. Lo primero se denota en su objetivo por la ampliación de recursos y optimización del ingreso del país, asumiendo a las personas y su capacidad productiva o focalización del gasto para la inversión como medio para el desarrollo. Y su interés por lo humano, ha sido el resultado de la preocupación por las brechas de inequidad resultantes del proceso neoliberal, en donde mediante políticas sociales establece prioridades en los niveles de realización de las personas, la garantía de derechos y el equilibrio en las formas de vida.

Por esta misma razón y como lo demuestra la agenda de reformas sectoriales, la subregión ha enfrentado temas relativos a la consolidación de mecanismos de solidaridad que se hacen necesarios para que el acceso y el uso de los servicios se torne más equitativo y efectivo, contribuyendo de esta manera para la cohesión social. En esta perspectiva, la implementación de una APS surge como una posibilidad promisoriosa.

Para que la APS se dé con un enfoque integral, Giovanella sugiere que es necesario articular tres niveles de análisis:

- A nivel macro-social, desde las decisiones que se toman para establecer las reglas que inciden en la segmentación y en la fragmentación de los servicios

en diversos grados de intensidad, en los derechos y al acceso, como la cobertura y financiamiento así como también, la macro regulación, entendida como los elementos del mercado e intervención estatal, que definen el modelo de desarrollo y su influencia en las decisiones para la consolidación de la APS en el país (24).

- A nivel intermediario o nivel meso, se localiza un conjunto de actividades de soporte, necesarias para el adecuado desempeño de las prácticas de salud. En este nivel es importante observar no solamente las decisiones sino, principalmente, la implementación de mecanismos operativos, importantes para el ejercicio de la función de coordinación por la APS; en este sentido estaría relacionado con el sistema de salud y la forma como este se dispone para el desarrollo de procesos de APS.
- A nivel micro social, el abordaje de los aspectos que se refieren a la interacción de profesionales y los procesos que se desprenden bajo el enfoque de APS, por ejemplo, acciones intersectoriales por la salud, la reorientación a los servicios sociales y de salud y la participación social y comunitaria por mencionar algunos.

A partir de estos tres niveles se vinculará posteriormente en el capítulo 3, los grados de relación que existen entre la APS, con los modelos de desarrollo presentes en ambos países, denotando desde un análisis crítico y según el contexto determinado; sus barreras o posibilidades de implementación.

5.12 Modelo de desarrollo colombiano, Transiciones del modelo de desarrollo económico en Colombia

Desde 1930, la economía colombiana experimentó grandes cambios, que la condujeron a una transformación estructural, la que al final de la segunda guerra mundial y la consolidación del proceso de industrialización, coincidió con la segunda etapa de la sustitución de importaciones, hizo el tránsito de un modelo económico que ponía el énfasis en el desarrollo del mercado interno e industrialización por sustitución de importaciones, a un modelo de apertura e internacionalización de la economía. El objetivo de dicho proceso fue insertar la economía colombiana en el mercado mundial, e incrementar la eficiencia mediante la reducción del "tamaño" del Estado y de su función reguladora del proceso económico (25).

La apertura económica llega en su plenitud a Colombia en los 90. Durante el gobierno de Virgilio Barco, entre 1986-1990 periodo en donde se hicieron todos los preparativos para iniciarla, con esta premisa se llegó a pensar que, con la caída del esquema socialista en la Unión Soviética y el denominado triunfo del capitalismo a nivel mundial, había llegado la hora de la gran armonía entre todos los países del mundo. La administración del presidente César Gaviria Trujillo entre 1990-1994, se consideró clave en la construcción del orden neoliberal en Colombia.

Desde ese entonces, y durante los últimos 30 años, se asistió a la formación sistemática, no lineal en todo caso, de un régimen económico cuyos contenidos esenciales son coincidentes con los lineamientos de la política neoliberal (25). Se abrieron todas las posibilidades para la realización de las grandes reformas políticas, sociales, pero fundamentalmente económicas; pues el texto de la Constitución Política tiene un alto contenido economicista, y en él se circunscribe todo el funcionamiento del Estado hacia la consolidación de la economía, con miras a una mejor productividad para la competitividad de nuestros productos a nivel internacional. Las reformas de la apertura económica se iniciaron con el gobierno de Gaviria fueron las siguientes (26).

Arancelaria, que permitió que al mercado colombiano ingresaran productos provenientes del extranjero sin control, para competir con los productos nacionales.

Portuaria, consistió en la privatización de Puertos de Colombia.

Cambiaría, que ha desestabilizado la economía con las medidas monetarias tendientes a detener el aumento del precio del dólar y que trajo como consecuencia grandes pérdidas, sobre todo al sector de la agricultura y en particular a los caficultores.

Tributaria, con la cual se pretendió recaudar dineros para una inversión social.

Comercio exterior, bajo el supuesto de la internacionalización de productos colombianos con la creación del Ministerio de Comercio Exterior, se lograron prebendas para posibilitar el ingreso de más productos extranjeros a nuestro país.

Inversión extranjera, que ha posibilitado a pesar de los graves problemas de orden público, la llegada de capitales interesados en inversión y la extracción de recursos naturales.

Laboral, ha traído consecuencias de inestabilidad para la clase trabajadora del país, facilitó los despidos colectivos, eliminó la obligación de reintegro a

trabajadores con más de diez años de servicio, formalizó las agencias de empleo temporales, estableció el salario integral, entre otros.

Además de estas reformas, se identificaron otros 4 momentos de la reconfiguración del modelo económico en Colombia: la formulación de la Constitución política con lineamientos económicos de 1991; la profundización de la desregulación económica mediante el diseño e implantación de reformas legales según mandato constitucional entre 1992-1998 a la Salud y seguridad social, Servicios públicos domiciliarios, Educación superior, Telecomunicaciones; ordenamiento para la gestión de la crisis y el reforzamiento de la desregulación económica y la disciplina fiscal entre 1999-2004 y supranacionalización del orden económico mediante la negociación de tratados de libre comercio (27).

Es por estas transiciones que se considera el modelo económico colombiano con un enfoque neoliberal, es decir a través de las reformas se reduce el aparato estatal, se privatizan las empresas sociales del Estado, y se establece una apertura económica en todos los frentes (28).

5.12.1 El rol del Estado y del Mercado en Colombia. A inicios de los años noventa, sale a la luz pública la nueva Constitución Política, que buscó un marco normativo que permitiera: a) ampliar la representatividad del régimen político mediante la inclusión de nuevas fuerzas sociales; b) fortalecer el Estado mediante el mejoramiento de su eficacia en la prestación de servicios públicos y de las instituciones de administración de justicia; c) depurar y fortalecer el Congreso y la actividad política a fin de reducir el clientelismo y la corrupción; y d) ampliar el gasto público social con el fin de reducir los niveles de pobreza absoluta y expandir la cobertura de los servicios de educación, salud y seguridad social (29, 30).

Esta nueva constituyente acompañada del crecimiento del narcotráfico, el aumento de la violencia y de la corrupción, la crisis política, derivada por una parte de un régimen político restrictivo propiciado desde el Frente Nacional, generaron que en el país surgiera una situación compleja para la institucionalidad y participación de la sociedad civil.

Las escasas posibilidades de participación política de otras fuerzas distintas a las del bipartidismo, la deslegitimación de la política tradicional que no representaba los intereses del conglomerado social, sumado a la intensificación del conflicto armado colombiano entre guerrillas, Estado y grupos paramilitares, implicó un debilitamiento de la gobernanza que era requerida para ese momento histórico de

país, la cual exigía al Estado grandes retos para situar su acción en la realidad social, es decir, para incursionar desde los nuevos planteamientos de la constitución, en otras formas de organizar la eficacia, calidad y buena orientación de la intervención del Estatal (31).

El recrudecimiento de la violencia política durante la década del 80 había propiciado la violación y limitación de los derechos humanos por parte de los grupos alzados en armas con su accionar y desde el propio Estado con la aplicación de las llamadas prácticas de la guerra sucia y las medidas legales tomadas a partir de la figura del estado de sitio, que como recurso supuestamente excepcional para restablecer el orden público turbado, fue la regla general en Colombia durante gran parte del siglo XX (31).

En este contexto, las políticas económicas se encaminaron a eliminar toda obstrucción a la libertad económica y, por lo tanto, a potenciar la eficiencia del mercado y del Estado. Ejemplo de ello es su propuesta de eliminar el déficit fiscal mediante la disminución del gasto social y la reducción del papel del Estado en la provisión de servicios públicos, compensada por el incremento del sector privado en la prestación de dichos servicios, tal como ha ocurrido en la salud.

Así lo proponen Rose y Milton Friedman, quienes consideran que el gobierno debe solamente determinar las reglas de juego, y actuar como un árbitro que interprete y aplique las reglas establecidas. De forma paralela, Friedrich Von Hayek concibe el gobierno como “un departamento de mantenimiento de una fábrica”, reviviendo así la idea liberal clásica sobre el Estado como “guardián mínimo”, cuya única finalidad es garantizar la protección de los individuos y de su propiedad, dejándoles en plena libertad para resolver sus proyectos privados (32).

Teniendo presente las reformas descritas en el apartado anterior y la consecuente reducción del Estado, se denota que el objetivo perseguido por la reforma política fue su fortalecimiento. La interacción de ambos procesos produjo un resultado interesante: el gasto público total como proporción del PIB pasó de representar el 25% en el período 1980-1994 al 30% en el período 1990-1994. La explicación de dicho fenómeno, es decir, el hecho de que el gobierno de Gaviria, uno de los gobiernos más neoliberales que ha tenido el país, hubiera sido incapaz de reducir el gasto público, radica en la contradicción entre la legitimidad política y la eficiencia económica. En efecto, legitimidad y eficiencia son los factores más importantes de la actividad estatal y determinan la capacidad del Estado para integrarla sociedad y distribuir sus recursos (33).

Dicha contradicción, para analizarla más a fondo, radicó en el hecho de que el Estado tiene que tratar de cumplir simultáneamente "las condiciones en la cuales es posible la acumulación de capital y al mismo tiempo, mantener o crear las condiciones para la armonía social". La contradicción entre legitimidad y eficiencia resulta de la interacción entre los elementos políticos y económicos de la reestructuración del Estado, es decir, de un nuevo orden constitucional que reclama "más Estado" como condición para superar la crisis de legitimidad, y un nuevo modelo de desarrollo económico que requiere "menos Estado" con el fin de permitir la libre asignación de los recursos sociales por el mercado (34).

Respecto al rol del estado y su relación con el modelo de desarrollo y la salud de los colombianos, hallazgos de la investigación de Molina y colaboradores dan cuenta de la existencia de tensiones entre el contexto económico y el político, es decir entre el modelo neoliberal de mercado y el proyecto político de un Estado Social de Derecho. Tensiones que en el ámbito normativo del Sistema General de Seguridad Social se expresan en la toma de decisiones que, o bien buscan posicionar el modelo de mercado, o bien materializar el programa político trazado en la Constitución, lo cual se verá con mayor claridad en el apartado de modelo de salud colombiano y en el siguiente capítulo que lo analiza en términos de un análisis comparativo con Chile y la influencia en el mismo del modelo de desarrollo (35).

Una vez descritos los modelos de desarrollo de ambos países según la configuración y transiciones de sus modelos económicos, la participación del estado y el rol del mercado, se analizará cómo en cada país, se materializa una apuesta por la equidad en términos de las políticas redistributivas con que se cuenta, los mecanismos que se tiene para promover la diversidad y la promoción de la participación social y comunitaria.

5.13 Sistemas de Salud

La región latinoamericana está marcada por una profunda heterogeneidad socioeconómica, política, demográfica y cultural, sin embargo, a pesar de las diferencias es posible encontrar situaciones comunes en lo que se refiere a la forma en cómo los Estados nacionales enfrentan las cuestiones de salud. Como se ha visto reflejado en el análisis de este trabajo monográfico, en los años de 1980 se intensificaron los procesos de reforma sectorial en el contexto de ajuste fiscal con profundización de las desigualdades y agendas pautadas por intereses nacionales e internacionales ampliamente estudiados en la región. En algunos

países de la región las reformas de los sistemas de salud, fuertemente motivadas por el control de gastos, acarrearón cambios que aumentaron la fragmentación y segmentación de los sistemas de salud, no resolvieron la cuestión de las desigualdades, además de los problemas de eficiencia (24).

A pesar de las razones en común, las características y los efectos de estos procesos fueron muy diferentes entre los países, destacándose su diversidad en cuanto a principios, extensión y grado de desarrollo con el acceso y utilización de los servicios de salud bastante diferenciados. En el caso de Chile es un Sistema Nacional de Servicios de Salud SNSS que cuenta con un Seguro de Salud Público-FONASA y Seguros Privados ISAPRE. Su acceso es Universal segmentado y depende de la Capacidad de pago o vinculación al tipo de plan, el financiamiento se da mediante contribuciones públicas y privadas, con impuestos, co-pagos o pagos directos. Mientras que Colombia tiene un tipo de sistema de Seguro Nacional de Salud, con tres regímenes: Contributivo; Subsidiado; Vinculado (público) y privado. Su acceso es segmentado o selectivo/focalizado y le apuesta a una cobertura universal, se financia mediante contribuciones, impuestos y pagos directos (24).

5.13.1 El Sistema de Salud Chileno. Según Vega y Acosta, la historia de la APS en Chile se enmarca en un proceso que ha llevado a la constitución de un sistema de salud de acceso universal basado en el aseguramiento. Los principales eventos históricos que acompañan este proceso pueden identificarse con la creación del Servicio Nacional de Salud en 1952, fruto del desarrollo de la medicina social chilena impulsada por Salvador Allende (36).

Con la ley 10383 de 1952, se había creado un sistema de salud constituido por el Servicio Nacional de Salud (SNS), el Servicio Médico Nacional de Empleados (SERMENA) y el sector privado (37). Con las reformas del régimen militar en 1979, mediante el Decreto Ley N° 2763 el SNS y el SERMENA fueron transformados en el Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) y el Fondo Nacional de Salud (FONASA) y se crearon los Institutos de Salud Previsionales (ISAPRES), entidades aseguradoras privadas que afilian a los sectores de la población de mayores ingresos (38).

Igualmente, desde 1981 se descentralizó la administración de los consultorios, centros y postas de atención primaria en salud los cuales fueron parcialmente municipalizados, pasando su administración a los Departamentos de Salud, de carácter municipal, y a las Corporaciones de Salud también municipales pero de naturaleza privada. Como se puede apreciar tales reformas del régimen militar constituyeron un sistema dual compuesto por un sector público y otro privado,

caracterizado por la separación de funciones de rectoría, financiamiento, aseguramiento y prestación de servicios (38).

En 1979 surge la actual configuración del sistema de salud basado en un mix público privado de aseguramiento que incluyó planes de prestaciones predefinidas y programas verticales de salud, se abrió paso a elementos subsecuentes que generaron expansiones en el sistema de salud debido a la descentralización que se desarrolló en la década del 80, que traspasa los consultorios de atención primaria a los municipios, la introducción del mecanismo de financiamiento mediante pago per cápita de las prestaciones a partir de 1994, que reemplaza el pago previo por prestaciones efectuadas y la búsqueda de la transformación de los consultorios y centros de salud tradicionales en centros de salud familiar y comunitarios con población a cargo desde 1997 (39).

Quizás las reformas surgidas en el año 2000, que fortalecieron el FONASA como un fondo público de financiamiento de la salud y no sólo de sus afiliados, son las más importantes a destacar en la actualidad para posibilitar la implementación de la APS en Chile, dado que se crearon las direcciones de salud pública y de redes de servicios para mejorar la gestión en salud, e introdujeron el régimen vertical de garantías explícitas denominado Plan Auge que protege patologías priorizadas, y un modelo de atención en salud cimentado en un enfoque de APS familiar y comunitario (40).

La actual configuración estructural del sistema de salud de Chile, explica que en gran parte, el actual modelo prevalente de APS, es fruto de las reformas del financiamiento y de la organización de los servicios médicos introducidas por el gobierno de Pinochet a fines de la década del 70 con el objetivo de reducir los gastos del Estado y promover la privatización de los servicios de salud (41).

El sector público está integrado por el Ministerio de Salud (MINSAL) y sus organismos dependientes que constituyen el Sistema Nacional de Servicios de Salud de Chile SNSS. El sector privado, a su vez, está constituido por las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES), que aseguran y prestan servicios de salud, los prestadores privados de servicios de salud y los laboratorios y farmacias privadas (42).

La atención de la salud individual se financia a través de dos sistemas de aseguramiento de salud, constituidos por: el Fondo Nacional de Salud (FONASA) que hace las veces de un asegurador público y gestiona los recursos que recibe de dos fuentes: los aportes de los trabajadores activos dependientes e

independientes, incluyendo sus familias, que escogen esta opción de aseguramiento y las transferencias fiscales del Presupuesto de la Nación que financian tanto la atención individual de las personas con bajos recursos, como los programas de salud pública, y por un subsistema privado de aseguramiento y prestación de servicios de salud al que se afilian voluntariamente personas de ingresos medios y altos mediante el pago de cotizaciones obligatorias y voluntarias a Instituciones de Salud Previsional (43).

El FONASA protege a sus afiliados con un plan universal de salud prestado por las instituciones públicas de servicios de salud (Modalidad de Atención Institucional) y las privadas (Modalidad de Libre Elección) adscritas al FONASA, mientras que las ISAPRES ofrecen planes específicos a precios variables de acuerdo a las primas voluntarias que complementan las cotizaciones obligatorias prestados a través de empresas de servicios de salud privadas o públicas. Las personas sin capacidad de pago sólo son atendidas por las instituciones del SNSS. Los afiliados a ambos sectores están protegidos ante las instituciones prestadoras de servicios de salud públicas y privadas mediante un Plan de Acceso Universal con Garantías Explícitas o Plan AUGE (también llamado Garantías Explícitas en Salud – GES) que regula el acceso, la calidad, la oportunidad de la atención y la protección financiera de los hogares para un conjunto de problemas de salud prioritarios. Actualmente 80 patologías se encuentran incluidas en el sistema de Garantías Explícitas en Salud (GES) (44).

Existen otros subsistemas; las Fuerzas Armadas y de Orden público, tienen su propio Sistema de Salud financiado por el Estado y subdividido entre los componentes de las fuerzas: armada, fuerza área, ejército y carabineros, pero el sistema en su conjunto está orientado por el Ministerio de Defensa.

Existe otro régimen separado de salud laboral de aseguramiento obligatorio de los accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, financiado por contribuciones obligatorias de los empleadores, con cobertura de toda la población trabajadora y administrado a través de empresas privadas y públicas, respectivamente las Mutuales de Seguridad o el Instituto de Normalización Previsional y los Servicios del Sistema Nacional de Salud. Estas empresas prestan atención mediante instituciones privadas y públicas. Este subsistema es orientado por el Ministerio de Trabajo.

Según el FONASA la cobertura del sistema de salud para el 2010 era de aproximadamente el 93% de la población y el 7% no estaba cubierto por el sistema. De la población cubierta, el 74% lo estaba por el FONASA, el 17% por las ISAPRES y el 2% por las fuerzas armadas. El SNSS a través del Ministerio de

Salud hace parte del sistema de protección social, el cual está integrado, además, por los ministerios de Educación, Vivienda, Trabajo, Cultura y el Servicio Nacional de la Mujer que coordina el Ministerio de Planificación (45).

El modelo de aseguramiento y de mix público privado del sistema de salud chileno se ha mantenido a pesar de las reformas que se promueven desde la década pasada para fortalecer lo público, mejorar las prestaciones y programas de reforzamiento a que la población tiene derecho, el acceso de la población a las mismas y la acción sobre determinantes sociales de las desigualdades en salud. Persisten tendencias a la privatización y se mantiene la segmentación y fragmentación. Lo anterior parece dificultar una verdadera universalización y enfoque integral de la APS (32).

5.13.2 El Sistema de Salud Colombiano. El SGSSS de Colombia está planteado desde un modelo de protección social con sus dos pilares aseguramiento y promoción social, sustentados desde el mercado laboral, de allí surge: El Sistema General de Seguridad Social en Salud, el Sistema General de Pensiones y el Sistema General de Riesgos Profesionales (46).

El sistema de Salud Colombiano ha presentado cambios considerables en su estructura y funcionamiento desde la ley 10 de 1990 donde se definió el modelo de descentralización y la ley 715 de 2001 determinó las competencias y la estructura financiera descentralizada. Adicionalmente, la Ley 1164 de 2007 reguló las condiciones del talento humano en salud. A estas normas se deben agregar la Ley 1751 de 2015 o Ley Estatutaria de la Salud y la Ley 1753 de 2015, Plan Nacional de Desarrollo (47).

Este conjunto de normas ha determinado un modelo de aseguramiento social, con integración público-privado y dos regímenes de aseguramiento: subsidiado para aquellos sin capacidad de pago, y contributivo para la población del sector formal y los independientes con capacidad de pago. Nominalmente en Colombia toda la población accede a todas las tecnologías en salud a través de dos mecanismos administrativos: el aseguramiento y lo que se ha denominado NO POS (reembolso). Los objetivos centrales de la reforma de 1993 hicieron énfasis en: Expandir la protección financiera de las familias ante los gastos catastróficos derivados de los costos asociados a los servicios de salud y mejorar el acceso mediante la extensión del aseguramiento (47).

El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) creado por la Ley 100 de 1993. Está constituido por un régimen contributivo, de afiliados asalariados y de trabajadores independientes con capacidad de pago, otro subsidiado de pobres seleccionados mediante prueba de medios y afiliados mediante el mecanismo de subsidio a la demanda y otro de acciones colectivas (salud pública). Exceptuados del SGSSS hay varios regímenes especiales (de los trabajadores de ECOPETROL, maestros del sector público y miembros de la fuerza pública) (48).

Los recursos para financiar la atención de los afiliados de los regímenes contributivo y subsidiado del SGSSS están administrados por las Entidades Promotoras de Salud EPS, que son entidades intermediarias entre el Estado, los afiliados y los prestadores de servicios de salud. Las EPS administran los recursos provenientes de las Unidades Per Cápita (UPC) pagadas por el Fondo de Solidaridad y Garantías (FOSYGA) por cada afiliado, y se deben encargar de la gestión del riesgo en salud y de la contratación de la prestación de los servicios a los prestadores de servicios de salud. El conjunto de las prestaciones de los afiliados al régimen contributivo y al régimen subsidiado están delimitadas en un Plan Obligatorio de Salud (POS) que incluye actividades individuales de curación, promoción, prevención y rehabilitación. Los afiliados con mayores ingresos pueden pagar Planes Complementarios adicionales a primas variables, o afiliarse a planes de medicina privada prepagada (48).

Los recursos del sistema de salud pública, financiados con impuestos generales, están administrado por las autoridades territoriales de salud (Secretarías departamentales, distritales y municipales) y las acciones de los Planes de Salud Pública (bienes públicos o acciones colectivas de promoción, prevención, vigilancia en salud pública y atención de enfermedades de interés en salud pública) son contratados por estas autoridades con la red de hospitales públicos de primer nivel.

Los regímenes especiales o exceptuados contratan la prestación de los servicios de sus afiliados con prestadores privados de forma independiente del SGSSS, y los pagan a través de sus fondos particulares de financiamiento, excepción hecha del régimen de salud de la fuerza pública que tiene su propia red pública de prestadores de servicios de salud. Según la Encuesta Nacional de Calidad de Vida 2010 la cobertura del SGSSS alcanzaba el 88.41% de la población total del país (más de 46 millones de personas) en el año 2010, de los cuales el 46.7% estaban afiliados en el Régimen Contributivo, el 52.74% en el Régimen Subsidiado y el 11.57% no estaban afiliados (47).

La implementación de la Ley 100 de 1993 acabó con las experiencias de APS surgidas durante el SNS y dio origen tardío a tres enfoques generales de la misma en el marco del SGSSS: primero, uno de acciones orientadas al individuo, de predominio biomédico y asistencial, neo-selectivo y de atención básica administrada, controlado por las EPS; segundo, otro de acciones colectivas de salud pública, basado en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, bajo la influencia de las autoridades municipales, distritales y departamentales de salud; y tercero, otro intercultural desde los pueblos originarios, con diversas expresiones según las tradiciones culturales de las comunidades étnicas que las ponen en práctica, pero en estrecha relación con el papel de estas comunidades en la conducción de las EPS e Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) indígenas (47).

El proceso de apropiación de la APS por el SGSSS de Colombia no se ha dado sin contratiempos. Con la implementación de la Ley 100 de 1993 no sólo no se materializó el Plan Nacional de Atención Primaria incluido en el Plan Nacional de Desarrollo (1990-1994) del gobierno de Cesar Gaviria Trujillo sino que se comenzó a dismantelar tanto las experiencias de APS que se habían logrado establecer desde el comienzo de los años 80s (46, 47) como los desarrollos posteriores alcanzados mediante la descentralización de la atención básica, la constitución de los Sistemas Locales de Salud (SILOS) y la introducción de la Promoción de la Salud con la Ley 10 de 1990 (48,49).

Durante un período de aproximadamente 15 años no se volvió a hablar de la APS en Colombia pues los esfuerzos y esperanzas del gobierno y de muchos otros agentes del SGSSS estuvieron puestos en la implementación del aseguramiento y en la aparente bondad de sus tecnologías de manejo de riesgos y competencia regulada. La APS sólo comenzó a existir como estrategia normativa formal del conjunto del actual SGSSS a partir de la aprobación de la Ley 1438 de 2011, cuando ya era más que evidente la crisis de las acciones de salud pública y la ausencia de un modelo eficaz de atención en salud para el manejo de los riesgos individuales y colectivos bajo el esquema de aseguramiento (50).

Como se ha visto hasta ahora, el SGSSS implantado por la Ley 100 de 1993, ha sido reformado en su estructura a través de diferentes normas, en particular las leyes 1122 de 2007 y 1438 de 2011. Concebidas con un fuerte componente de salud pública, plantean como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios, estableciendo que la salud pública se encuentra constituida por un conjunto de políticas que buscan garantizar de una manera integrada, la salud de la población por medio de acciones de salubridad tanto individuales como colectivas, ya que sus resultados se constituyen en indicadores de las condiciones de vida, bienestar y desarrollo del país.

De esta normativa, el SGSSS se fortalece a través de un modelo de prestación del servicio público en salud que en el marco de la estrategia APS permite la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el país.

Actualmente, al cumplirse un año de la promulgación de la Ley 1751 de 2015 o Ley Estatutaria de Salud, el Ministerio de Salud y Protección Social lanzó la Política Integral de Atención en Salud (PAIS), cuyo objetivo primordial es centrar la acción de salud en las personas, a nivel individual, familiar y colectivo; no en las Instituciones prestadoras de servicios de salud (IPS) ni en las Entidades promotoras de salud (EPS).

La política comprende un componente estratégico, que determina las prioridades del sector salud en el largo plazo; y un componente operativo, que consiste en el Modelo de Atención Integral en Salud (MIAS), que se constituye en el marco para la organización y coordinación de actores e instituciones para garantizar que los ciudadanos accedan a servicios seguros, accesibles y humanizados. Este modelo, según el Ministerio de Salud y Protección Social, trasciende la dimensión técnico instrumental de las acciones en salud, transformándola en medios que propicien la “expansión de la libertad”, fundamento ético de las acciones en salud, donde prima la concepción de la persona como “sujeto con capacidad de gestión de su propia vida”.

- Según el Ministerio de Salud y Protección Social, en resumen, la nueva Política de Atención Integral en Salud implica entre otros, los siguientes beneficios:
- Formula un modelo de atención que toma como centro, a las personas (a nivel individual, familiar y comunitario).
- Garantiza el acceso efectivo de los ciudadanos a los servicios de salud, con acciones y prestaciones desde la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, tratamiento, rehabilitación y reinserción social; en todas las etapas de la vida y lo más cerca posible a donde transcurre su cotidianidad.
- Articula a todos los agentes, desde los ciudadanos, los gobiernos territoriales, las EPS, los prestadores de servicios, los proveedores; y el sector educativo.

- Coordina todos los sectores orientados al bienestar de la población, para modificar de manera efectiva los determinantes de la salud, mejorar continuamente los resultados en salud y cerrar brechas de inequidad social (51)

5.14 La APS en Chile

La APS en Chile es una estrategia del sector público, bajo la rectoría del Estado que se fundamenta en los lineamientos de la Declaración de Alma-Ata de 1978 pero que toma la forma del sistema de aseguramiento en salud creado a partir de las reformas de 1979 mencionadas.

En el contexto de salud chileno, la APS ha sido definida como “una estrategia que privilegia acercar los servicios de salud a la gente con el propósito de reducir el abismo que media entre los “privilegiados” y los “desposeídos”, a través de asegurar una distribución equitativa de los recursos de salud para otorgar una asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar en todas y cada una de las etapas de desarrollo, con un espíritu de auto responsabilidad y autodeterminación” (52).

La implementación de la APS busca contribuir a constituir un modelo de atención integral de salud familiar y comunitario definido como “el conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna, que se dirige – más que al paciente o a la enfermedad como hechos aislados – a las personas, consideradas en su integridad física y mental y como seres sociales pertenecientes a diferentes tipos de familia, que están en un permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural” (53).

El modelo de atención integral familiar y comunitario chileno basado en la APS, se rige por los siguientes principios: estar centrado en las personas, las familias y las comunidades; integralidad de la atención; y continuidad del cuidado, entre otros atributos que de estos principios se desprenden. Cabe destacarse que, en este país, “la APS ha sido posicionada en la agenda de la política pública de salud de todo el territorio nacional y se vienen desarrollando instituciones públicas para

darle continuidad en el tiempo, expandirla progresivamente y mejorar su calidad” (32).

Es así como la APS se implementa a través de la red asistencial de primer nivel de los municipios y de los Servicios de Salud, con población adscrita a centros de salud y equipos multidisciplinarios por territorios asignados, atención gratuita y derivaciones a los demás niveles de atención de la red sectorial y acciones intersectoriales según necesidad. Los servicios que se entregan a través de la APS en el país están incluidos en diferentes prestaciones y programas del MINSAL y del gobierno como las que contienen el Plan de Salud Familiar, los programas de reforzamiento de atención primaria y salud pública, las actividades generales asociadas, las Garantías Explícitas de Salud (GES) asociadas a prestaciones y programas, y en Chile crece contigo, entre otros (32).

Es así como el Minsal postula que en la APS, se debe desarrollar el Modelo de Salud Integral, Familiar y Comunitario, orientado hacia la resolución de los siguientes desafíos del nivel primario de atención:

- Lograr el equilibrio entre la necesidad de acercar la atención a la población beneficiaria, aumentar la satisfacción del usuario, mejorar la capacidad resolutoria y controlar los costos de operación del sistema simultáneamente, sin privilegiar un factor en desmedro de los otros.
- Alcanzar un aumento porcentual creciente de las acciones de promoción y prevención, sin que se produzca deterioro en la resolución oportuna y eficiente de la demanda por morbilidad.
- Favorecer, mediante sistemas eficientes y efectivos de participación, que el usuario y la comunidad asuman un rol activo como agentes de cambio de su propia situación de salud.

Para alcanzar las transformaciones que lleven a un sistema de salud basado en la APS y al nuevo modelo de atención integral de salud, familiar y comunitario, se requiere de transformaciones en los centros de salud, en la formación del recurso humano y en la forma de entregar los servicios a la población, y a ello debe contribuir la implementación de la APS y la acción del gobierno. Por ello la implementación del nuevo modelo de atención pasa por el proceso de transformar los consultorios y los centros convencionales de salud en Centros de Salud Familiares y Comunitarios, fortalecer los equipos básicos de salud, el trabajo en red e intersectorial, la gestión local y la participación (54).

En los documentos oficiales sobre reforma del sistema de salud y del modelo de atención se evidencia la preocupación explícita de las autoridades sanitarias por la APS como estrategia clave para enfrentar cambios en el mundo rural, en el perfil demográfico y epidemiológico de la población y en las tendencias de uso de los hospitales, buscando un cambio hacia atenciones más ambulatorias, integrales y resolutivas que hospitalarias, así como hacia la acción sobre los determinantes sociales de la salud y de las inequidades en salud (55).

Para las autoridades también ha sido claro que la fortaleza de la APS depende del cumplimiento de los principales atributos que la definen tales como el primer contacto, el acceso y cobertura de la atención, la coordinación del cuidado en la red asistencial y el mantener sanos a los individuos y a las comunidades. Además, con la estrategia se busca prestar servicios de atención primaria a través de equipos interdisciplinarios y de establecimientos de atención primaria, fomentar procesos de participación comunitaria y de acción intersectorial por la salud Gobierno de Chile/Ministerio de Salud (56).

La planificación de la implementación del cambio con base en el enfoque familiar y comunitario de la APS incluye el diseño y desarrollo de los siguientes procesos: 1) Sistemas de registro de las familia y de información, coordinación, monitoreo y evaluación; 2) Sectorización y conformación de equipos de salud; 3) Desarrollo del recurso humano en términos de capacitación y determinación de brechas de competencias; 4) Adecuación de la infraestructura de servicios; 5) Fortalecimiento de los sistemas de atención al usuario; y, 6) Organización de los mecanismos de relación con la comunidad. Alcanzar lo anterior implica contar con el apoyo de las autoridades nacionales, regionales y locales, y el compromiso de los equipos técnicos de los Servicios de Salud, los equipos de salud de las entidades territoriales, la comunidad y la academia (57).

5.15 La APS en Colombia

Según el mapeo de APS realizado por el Instituto Suramericano de Gobierno en Salud (ISAGS), antes de la Ley 1438 de 2011, la APS había sido una iniciativa marginal de la Política de prestación de servicios individuales y del Plan Nacional de Salud Pública los cuales, bajo la influencia de los enfoques de campo de la salud de Lalonde – salud como resultado de las interacciones entre ambiente, herencia, comportamiento y servicios de salud - y de Gestión Social del Riesgo de Holzmann y Jorgensen y Holzmann, introdujeron la posibilidad de desarrollar modelos de atención de salud familiar y comunitaria, atención primaria y atención domiciliaria, bajo la responsabilidad y discrecionalidad de las EPS, las

instituciones prestadoras de servicios de salud y de las autoridades territoriales de salud. Hasta este momento el Ministerio de Salud dejaba en actores particulares, siguiendo sus propios cálculos racionales de costo beneficio y costo efectividad, la iniciativa sobre desarrollar o no la Atención Primaria en Salud y no asumía ninguna responsabilidad en su formulación, implementación y evaluación (46).

La Definición y enfoque de la APS que se tiene en Colombia, se da según el Artículo 12 de la Ley 1438 de 2011 define que la APS es “la estrategia de coordinación intersectorial que permite la atención integral e integrada, desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación del paciente en todos los niveles de complejidad a fin de garantizar un mayor nivel de bienestar en los usuarios, sin perjuicio de las competencias legales de cada uno de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud”. La Ley 1438 establece que la APS estará “constituida por tres componentes integrados e interdependientes: los servicios de salud, la acción intersectorial/transectorial por la salud y la participación social, comunitaria y ciudadana” (46).

Es importante destacar el espíritu de esta Ley en cuanto a los tres componentes que definen la APS: en el primer componente hace énfasis en una estrategia organizacional que busca propiciar la expansión efectiva de la cobertura de la atención en salud y contribuir a crear un modelo de atención resolutivo, integrado e integral con base en la constitución de equipos básicos de salud por territorios y con población asignada, el fortalecimiento del nivel de baja complejidad y la organización de redes integradas de atención en salud; en el segundo componente apunta a crear los mecanismos necesarios para actuar sobre los determinantes sociales de salud a través del desarrollo de políticas públicas, planes y programas de acción intersectoriales/transectoriales mediante la coordinación y colaboración entre todos los niveles del gobierno, instituciones del Estado y de la sociedad.

Y en el tercer componente busca crear condiciones para que los procesos sociales, comunitarios y de los ciudadanos se expresen en las decisiones, la gestión, el control y el seguimiento de tales políticas, planes y programas, y en las del sistema de atención en salud y sus instituciones. Igualmente, el artículo 63 de la Ley 1438 define que la APS debe estar basada en un modelo de atención “centrado en la persona, la familia y la comunidad, y tener en cuenta las particularidades culturales, raciales y de género de la población”; y, siguiendo la Declaración de Alma Ata de 1978, el artículo 12 complementa que “La atención primaria hace uso de métodos, tecnologías y prácticas científicamente fundamentadas y socialmente aceptadas que contribuyen a la equidad, solidaridad y costo efectividad de los servicios de salud”. Orientaciones para la

implementación de la APS En el Artículo 13 define los principios y los elementos para la implementación de la atención primaria en salud (46).

En sus componentes prácticos, para el país, la APS se implementa desde tres lugares posibles de acción (46):

El Primero, las EPS del régimen contributivo, que sigue un enfoque asistencial de prestaciones individuales con base en el contenido del Plan Obligatorio de Salud, el financiamiento contributivo y las estrategias de regulación técnico-organizacional, competencia y posicionamiento en el mercado propias de estas entidades.

Segundo, las modalidades de APS del régimen subsidiado y de los entes territoriales gubernamentales (secretarías de salud departamentales, distritales y municipales) que, a su vez, tienen dos posibilidades:

- Una, que desarrollan las entidades territoriales (secretarías de salud) con base en las intervenciones de promoción y prevención del plan de salud pública, financiada con los recursos fiscales de transferencia de la nación y con las rentas locales según la voluntad política y capacidad de asignación de recursos del ente territorial respectivo, principalmente soportadas en el trabajo de agentes comunitarios de salud.
- Y, otra, también desarrollada por las secretarías de salud pero que adiciona a las acciones colectivas de salud pública las prestaciones individuales del plan obligatorio de salud del régimen subsidiado, ampliando el recurso humano más allá de los agentes comunitarios de salud. Esta última posibilidad es generalmente un híbrido entre la APS integral y la APS selectiva que resulta cuando pueden concurrir en la prestación de los servicios de atención primaria las fuentes de financiamiento de salud pública y del régimen subsidiado en dependencia de los acuerdos que se logren entre las secretarías de salud y las EPS.

Tercero, las experiencias interculturales de los pueblos originarios, también financiadas con recursos del régimen subsidiado de salud y de salud pública pero que, a diferencia de la anterior, reflejan la búsqueda de cohabitación entre la medicina tradicional indígena y la medicina occidental (46).

Así, el Artículo 11 de la Ley 1438 define que “Las acciones de salud pública y promoción y prevención, serán ejecutadas en el marco de la estrategia de atención primaria en salud, de acuerdo con el Plan Territorial de Salud y se contratarán y ejecutarán de forma articulada” con recursos de las entidades

territoriales. Igualmente, indica que “Los gobernadores y alcaldes contratarán las acciones colectivas de salud pública de su competencia con las redes conformadas en el espacio poblacional determinado por el municipio con base en la reglamentación establecida por el Ministerio de la Protección Social, para la prestación de servicios de salud, conforme a la estrategia de Atención Primaria en Salud” (51).

“Para el desarrollo de la atención primaria en salud el Ministerio de la Protección Social deberá definir e implementar herramientas para su uso sistemático como los registros de salud electrónicos en todo el territorio nacional y otros instrumentos técnicos”, y el artículo 14, que el Gobierno Nacional se comprometió a “formular la política de fortalecimiento de los servicios de baja complejidad para mejorar su capacidad resolutoria, con el fin de que se puedan resolver las demandas más frecuentes en la atención de la salud de la población”. De acuerdo con estas directrices normativas el Ministerio de Salud y Protección Social a través del Viceministerio de Salud Pública y Prestación de Servicios y la Dirección Prestación de Servicios y Atención Primaria tiene la responsabilidad de la reglamentación general de la implementación de la APS para lo cual actualmente desarrolla la estrategia de pruebas piloto en algunos territorios del país (46).

Las autoridades locales de salud (de departamentos, distritos y municipios) definen e implementan modelos de APS con base en acciones colectivas. Las EPS de los regímenes contributivo y subsidiado definen e implementan modelos de APS con base en acciones individuales como estrategia de competencia entre ellas. Por último, las EPS Indígenas y las autoridades indígenas definen e implementan modelo intercultural de atención en salud con base en la APS (46).

NOTA: Te sugiero construir una tabla con las principales variables que permitan relacionar (comparar) Modelo de Desarrollo, Sistema de Salud y APS en los dos países. Igualmente debes integrar y sintetizar más las secciones. Las referencias deben estar todas al final en un solo listado.

5.16 Discusión

Tanto en Chile como en Colombia, desde la Declaración de la Conferencia Mundial de Alma-Ata sobre APS, persisten tensiones entre distintas formas de concebir y abordar su implementación a lo largo del tiempo. Son claras las diferencias que existen entre modelos de desarrollo y las transformaciones de los países de estudio en términos políticos y económicos.

En este sentido, desde los sistemas de salud es clave establecer la concepción de salud que en ellos se persigue, si se sustentan en una estructura sólida que permita ver los postulados de la APS a través de la respuesta institucional como los servicios asistenciales y de salud, en un todo que permita el desarrollo del sistema social y de salud abarcando diferentes categorías. O si, por el contrario, su implementación está mediada en un nivel más selectivo donde sus esfuerzos se concentran en pocas intervenciones de alto impacto que han tomado como blanco a las causas epidemiológicas más prevalentes de ambos países.

En este punto, es fundamental hacer el llamado a una concepción de APS integral, que pueda armonizarse con los aspectos organizativos que implica un sistema de salud orientado hacia la justicia social y el desarrollo equitativo. La APS integral definida en el primer capítulo, es un sistema integrado de cuidados de la salud y del desarrollo económico-social de una sociedad, que no riñe con los esfuerzos de los países en tener procesos de cambio más afirmativos para la población, fortaleciendo desarrollos económicos, políticos y sociales amplios que permitan contrarrestar las brechas visibles cuando de acceso y pertinencia a los servicios de bienestar se trata. Es decir, involucrar la cooperación con otros sectores para enfrentar los determinantes sociales de la salud y la promoción de la participación social. La concreción de estos principios varía en cada país y los abordajes de APS en ambos países presentaron distintos énfasis en las últimas décadas conforme a los diversos contextos políticos y modalidades de sistemas de protección social y de sistemas de salud prevalentes (46).

En la década de 1980 a 1990, en el cambio de contexto autoritario Chileno y de ajustes macroeconómicos estructurales en Colombia, se adoptaron modelos de APS selectivos y focalizados promovidos por agencias financieras multilaterales que propugnaban la reducción del rol del sector público y la implementación de paquetes mínimos de servicios de salud, dirigidos a grupos poblacionales marginados, lo que profundizó la segmentación en los sistemas de salud y las inequidades sociales. En la primera década del siglo XXI, con los cambios políticos en procesos de redemocratización y asunción de gobiernos más comprometidos con la justicia social, se observa un proceso más evidente en Chile que en Colombia, de revitalización de la APS en su abordaje integral de acuerdo con la concepción de Alma-Ata (46).

Al mismo tiempo, agencias internacionales de salud como la OPS y la OMS instaron a los países miembros a renovar la APS para lograr la cobertura universal. Las características y magnitud de estos procesos de renovación de la APS en la región aún son poco conocidos, en parte por su historia reciente, o en parte por el esfuerzo de investigación que implica abarcar procesos en diversos

países. Actualmente se busca la construcción de sistemas de salud orientados por una APS integral como coordinadora de los cuidados en una red integrada de servicios y articuladora de acciones comunitarias e intersectoriales que incidan sobre los determinantes sociales para promover la salud y garantizar el derecho universal al acceso a los servicios de salud.

En el siguiente capítulo se analiza desde el enfoque de derechos humanos como un discurso argumentado para relacionar las realidades Chile y Colombia desde los principios de la APS y como desde su organización en los sistemas de salud, responden a un modelo de desarrollo que los implique.

5.17 Capítulo 3. Comprensión de la APS en clave de los derechos y las singularidades humanas

“La idea colectiva de la equidad, conduce un pueblo al mayor desarrollo de su bienestar”

5.17.1 Introduciendo la APS en perspectiva del desarrollo humano.

El enfoque de desarrollo humano posicionado en los derechos, permite desde un análisis situacional identificar cómo la forma de organizar los elementos, éticos, económicos y políticos de un país, responden a un marco de comprensión sobre las formas de vida de las personas, de sus aspiraciones y ampliación de capacidades. En los capítulos anteriores, se trazaron algunos sustentos de esta organización, que específicamente en el sector salud y según las declaraciones de la APS, proponen diversas alternativas para pensar cómo los sistemas de salud y sus aplicaciones prácticas en las comunidades, pueden ser mediadores para conseguir niveles de vida óptimos desde una garantía del bienestar (1).

De este modo, los elementos que definen y caracterizan el enfoque de los derechos humanos y que facilitan su comprensión, se encuentran en total consonancia con los principios de la APS, es decir; acercar a las comunidades el derecho a la salud mediante una organización intersectorial que potencie el acceso universal a los diferentes bienes y servicios sociales, promover la participación y generar continuidades del cuidado más allá de los servicios especializados, es concretar desde un enfoque de derechos los aspectos sociopolíticos, técnicos y prácticos que constituyen la APS. Así es como puede

verse que desde Alma Ata ya se había hecho un llamado a los países de atender con urgencia un nuevo enfoque que promoviera el bienestar y que desde una estrategia intersectorial actuante sobre los determinantes sociales para la salud, fuera también una posibilidad real y organizativa de los sistemas de salud para garantizar un mejoramiento de las condiciones de vida de la población.

Pero es importante señalar que los niveles óptimos de materialización de estos principios que se formulan en Alma Ata, y que a su vez son traducidos en; integralidad, intersectorialidad, participación e interculturalidad, deben hacer parte estructural de organización de los sistemas de salud como su medio más próximo, para contrarrestar las desigualdades sociales y estructurales de cada país, elementos que trascienden pues sus postulados con fuerza declarativa para la transformación social, y que deben ser leídos con las orientaciones políticas y económicas propias de los modelos de desarrollo, ya que éstos plantean también grandes desafíos y oportunidades para cada país (2).

De esta forma, se considerará en este apartado final, una articulación de categorías que permitirá desde un enfoque comprensivo develar los medios y formas (modelo de desarrollo, enfoques políticos y sistemas de salud) con que se cuenta en Chile y Colombia para el alcance real de las orientaciones éticas y políticas que contienen los postulados de la APS, siendo posible a través de su cumplimiento, promover en los sistemas de salud una perspectiva de derechos orientada hacia el desarrollo humano.

Es preciso señalar que en las realidades latinoamericanas, el ejercicio pleno de los derechos humanos se ha desvanecido notablemente por la configuraciones económicas que según los modelos de cada país, marcan diferencias notables sobre la participación del estado en su cumplimiento y garantía, tal y como se mencionó en el capítulo dos, las transiciones económicas, las configuraciones democráticas y las reformas del mercado, propias de modelos de desarrollo de corte neoliberal, han debilitado notablemente la capacidad benefactora del estado en términos de su intervención y regulación para la garantía de los derechos, la intersectorialidad cada vez es más frágil dada la aplicación de políticas de descentralización que conllevan a la liberalización de los procesos económicos, situaciones todas que afectan de manera directa la viabilización de los principios de la APS en los sistemas de salud, pues se revierte con una dispersión de servicios y un aglutinamiento de recursos, la posibilidad real de tener un abordaje intersectorial continuo que además de ser integrado, responda eficientemente a los niveles deseados de desarrollo y calidad de vida de las personas (3).

Para Giménez y Valente; las brechas sociales que marcan la desigualdad y la

exclusión han impedido el ejercicio pleno de los derechos humanos por el conjunto de la población, y en especial, por los sectores más pobres. (...) las políticas sociales no han logrado incluir el lenguaje y la lógica de los derechos. La evidencia parece mostrar que la baja institucionalidad que caracteriza a los países latinoamericanos, y que se manifiesta a través de la poca transparencia en la gestión pública, el clientelismo político y la ausencia de mecanismos de participación y de rendición de cuentas, no permite el desarrollo de puntos de encuentro y vinculación entre las políticas públicas y los derechos humanos (3).

Por ello, se hace imperativo avanzar en la elaboración de políticas basadas en la obligación del Estado de garantizar el disfrute de los derechos desde una visión integral, trascendiendo enfoques cuya rigidez no permite contemplar las especificidades de los grupos más vulnerables de la población, (...) con respuestas heterogéneas que tengan como objetivo alcanzar el bienestar social bajo la perspectiva de los derechos, es decir, por el reconocimiento explícito del marco normativo internacional de los derechos humanos, y en el ámbito operacional por criterios de universalidad, integralidad y progresividad que favorezcan el fortalecimiento de la equidad, la no discriminación, la participación y el empoderamiento (3).

A razón de lo anterior, se elige el enfoque de derechos humanos como un discurso argumentado para relacionar las realidades Chile y Colombia desde los principios de la APS y como desde su organización en los sistemas de salud, responden a un modelo de desarrollo que los implique. Se presenta a continuación, un análisis detallado de las categorías fuerza de la APS que de acuerdo a lo propuesto con Alma Ata, permite establecer a modo relacional sus correspondencias en Chile y Colombia, en términos de integralidad, participación social y comunitaria, intersectorialidad e interculturalidad.

5.17.2 Integralidad. La integralidad se refiere a la identificación de las necesidades de salud de las personas y de respuesta del sistema de salud a éstas. Acompañar de manera multidimensional y no fragmentada a las características de la población implica articular acciones de primer nivel y de respuesta intersectorial para la garantía de derechos, con recursos humanos y financieros suficientes, así como también desde una reorientación de servicios con equipos interdisciplinarios de base que contribuyan a la disminución de desigualdades y aparición de enfermedades de alto costo, pues el abordaje centrado en las personas desde el aspecto biopsicosocial y la respuesta institucional para la garantía de derechos, permite un mejor entendimiento y respuesta a las mismas (4).

5.17.3 Participación social y comunitaria. La participación social y comunitaria es un proceso de interacción entre el Estado y la sociedad, que posibilita conocer por parte del Estado las necesidades y problemas de la población, para que estas sean incorporadas en el ciclo de las políticas públicas y sociales, brindando respuestas acorde con los contextos y realidades de cada comunidad. De este modo, se busca disminuir la brecha entre las desigualdades e inequidades que aún perviven, garantizando una justicia social que dé respuesta a la población más vulnerable y potencialice su desarrollo tanto social, económico, cultural y político.

La participación como forma de organización y mecanismo de exigibilidad, permite a las comunidades defender sus derechos, incorporar en la agenda pública soluciones y propuestas elaboradas desde los actores y, además transformar su entorno desde el accionar cotidiano y organizativo, los sujetos se reconocen como actores, capaces de identificar intereses, expectativas y demandas comunes destinando acciones colectivas con autonomía frente a otros actores sociales y políticos para agenciar su salud, lo que involucra tanto el reconocimiento y ejercicio de sus derechos como las relaciones de poder (5).

5.17.4 Intersectorialidad. Son acciones conjuntas con otros sectores que desde la concepción de integralidad propuesta en la categoría anterior, inciden sobre procesos y condiciones que consideran que un enfoque de derechos debe ser armonizado por una visión intersectorial con mirada abarcativa de los problemas sociales relacionados con el bienestar de las comunidades. En este sentido, se trascienden las perspectivas sectoriales y poblacionales, que han desintegrado al ser humano sujeto de las políticas; proponiendo nuevas maneras de concebir el bienestar, la garantía de los derechos y la respuesta institucional y comunitaria que lo materializan (4).

5.17.5 Interculturalidad. La APS destaca la importancia de abordar los factores sociales y económicos determinantes de la salud mediante políticas y programas que permitan mejorar la equidad en salud e integrar enfoques favorables a las diversidades étnicas donde se reconozcan la necesidad de pluralizar los servicios de manera pertinente para atender con calidad y oportunidad los repertorios de acción y formas de vida de las diferentes comunidades.

Este es uno de los grandes desafíos en la integración de las políticas públicas y sociales bajo un enfoque diferencial, en tanto las características interculturales de comunidades que por sus condiciones sociodemográficas e históricas son cualitativamente diversas con un haber heterogéneo, deben ser acogidas desde un reconocimiento de las subjetividades posibilitando el libre ejercicio de sus capacidades. El principio de la interculturalidad retoma también la integralidad y la

intersectorialidad para fomentar esfuerzos concertados en determinar, elaborar, dotar de recursos y poner en práctica un enfoque intercultural para abordar necesidades y saberes de la salud de las comunidades con diversidades étnicas, en lugar de imponer un modelo asistencial único (5).

5.18 Análisis de las categorías

5.18.1 Integralidad en Chile. En el Modelo de atención Chileno, basado en el enfoque integral del ser humano, se entiende que el proceso salud-enfermedad está determinado por una sumatoria de ámbitos, que condicionan la vivencia de bienestar de los individuos (espiritual, afectivo, de comunicación, ambiente, cambios de conducta, etc.) los cuales requieren de respuestas específicas en áreas psicosocial, individual, familiar y comunitaria, para acompañar a las personas, familias y comunidad en el cuidado de su salud y mantener o recuperar dicho estado de bienestar a lo largo de toda la red de salud (6).

Por ello, es que previo a las reformas de salud abordadas en el capítulo dos, el Modelo de Atención Integral con Enfoque Familiar y Comunitario fue definido en Chile como *“El conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna, que se dirige más que al paciente o la enfermedad como hechos aislados, a las personas consideradas en su integralidad física y mental, como seres sociales pertenecientes a distintas familias y comunidades, que están en permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural”* (7).

Si bien esta definición reconoce una visión integral de las personas, se centra en la organización de los recursos de la red de salud y la oferta de prestaciones. Dado el marco de la renovación de la APS que se apropió en Chile posterior a las orientaciones de la OMS en 2005 para estructurar las acciones en salud desde el marco de sentidos de la APS, la adhesión a los objetivos del milenio, las necesarias reformas del sector salud y la experiencia acumulada en la implementación del modelo de atención a lo largo del país, se identificó la necesidad de precisar la definición del modelo de atención, atendiendo a la importancia de poner en el centro a las personas y recoger la operacionalización del modelo biosicosocial. Reconfigurando el modelo anterior hacia un modelo de atención integral sistémico que con un enfoque familiar y comunitario, permita:

“relacionar los miembros de los equipos de salud del sistema sanitario con las personas, sus familias y la comunidad de un territorio, en el que se pone a las personas en el centro de la toma de decisión, reconociéndolas como integrantes

de un sistema sociocultural diverso y complejo, donde sus miembros son activos en el cuidado de su salud y el sistema de salud, se organiza entonces en función de sus necesidades, orientándose a buscar el mejor estado de bienestar posible, a través de una atención de salud integral, oportuna, de alta calidad y resolutive, en toda la red de prestadores, la que además es social y culturalmente aceptada por la población, ya que considera las preferencias de las personas, la participación social en todo su quehacer, incluido el intersector y la existencia de sistemas de salud indígena. En este modelo, la salud se entiende como un bien social y la red de salud como la acción articulada de la red de prestadores, la comunidad organizada y las organizaciones intersectoriales”.

De esta manera se le atribuye a la renovación de la APS en el 2005, la afectación de todo el sistema sanitario volcado hacia la salud pública, entendiéndola como una estrategia que permite organizar globalmente el conjunto de la atención de salud, desde los hogares hasta los hospitales y desde la promoción hasta la rehabilitación, en la que se invierten recursos de forma racional en los distintos niveles de atención. Esta renovación implicó entonces; una reorganización del sistema de salud en aspectos cuanti y cualitativos y en la relación de sus actores. Los cambios más relevantes fueron (8, 10):

- Una APS fuerte, entendida como aquella que contiene a lo menos estas seis características: asistencia de primer nivel y más permanente contacto con amplio acceso y cobertura, atención centrada en las personas a lo largo del tiempo, comprensión del usuario, cuidado centrado en la familia, orientación comunitaria y coordinación de la atención en toda la red asistencial.
- La integración funcional de la red asistencial.
- Incorporación de estrategias de trabajo intersectorial y participación social orientadas al manejo de los determinantes sociales de la salud.

En esta renovación de la APS y del sistema de salud, el Modelo de Atención Integral con Enfoque Familiar y Comunitario, se convierte en componente esencial, ya que entrega una sistematización que permite llevar a la práctica los cambios requeridos en el sistema sanitario. En esta lógica todo indica que el esfuerzo es mayor para la APS, ya que debe abordar los siguientes objetivos (10):

- Mejorar el grado de satisfacción de los usuarios con la atención.
- Aumentar la capacidad resolutive frente a la demanda, disminuir la frecuencia de derivaciones y lograr mejores resultados en los indicadores de salud relacionados.

- Detectar precozmente y evitar el progreso de enfermedades crónicas, lo que significa influir efectivamente en los cambios de conducta y adherencia a tratamiento.
- Promover estilos de vida saludable, que permita evitar la aparición de factores de riesgo.
- Detectar y atender los problemas psicosociales emergentes: violencia intrafamiliar, adicciones, disfunciones familiares, etc., así como prevenir y tratar problemas de salud mental más frecuentes.
- Mantener y ampliar los programas tradicionales.
- Abordar las necesidades de atención de salud en cada etapa del ciclo vital personal y familiar.
- Asumir un rol protagónico en la articulación de la Red Asistencial y la mejora de la capacidad resolutoria del Sistema de Salud.
- Realizar gestión eficiente.

Las características esenciales del modelo es su orientación hacia las necesidades de las personas y sus familias, la continuidad de la atención a lo largo del ciclo vital; la integración y articulación de la red para un acceso oportuno y aumento de la resolutoria del sistema; un enfoque anticipatorio al daño y énfasis en la promoción de la salud en un marco de respeto por la diversidad cultural (10).

En los documentos oficiales sobre reforma del sistema de salud y del modelo de atención se evidencia, la preocupación explícita de las autoridades sanitarias por la APS como estrategia clave para enfrentar los cambios en lo rural, en el perfil demográfico y epidemiológico de la población y en las tendencias de uso de los hospitales, buscando un cambio hacia atenciones más ambulatorias, integrales y resolutorias que hospitalarias, así como hacia la acción sobre los determinantes sociales de la salud y de las inequidades (11, 12).

Con lo anterior, es posible concluir que desde la integralidad, el modelo de atención Chileno se encuentra basado en la APS, haciéndolo diferente de los modelos de atención clásicos de los servicios de salud correspondientes a un solo sector y que son centrados en el binarismo salud-enfermedad, migrando a un cambio importante que a partir del 2005 desde una APS renovada, que centró sus marcos de actuación a tres elementos fundamentales para la reorganización del modelo: la centralidad en las personas, familia y comunidades; la Integralidad de

la atención; y la continuidad del cuidado. Así es como, estos elementos deben ser considerados como irrenunciables en el proceso de construcción e implementación del modelo de atención integral a la salud basado en la APS.

Vega y Giovanella en el mapeo realizado sobre APS en Chile, identificaron que la APS se asemeja más a aquellos de primer nivel de atención basados en criterios de costo-efectividad que a los de APS Integral que siguen la tradición de la Declaración de Alma-Ata de 1978 (12).

5.18.2 Participación social y comunitaria. Como se mencionó en la categoría anterior sobre integralidad, incorporar mecanismos eficientes y efectivos centrados en las necesidades y expectativas de las personas, requiere establecer desde la participación, acciones que sean cercanas a las comunidades y a sus repertorios de acción significantes de la salud, para ello tener información y conocimiento sobre el perfil de demanda de la población, del comportamiento de los factores sociales determinantes de los problemas de salud a nivel de los territorios, de los recursos locales disponibles y el reconocimiento de las potencialidades de las comunidades locales, permite abordar con eficacia las características y necesidades de salud de las personas, las familias y las comunidades.

Es importante entonces, la incorporación de la ciudadanía y de las comunidades locales en forma activa, para la definición del contenido de las acciones de salud, de las prioridades en la asignación presupuestaria y de la inversión, como también en el reconocimiento, análisis y selección de las mejores estrategias de solución para los viejos y nuevos problemas de salud. Desde hace más de una década se han introducido en Chile, cambios en la forma de gestionar recursos en el sector salud, teniendo como base las metas sanitarias, como también, los diagnósticos participativos, procesos de planificación local participativa y definición de canastas básicas de prestaciones en conjunto con las comunidades locales (13).

En contraste, se identifica que aunque se considere a las personas como el centro del modelo y se reconozca la importancia de permitir agenciamientos desde los derechos, específicamente en el derecho a la salud, estas aún no confluyen en un proceso de carácter más global, que entienda la participación no solo como una respuesta coyuntural o esporádica del sistema frente, a las demandas de las personas de sus servicios y acciones, sino como una posibilidad real de hacer coprotagonistas a las comunidades de sus situaciones de salud, brindando espacios de movilización social que logren reorientar las acciones, en procesos pertinentes con un enfoque territorial de mayor consistencia con los principios del modelo de atención en salud (13).

Experiencias como la instalación de los Centros Comunitarios de Salud Familiar con alta participación de la comunidad barrial, la transformación de los Centros de Salud en Centros de Salud Familiar y Comunitarios; la transformación de los hospitales de menor complejidad en Hospitales Comunitarios con fuerte identidad local, son oportunidades para la incorporación de la comunidad en la puesta en marcha y desarrollo del modelo de atención (14).

Lo anterior requiere, sin embargo, que el conjunto de iniciativas y estrategias actualmente en desarrollo como, los Consejos Consultivos de Usuarios; el ejercicio de rendición de cuentas, los presupuestos participativos; la construcción de Cartas de Derechos en forma participativa, el fortalecimiento e institucionalización de los mecanismos de ejercicio de derechos en salud, formen parte de un todo articulado y continuo bajo marcos conceptuales y referentes comunes que den cuenta de la real operacionalización del enfoque de derechos y la incorporación de criterios de igualdad, equidad y solidaridad en las acciones de salud (14).

Otro de los aspectos, además de los recursos, en que la APS perdió durante la dictadura fue en participación comunitaria. Sólo con los cambios democráticos la participación comunitaria y social comenzó un proceso de recuperación, aunque lento. Reconociendo este panorama, las orientaciones actuales dirigidas a los equipos de salud fomentan la participación comunitaria y la constitución de nuevos espacios en los territorios en procura del ejercicio de una ciudadanía plena para mejorar la salud y la calidad de vida y disminuir las desigualdades en salud (15).

Igualmente, se estipula que tal participación debe hacerse desde un enfoque de determinantes sociales de la salud y desde los derechos con el fin de contribuir a la redistribución de las relaciones de poder y de los recursos entre los grupos de la población (16, 17).

5.18.3 Acción intersectorial. La Acción Intersectorial por la Salud (AIS) se desarrolla desde el nivel nacional hasta el local bajo la coordinación del MINSAL y de los gobiernos locales. La APS se articula a la AIS a través de la ejecución de programas de protección social y de los Comités Vida, que implementan políticas de promoción de la salud con participación de los equipos de salud y de la comunidad. En el nivel nacional, operan Comisiones Mixtas de Salud y Educación en el Área de Protección Social, con ámbitos específicos complementarios de coordinación en promoción de Salud y las Direcciones de Desarrollo Comunitario (DIDECO) en los municipios (12).

Un ejemplo de ello, son las actividades de prevención intersectoriales que se desarrollan con la participación de la Corporación Nacional de Control de Estupefacientes, Educación y DIDECO. En el plano del sector salud, hay diferentes ejemplos de cómo se desarrolla la experiencia de AIS: En el caso de un

Centro de Salud Familiar, las tareas intersectoriales sobre beneficios sociales las hace la asistente social. En las escuelas trabajan matronas, asistentes sociales, psicólogos, nutricionistas, terapeutas ocupacionales, médicos y enfermeras. También se participa en las acciones intersectoriales de educación (escuelas), programas del municipio (comuna) como ambiente, asistencia social y judicial, beneficios de protección social, las acciones relacionadas con el poder judicial, la casa de la mujer, los clubes de adulto mayor, etc. La acción intersectorial cumple entonces con los principios de continuidad de los trabajos y el trabajo en red. También responde a las necesidades de la comunidad por fuera de los programas oficiales preexistentes en las instituciones respectivas, enriqueciéndose y readecuando el uso de los recursos (12).

Como interpretación de esta situación, se identifica que el rol del primer nivel de atención es crucial para centrar la acción de los servicios sociales y de salud en las personas, familias y comunidad; así como para promover el abordaje de los determinantes sociales de la salud. Como lo orienta APS, en Chile el primer nivel constituye la puerta de entrada al sistema de salud, y es aquí que el equipo de salud en conjunto con los demás sectores sociales, asume un pacto con la comunidad, tomando la responsabilidad por el bienestar de su población a cargo. Es importante mencionar que lo anterior requiere fortalecer el primer nivel de atención, focalizándose en ciertas áreas y competencias, que garanticen una reorientación de los servicios mediante acciones afirmativas desde el cumplimiento de los derechos que permitan garantizar el acceso a la educación, la vivienda digna, la seguridad alimentaria, entre otros aspectos de orden integrado que promuevan la continuidad del cuidado.

Aun así, el modelo de aseguramiento, la fragmentación de los servicios y la escases de recurso humano en algunas zonas del país, hace que los desarrollos intersectoriales sean diferentes, actuando desde un enfoque territorial que de acuerdo a las necesidades identificadas, organizan su respuesta desde niveles o ámbitos que pueden incluir uno o varios de los siguientes elementos (12):

- Información. Se basa en el intercambio de información entre los sectores. Forma parte del proceso de construcción de un lenguaje común para lograr el diálogo y el entendimiento, donde uno espera del otro sector un mayor conocimiento de la lógica de trabajo del otro sector.
- Cooperación. Refiere al trabajo conjunto entre los sectores para lograr una mayor eficiencia de las acciones de cada sector. Esencialmente busca convertir una cooperación incidental, casual o reactiva en acciones orientadas estratégicamente a aquellos problemas o prioridades comunes. Básicamente presente en el campo de la implementación, no en la formulación.

- **Coordinación.** Esfuerzo de trabajo conjunto que implica el ajuste de las políticas y programas de cada sector en la búsqueda de una mayor eficiencia y eficacia, apunta a una red más horizontal de trabajo con instancias más formales. Por lo general hay una fuente de financiamiento compartido.
- **Integración.** Implica la definición de una política o programa en conjunto que representa las necesidades y el trabajo de todos los sectores involucrados. La acción intersectorial no solo contempla la implementación, sino también la formulación. Hay pérdida de autonomía de los sectores e interdependencia, desde la formulación, diseño y financiación de las acciones que se han acordado y elaborado sobre la base de un objetivo social común.

5.18.4 Interculturalidad. Actualmente, los pueblos indígenas que viven en Chile cuentan con reconocimiento de derechos específicos a través de la Ley Indígena 19253 de 1993 y con reconocimiento de derechos universales a través de la Constitución Política. Sin embargo, esta última no incluye el reconocimiento de los indígenas como “pueblos” (18).

Es por esto que el Estado de Chile asume el deber de respetar, proteger y apoyar el desarrollo de las personas y comunidades indígenas. Para estos efectos, la Ley Indígena creó la Corporación de Desarrollo Indígena (Conadi). En el artículo 39 de la citada ley se especificó que la Conadi tiene la función de promover, coordinar y ejecutar la acción del Estado en beneficio del desarrollo de las personas y comunidades indígenas, especialmente en lo económico, social y cultural, y apoyar su participación en la vida nacional. Los gobiernos de la Concertación han desarrollado diversas acciones y creado distintas instancias para evaluar las políticas existentes y recoger propuestas de nuevas políticas y formas de relación entre los pueblos indígenas y el Estado (18, 19).

La subsistencia de parte de sus expresiones culturales, entre ellas la medicina tradicional que se propusieron rescatar, y la decisión de mejorar su acceso a las prestaciones de los servicios de salud estatales, son la base de su actual experiencia intercultural entre la medicina occidental y la tradicional. Ha sido esa decisión y las movilizaciones posteriores de las comunidades mapuche en defensa de su cultura y de sus derechos lo que ha posibilitado que el estado chileno y diversos sectores de la sociedad, entre ellos la academia, hayan contribuido al reconcomiendo de la medicina tradicional mapuche orientado a la construcción de un modelo de atención intercultural en salud (19).

Uno de los propósitos del desarrollo del Modelo de Atención Integral de Salud, Familiar y Comunitario, y de la atención primaria en salud en Chile, es “contribuir al mejoramiento de la situación de salud de los pueblos originarios, a través del desarrollo progresivo de un modelo de salud con enfoque intercultural que involucre su activa participación en la construcción, ejecución, control y evaluación del proceso” (20).

La incorporación de este enfoque comenzó en la Región de la Araucanía alrededor del año 1996 y fue respaldado posteriormente, con la reforma sectorial del año 2005 y la constitución del Programa Orígenes del Ministerio de Salud.

Existe una norma general administrativa (Resolución Exenta No. 261 de 2006) expedida por el MINSAL que aprueba la interculturalidad en los servicios de salud apoyándose en varios artículos de la Ley N° 19.253 que establece Normas sobre protección, fomento y desarrollo de los Indígenas, y crea la Corporación Nacional de Desarrollo Indígena. Esta norma ha permitido formular una Política de Salud y Pueblos Indígenas que promueve un modelo de atención en salud con enfoque intercultural (20).

La Política de Salud y Pueblos Indígenas establece, además del marco conceptual y de principios, la construcción participativa del modelo de atención con enfoque intercultural; el reconocimiento, protección y fortalecimiento de los conocimientos y las prácticas de los sistemas médicos de los pueblos originarios; los aspectos relacionados con la participación de los pueblos originarios en el diagnóstico, gestión, control y evaluación de los programas; salud familiar y promoción de la salud; las formas de programación y gestión en cuanto a la incorporación de la identidad en las estadísticas oficiales, el enfoque intercultural en la entrega de los servicios, el desarrollo de planes comunitarios y el papel de los asesores en salud, entre otros; salud ambiental; inversión en infraestructura en áreas de comunidades mapuche y la pertinencia cultural de las construcciones; incorporación del enfoque intercultural en los programas de formación, capacitación y desarrollo de los recursos humanos, y el perfil y papel intercultural de los facilitadores y asesores comunitarios; la inclusión de los pueblos originarios en los beneficios y prestaciones que en todos los niveles de atención garantiza el FONASA; y los aspectos sobre cooperación, relaciones internacionales e investigación (12).

Igualmente, se dice que “Para el Modelo de Atención Integral de Salud, así como para el conjunto de las áreas de la reforma, hay principios orientadores como la equidad y la participación y está orientado fundamentalmente a mejorar la calidad de vida de las personas, las familias y comunidades. Si a estos principios, agregamos además la interculturalidad, se debieran incorporar estrategias de pertinencia cultural que respondan a las particularidades de los distintos pueblos

originarios y de la población extranjera que vive en el país en las políticas de atención, prevención, rehabilitación y promoción de la salud, que sean diseñadas, ejecutadas y evaluadas participativamente” (21).

5.18.5 APS en Chile desde Alma Ata y el enfoque de derechos. Chile es uno de los países de la región en donde el esfuerzo del gobierno por desarrollar el discurso y la práctica para diseñar e implementar la APS parecieran ser más fuertes y coherentes en el tiempo. La APS ha sido posicionada en la agenda de la política pública de salud del país en todo el territorio nacional y se vienen desarrollando acciones desde las instituciones públicas para darle continuidad en el tiempo, expandirla progresivamente y mejorar su calidad (12).

Gran parte de la población chilena, especialmente de los sectores de la población de menores ingresos, tiene como puerta de entrada al sistema de salud la atención primaria. Se transita del modelo tradicional de centros de salud a un enfoque más integral y resolutivo con base en centros de salud familiar y comunitario y redes integrales de servicios de salud.

La asignación de recursos financieros y su protección ha venido creciendo, así como la dotación en infraestructura física, equipamiento y recurso humano. Se observa un importante esfuerzo por promover espacios para la participación comunitaria, la acción intersectorial por la salud y relaciones de interculturalidad entre la medicina tradicional mapuche y la medicina occidental. En estas tareas el gobierno nacional y los gobiernos territoriales juegan un papel protagónico (12).

Sin embargo, el modelo en desarrollo continúa arrastrando la herencia del régimen militar en cuanto al modelo de aseguramiento asumido por la configuración del sistema de salud con énfasis en paquetes de prestaciones, segmentación público-privada, gestión municipalizada y privada, combinada con gestión vertical desde el ministerio de salud, debilidad del financiamiento, insuficiencia de recurso humano y de participación comunitaria, escaso esfuerzo intersectorial en el territorio, y discrepancias en el enfoque intercultural (12).

El modelo de aseguramiento y de mix público privado del sistema de salud se ha mantenido a pesar de las reformas que se promueven desde la década pasada para fortalecer lo público, mejorar las prestaciones y programas de reforzamiento a que la población tiene derecho, el acceso de la población a las mismas y la acción sobre determinantes sociales de las desigualdades en salud. Persisten tendencias a la privatización y se mantiene la segmentación y fragmentación. Lo

anterior parece dificultar una verdadera universalización y enfoque integral de la APS (12).

5.18.6 Integralidad en Colombia. Como se abordó en el capítulo 2, la APS desde la ley 1438 del 2011 tiene tres formas distintas de implementarse en el país, la primera, por las EPS del régimen contributivo, con enfoque asistencial de prestaciones individuales con base en el contenido del Plan Obligatorio de Salud, el financiamiento contributivo y las estrategias de regulación técnico-organizacional de las empresas aseguradoras de los servicios de salud, las cuales están bajo la competencia y posicionamiento del mercado (22, 23).

La segunda, según las modalidades de APS del régimen subsidiado y de los entes territoriales gubernamentales (secretarías de salud departamentales, distritales y municipales) con base en las intervenciones de promoción y prevención del plan de salud pública, financiada con los recursos fiscales de transferencia de la nación y con las rentas locales según la voluntad política, con capacidad de asignación de recursos del ente territorial respectivo, generando a través de estos, programas y proyectos que son implementados principalmente en el trabajo de agentes comunitarios de salud.

También perteneciente al régimen subsidiado, se desarrollan acciones relacionadas con APS adelantadas por las secretarías de salud, pero que adiciona a las acciones colectivas de salud pública las prestaciones individuales del plan obligatorio de salud del régimen subsidiado, ampliando el recurso humano más allá de los agentes comunitarios de salud. Esta última posibilidad, es generalmente un híbrido entre la APS integral y la APS selectiva, que resulta cuando concurren en la prestación de los servicios de atención primaria, las fuentes de financiamiento de salud pública y del régimen subsidiado en dependencia de los acuerdos que se logren entre las secretarías de salud y las EPS (23).

La tercera, las experiencias interculturales de los pueblos originarios, también financiadas con recursos del régimen subsidiado de salud y de salud pública pero que, a diferencia de la anterior, reflejan la búsqueda de cohabitación entre la medicina tradicional indígena y la medicina occidental (46).

En este abordaje la Ley 1438 de 2011 en su artículo 13, define los principios y los elementos para la implementación de la atención primaria en salud. Principios: “universalidad, interculturalidad, igualdad y enfoque diferencial, atención integral e

integrada, acción intersectorial por la salud, participación social comunitaria y ciudadanía decisoria y paritaria, calidad, sostenibilidad, eficiencia, transparencia, progresividad e irreversibilidad” (23).

Desde ese año se nombró la APS, como se describió en el capítulo anterior, como una “estrategia de coordinación intersectorial que permite la atención integral e integrada, desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación del paciente en todos los niveles de complejidad a fin de garantizar un mayor nivel de bienestar en los usuarios, sin perjuicio de las competencias legales de cada uno de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud” la cual cuatro años después, se ve materializada en la política de Atención Integral en Salud y su modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) (24).

El MIAS es un modelo de aseguramiento y prestación de servicios de salud, de reciente aparición que desde una experiencia piloto ha sido implementado inicialmente, en el departamento de Guainía. Tiene un enfoque fundamentado en el principio de diversidad étnica, cultural, y de APS. Con énfasis en el componente familiar y comunitario, así como en procesos que garanticen la articulación de los actores sociales y de los agentes del sistema de manera que se garantice efectivamente el acceso de la población a los servicios de salud. El modelo responde a los contenidos previstos en el Plan Decenal de Salud Pública 2012 y en el Plan Territorial de Salud del departamento. Su implementación se realiza de manera gradual, durante un periodo de 5 años, y en concertación con los pueblos indígenas del departamento, a través de sus instancias representativas, con el propósito de mejorar los resultados en salud de los habitantes del departamento de Guainía (24).

Las estrategias de operación del modelo se centran en: Mejorar la calidad del servicio, orientada a la población; mejorar la efectividad (costo-beneficio) de las intervenciones y, por tanto, la capacidad resolutoria en todos los niveles de atención; fortalecer la continuidad asistencial, al favorecer la coordinación entre la salud pública, las acciones de los servicios primarios y especializados, y la comunidad; mejorar el desarrollo profesional, enmarcado en la política de talento humano en salud; y mejorar la eficiencia, gestión y organización (24).

Para abordar la integralidad desde la promoción hasta la paliación planteada por la Ley Estatutaria de Salud, es necesario interpretarla desde la perspectiva de no fragmentación, de acuerdo con el artículo octavo en el que se especifica que tanto el alcance como la cobertura integral en salud y enfermedad, involucra el

suministro de servicios y tecnologías “de manera completa” y comprende “todos los elementos esenciales (...) respecto de la necesidad específica de salud” (24).

Lo anterior en relación con la definición de integralidad presentada al inicio de este capítulo, permite identificar como el nuevo modelo de atención en salud propuesto, abre camino para que mediante un enfoque basado en APS, se acompañe a la población de manera multidimensional y no fragmentada, un cambio en el rol de los aseguradores en términos de una mayor responsabilidad por la promoción y la gestión del riesgo en salud desde el ámbito individual, familiar y comunitario.

Hoy, mientras se operativiza el modelo descrito, algunas de las mayores dificultades que presenta el Sistema de Salud en Colombia, es la segmentación de la población y la fragmentación de actores, instituciones, programas y servicios; las limitaciones en cooperación intersectorial e interinstitucional, la pérdida de territorialidad lo que se contrapone con el proceso de descentralización y las competencias de los gobiernos locales en materia de salud, asociado a los altos costos de las transacciones, la competencia y lucro financiero que impone el mercado (5).

5.18.7 Participación comunitaria. Uno de los planteamientos centrales de la Declaración de Alma Ata, fue el reconocimiento del derecho y deber de los individuos y colectividades a participar en la planificación e implementación de su atención sanitaria (OMS, 1978). Igualmente, la Constitución Política de Colombia de 1991 señala que el Estado debe contribuir a promover mecanismos democráticos en distintas instancias de participación, concertación, control y vigilancia de la gestión pública.

El Decreto 1757 de 1994 organiza y establece las modalidades de participación social en la prestación de servicios de salud. En él se define la participación social como “el proceso de interacción social para intervenir en las decisiones de salud respondiendo a intereses individuales y colectivos para la gestión y dirección de sus procesos, basada en los principios constitucionales de solidaridad, equidad y universalidad en la búsqueda de bienestar humano y desarrollo social” (23).

Esos planteamientos fueron retomados por la Ley 1438 de 2011 al establecer que uno de los componentes claves de la APS en Colombia, debía ser la participación social, comunitaria y ciudadana. De este modo, las comunidades tienen espacios de participación formal para la concertación con las administraciones municipales en los denominados Comités de Participación Comunitaria (COPACOS), en los

consejos locales de planificación social, en los consejos locales de salud (en Bogotá) y en las juntas directivas de los hospitales públicos (23).

Desde salud pública algunos entes territoriales promueven programas de APS con agentes comunitarios pagados que promueven la participación comunitaria en los territorios. Cada hospital público y EPS, disponen de comités de usuarios y las autoridades de salud, disponen de oficinas de participación. Sin embargo, se reconoce por el Ministerio de Salud y Protección Social que la participación social, comunitaria y ciudadana es deficiente, instrumental de los actores del SGSSS (EPS, hospitales y autoridades sanitarias) y burocratizada (23).

Este hecho a sucedido que la participación de las comunidades desde sus modalidades de actuación, se ha dado al servicio de las instituciones de salud, más que en función de las propias comunidades, con límites y regulaciones rígidas para los funcionarios encargados de promoverla que dificultan que la ciudadanía participe en las decisiones, pueda empoderarse y cualificarse políticamente para interactuar con las instituciones estatales y organismos del gobierno en salud (24).

Además de las limitaciones del sector salud para la participación, se dan las restricciones propias de la democracia en Colombia, la falta de suficientes garantías y de legitimidad de los procesos de organización y movilización social y la ausencia de suficientes y eficaces espacios que posibiliten que los ciudadanos y comunidades, tengan participación vinculante en los procesos de toma de decisiones, en la ejecución de las acciones y en el control y seguimiento de la gestión. Panorama que ha hecho que el derecho pleno a la salud, se vea en muchos casos obstaculizado desde barreras impuestas por los prestadores de servicios en salud, el conflicto interno del país y las brechas de desigualdad que ubican a un gran renglón de la población perteneciente específicamente al régimen subsidiado, en condiciones deficientes para agenciar el bienestar (24).

Ante este hecho, puede verse como la población colombiana reconoce que los limitados acercamientos participativos con el sector salud, están mediados generalmente por los instrumentos que en el país, permiten la efectividad de los derechos. Es decir, más por un reclamo ciudadano para el acceso o la calidad de los servicios (derechos de petición, acción de tutela) que por una convicción ciudadana informada y fundamentada en la importancia de la participación (5).

Por tanto, es claro las limitaciones que se tienen para que las personas y comunidades puedan incidir en la toma de decisiones. Resulta significativo que, por lo general, la participación se queda en el nivel de consulta, y es mínima su

intervención en la gestión, implementación y evaluación de las Políticas Públicas y en la toma de decisiones. Por otra parte, las veedurías y el control social no tienen mayor impacto debido a la dispersión y la debilidad de su capacidad técnica para el seguimiento y la evaluación de resultados. A lo anterior se suma que, aunque se promueve la participación formal, no hay voluntad política suficiente y continua de compartir el poder en la toma de decisiones, lo que manifiesta una visión autoritaria de los grupos en el poder político e institucional (5).

Por último, para el fortalecimiento de la participación efectiva en el sistema de salud, con capacidad decisoria para la transformación de diferentes elementos, se requiere de una formación del talento humano en el concepto integral de la salud, las modalidades legítimas de participación y sus implicaciones, la capacitación y fortalecimiento de las organizaciones sociales y comunitarias, con acciones que se encuentren apoyadas en la academia y la investigación, el conocimiento y las evidencias nacionales e internacionales, y un acompañamiento de procesos de comunicación social para el desarrollo (5).

5.18.8 Acción intersectorial. En relación con esta categoría, se han venido constituyendo comisiones entre las cuales se destaca la Comisión Intersectorial de Salud Pública del Ministerio de Salud y Protección Social mediante el Decreto No. 859 del 6 de Mayo del año 2014, integrada por 9 Ministerios y 3 Departamentos nacionales, con la finalidad de coordinar y hacer seguimiento al Plan Decenal de Salud Pública; la Comisión Intersectorial para la Atención Integral de la Primera Infancia, la Comisión Intersectorial de Medidas Sanitarias, la Comisión Intersectorial de la Red para la Superación de la Pobreza Extrema UNIDOS, la Comisión Intersectorial para la estrategia de Cero a Siempre, la Comisión Intersectorial de Seguridad, la Comisión Intersectorial de Seguridad Alimentaria y Nutricional CISAN, la Comisión Técnica Intersectorial para la prevención y el control de la contaminación del Aire CONAIRE, la Comisión Intersectorial de Vivienda de Interés Social Rural, entre otras relacionadas (23).

Entre otras funciones de esta comisión, se encuentran las de orientar la intervención de los determinantes en salud a través de políticas públicas, la promoción de la coordinación, cooperación y concertación entre diversos sectores y la coordinación de las comisiones intersectoriales antes nombradas, entre otros (23).

Estos avances, que son más del carácter nacional, se dan a pesar del enfoque individualista, biomédico y centrado en la atención de la enfermedad del modelo de atención en salud, que ha imposibilitado crear una cultura del gobierno, de las instituciones, de la fuerza de trabajo en salud y de los ciudadanos que reconozca

que la salud y las desigualdades en salud, son socialmente determinadas y que, como consecuencia, deben ser confrontadas desde la investigación de las desigualdades y sus causas, el análisis de la situación de salud, las acciones y los enfoques de las intervenciones a nivel territorial, poblacional y comunitario (5).

Respecto a la articulación y cooperación intersectorial e interinstitucional para mejorar los logros en salud pública, algunas ciudades han desarrollado diferentes formas de articulación y cooperación en algunas políticas, programas y proyectos, tales como: alianzas, contratos, mesas y reuniones de trabajo, firma de actas de compromiso, realización de diagnósticos comunitarios e intersectoriales en salud, negociación de responsabilidades y convenios interadministrativos (5).

Estas formas de articulación y/o cooperación se han dado entre diferentes actores: Concejo Municipal, Comité Municipal de Política Social (COMPOS), entidades de vigilancia y control, EPS, IPS, ICBF, Comisarías de Familia, Registraduría, Secretaría de Hacienda, Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Salud, Secretaría de Educación, Secretaría de Cultura, Recreación y Deporte, Secretaría de Desarrollo y Medio Ambiente, universidades públicas y/o privadas, ONG y comunidades, según las políticas y programas (5).

El resultado y avances que en materia de intersectorialidad de procesos sociales, ha permitido impactar la agenda pública y programática del país, posiciona un avance importante en aspectos técnicos y en concordancia de enfoques, relacionados con los ciclos de las políticas públicas; la integración de sectores, el establecimiento de alianzas y la coordinación cooperada, han hecho que se resalten importantes transformaciones en la materialización de las políticas y programas que especialmente se dirigen a las poblaciones prioritarias y en situaciones de vulnerabilidad social.

Tal es el caso de la política nacional de cero a siempre, la política de infancia y adolescencia, violencia intrafamiliar y sexual, vacunación, discapacidad, salud mental, farmacodependencia, desnutrición infantil, enfermedades crónicas, sífilis congénita, seguridad ciudadana, investigación, emergencias y desastres, dotación y mejoramiento de infraestructura, vigilancia epidemiológica y promoción de la salud.

Sin embargo, y a pesar de que se reconoce la importancia de la articulación y la cooperación intersectorial e interinstitucional desarrollada en diferentes formas, son múltiples los obstáculos que aún debilitan el desarrollo de acciones en SP relacionadas con la capacidad de rectoría y gobernanza (5).

5.18.9 Interculturalidad. El enfoque diferencial de los programas de salud pública está contemplado como una estrategia que permite la inclusión de la población vulnerable (Afrocolombiana e indígena, entre otros) como beneficiaria de los programas, planes y proyectos de salud; éste se encuentra definido, tanto en el plan decenal de salud pública, como en la ley 1438 de 2011. La oferta institucional de los programas de promoción de la salud debe ser respetuosa con la cosmovisión, usos y costumbres de esta población, debe de ser adecuada sociocultural y técnicamente, y debe ser ajustada a la legislación indígena aplicable en salud; estos temas son importantes y de tratamiento particular (23).

El país cuenta con experiencias históricas y autónomas construidas por las comunidades indígenas en un esfuerzo por hacer valer sus tradiciones culturales. En estas experiencias, los pueblos indígenas han definido su concepción de salud y desde allí han desarrollado programas y proyectos por ejemplo, los indígenas del Cauca cuentan con un Programa de Salud Integral, que incluye la creación de un Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural (SISPI) para fortalecer sus sistemas médicos propios y esclarecer su relación con el sistema de salud occidental en términos del derecho a la salud, la interculturalidad, la gratuidad e integralidad del cuidado (23).

Para los pueblos indígenas el enfoque de la APS no comienza por llevar el médico, la enfermera o el odontólogo a las familias, que sigue siendo el procedimiento del modelo asistencialista occidental, sino promover que el agente comunitario de salud coadyude al manejo de los procesos de desarmonía en sus distintos espacios (persona, familia, comunidad y territorio) e interactúe con el otro conocimiento (el occidental) desde el conocimiento tradicional (23).

Cada pueblo tiene su propia estructura organizativa tradicional sobre la salud. Hay un ordenamiento territorial, de gobierno y cultural propio de cada pueblo. Por eso, es propio de los conocimientos y prácticas de cada pueblo indígena, hacer su forma particular de saneamiento de la naturaleza, de lo colectivo y de lo personal para prevenir la enfermedad y restituir la salud restaurando el equilibrio en los distintos niveles y entre ellos (23).

Los agentes comunitarios de salud indígena deben responder a las necesidades de sus comunidades, territorios y autoridades ancestrales, y no depender ni laboral ni técnicamente de las autoridades y profesionales occidentales. Sin embargo, con el paso del tiempo se han encontrado con la necesidad de formar ellos mismos, a sus agentes comunitarios indígenas en las técnicas occidentales

que ellos mismos como profesionales han venido aprendiendo, pero el gobierno no les autoriza a ellos esta formación. Igualmente buscan que las enfermedades que surgen por eventos como los cambios climáticos, tengan programas adecuados al contexto real y deben prepararse los agentes de acuerdo a ello.

Además de los problemas de las dificultades que el conflicto armado genera a las comunidades indígenas en sus territorios, y los inconvenientes ambientales del modelo depredador de desarrollo económico, específicamente uno de los desafíos que enfrenta el modelo intercultural de salud que desarrollan estas comunidades es la incertidumbre sobre su sobrevivencia en el nuevo contexto de reforma del SGSSS. Ante las posibilidades de cambios en el actual modelo del sistema general de seguridad social en salud, las autoridades indígenas piensan que, en cualquier caso, debe continuar lo que se ha venido construyendo porque lo que se construye es un órgano indígena de gobierno en salud (23).

El Proyecto Piloto del MIAS en Guainía para atención de poblaciones en zonas dispersas que bien vale la pena reseñar, quiere implementar un modelo de atención que garantice acceso efectivo a la salud integral de toda la población del departamento del Guainía - 40.000 habitantes de los cuales el 85% es población indígena – en un territorio que es un resguardo indígena y que tiene un índice de dispersión poblacional de 0.5 habitantes por Kilómetro cuadrado. Este por estar basado en un enfoque de APS, tiene la interculturalidad como principio.

5.18.10 APS en Colombia desde Alma Ata y el enfoque de derechos. El modelo de atención actual está influenciado por la racionalidad de mercado del sistema de aseguramiento en salud, aunque en algunos entes territoriales, particularmente en Bogotá, han buscado imprimir a sus experiencias distintas concepciones de gobierno en salud. En el caso de esta ciudad fue perceptible en los últimos periodos de gobierno, exceptuando el actual, un enfoque de planificación estatal y participativa de las acciones de APS del plan de salud pública con base en criterios de necesidad, población y territorios, siendo este modelo más horizontal y abierto, que los que influyen en el aseguramiento bajo los planes obligatorios de salud, que han sido más verticales y fundados en criterios cerrados de costo-efectividad y por lo tanto, preentan prestaciones predefinidas.

Según Molina y Colaboradores (5), diferente es el caso de ciudades como Medellín, Bucaramanga y Pasto, Leticia y Barranquilla en las cuales a pesar de que sus modelos de atención están basados en la promoción de la salud, derechos y educación para la salud con enfoques diferenciales, poblacional y por ciclo vital, en la práctica se evidencia una débil comprensión e implementación de los mismos, explicada en las siguientes razones:

- Discontinuidad y fragmentación en las políticas de salud.
- Duplicidad de acciones por parte de diversos actores sobre los mismos problemas y poblaciones.
- El enfoque rentista, morbicéntrico y curativo predominante en la estructura del sistema de salud, que resta valor a las acciones de promoción de la salud, prevención y manejo de los riesgos.
- La separación de las acciones individuales y colectivas desde la estructura del SGSSS que limita el acceso, la integralidad, continuidad de la atención y la utilización racional de los recursos.
- Focalización y priorización de la población, que restringe la cobertura de otros grupos generando nuevas formas de exclusión.
- El poco conocimiento de los conceptos de salud pública, APS y promoción de la salud por los actores institucionales, el personal de salud y la comunidad, debido a que gran parte del personal de salud tiene poca formación en SP y está ocupado en asuntos administrativos del SGSSS, con una alta rotación e inestabilidad laboral.
- La intervención clientelista en los nombramientos del personal de salud, lo que no permite consolidar la capacidad técnico-científica en los programas y proyectos en SP.

Hay que resaltar el esfuerzo de las comunidades indígenas por lograr modelos interculturales que hagan visible los sistemas propios de salud. Aunque enfrentan dificultades para el reconocimiento de sus enfoques tradicionales de medicina no sólo por parte del gobierno sino también de las EPS y de los profesionales de la medicina occidental, estas comunidades han constituido sus propias EPS e IPS indígenas de primer nivel de complejidad y han podido avanzar hasta lograr darle forma y legitimación al Sistema Indígena de Salud Propio e Intercultural (SISPI) (23).

Hasta el momento, y mientras comienza la implementación territorial de la Política de Atención Integral en Salud, que tiene como objetivo; orientar el sistema hacia la generación de las mejores condiciones de la salud de la población, mediante la regulación de las condiciones de intervención de los agentes hacia el “acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad para la

preservación, el mejoramiento y la promoción de la salud”, se garantizaría con eficacia el derecho a la salud de acuerdo con la Ley Estatutaria 1751 de 2015 (24).

El Modelo de Atención Integral de Salud, el cual según la resolución 3202 de 2016 adopta el manual metodológico para la elaboración e implementación desde las Rutas Integrales de Atención en Salud- RIAS, prioriza la prevención y mantenimiento con dos grandes componentes, el de gestión de la salud pública y el de promoción de la salud. El primero contempla; procesos misionales en donde se propone la gestión de la prestación de servicios individuales, de intervenciones colectivas, la vigilancia en Salud Pública, la Inspección, vigilancia y control sanitario y gestión del aseguramiento; procesos estratégicos que propenden por planeación integral de la salud, coordinación intersectorial, desarrollo de capacidades, participación social y gestión del conocimiento; procesos de apoyo en la gestión administrativa y financiera, del talento humano y de insumos en salud pública (24).

Y el componente de promoción de la salud, insta por educar en pautas de cuidado y crianza positivas, promover la adopción de prácticas de cuidado para la salud y la alimentación saludable, educar en derechos sexuales, promover la construcción de estrategias de afrontamiento frente a sucesos vitales, promover la sana convivencia, educar en prácticas de cuidado y protección del ambiente, educar para el mantenimiento de un ambiente seguro, promover el ejercicio del derecho a la salud y el cuidado a cuidadores. Lo cual en el mediano y largo plazo, se espera consolide una apuesta por la atención integral basada en la APS, como las estrategias propias de la promoción de la salud y la continuidad del cuidado (24).

Este modelo tiene como una de sus bases Ley Estatutaria de la Salud que tiene por objetivo “garantizar el derecho a la salud, regularlo y establecer sus mecanismos de protección”. Fue promulgada como un nuevo contrato social entre el Estado y la sociedad, con el fin de compaginar tanto la naturaleza como el contenido del derecho fundamental a la salud y constituye una oportunidad para reorientar las prioridades del Sistema, así como su operación hacia el beneficio del ciudadano (24).

De esta manera, a través de la Ley Estatutaria se visualiza de una manera más directa un enfoque de derechos para Colombia, que basado en los principios de la APS, hace un giro esencial situando el derecho a la salud en el ámbito del Sistema de Salud y no del Sistema de Seguridad Social en Salud (donde antes se concebía que la salud era un servicio público asociado a la capacidad de pago) y reconoció además su carácter de derecho humano fundamental (24).

Adopta así mismo, un enfoque colectivo de la salud presente tanto en las acciones de promoción y prevención para todas las personas, como en las obligaciones del Estado. Destaca en cabeza de este, la formulación y adopción de “políticas que propendan por la promoción de la salud, prevención y atención de la enfermedad y rehabilitación de sus secuelas, mediante acciones colectivas e individuales”. Los principios resaltan además la universalidad y equidad del derecho, así como de una política destinada a reducir las desigualdades de los “determinantes sociales de la salud que incidan en el goce efectivo del derecho a la salud, promover el mejoramiento de la salud, prevenir la enfermedad y elevar el nivel de la calidad de vida” (24).

Si bien la Ley Estatutaria 1751 del 2015 mantiene los principios e instrumentos para la protección de la enfermedad, amplía de manera sustancial el contexto de la salud al incluir las acciones intersectoriales requeridas para afectar los determinantes sociales y sitúa la evaluación técnica y social del Sistema en su efectividad para “mejorar las condiciones de salud de la población”. Esto implica reivindicar las intervenciones que propendan por ganancias en salud a través de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad (24).

Con esta visión se reafirma además de manera explícita el autocuidado, como el primer deber de las personas y lo extiende al cuidado de su familia y de la comunidad, e incentiva la autonomía profesional del personal de la salud a cargo del cuidado de las comunidades (24).

Como puede verse hasta ahora, uno de los mayores problemas del sistema, es la desconexión entre las funciones de salud pública y las del aseguramiento. En los sistemas centralizados esta dicotomía existe de manera diferente ya que la salud pública y el aseguramiento se manejan en la interacción entre la entidad político administrativa territorial y un único representante de la seguridad social o de manera unificada, cuando no existe la seguridad social. En Colombia la fragmentación se origina en la coexistencia autónoma de más de 1.011 entidades territoriales, 10.051 instituciones prestadoras de servicios de salud y 70 aseguradoras (24).

Por esta razón, el artículo 65 del Plan de Desarrollo 2014-2018 señaló la definición de una Política de Atención Integral en Salud. Que como se mencionó, busca definir las bases que permitan la acción coordinada de las normas, reglamentos, agentes y usuarios hacia las acciones e intervenciones que permitan la injerencia oportuna y efectiva del sistema en la resolución de los problemas colectivos e

individuales que no permitan o afecten las ganancias en salud de la población colombiana.

6. Conclusiones

- Las diferencias entre Chile y Colombia desde las características poblacionales en su densidad y distribución sociodemográfica: Chile tiene una población general que corresponde en proporción al 37% de la población colombiana, así mismo la mayoría de personas se encuentran concentradas en las zonas urbanas y solo un 13% en las áreas rurales. En contraste, Colombia tiene una franja importante de su población ubicada en la zona rural 42.7% de la población general y se considera que un importante número de estas personas es población rural dispersa, lo que dificulta en gran medida acercar a la población desde una estrategia como lo es APS a los servicios sociales y de salud, las distancias entre los lugares de residencia y los centros de asistencia médica, profundizan la problemática en la zona rural, limitando en gran medida la atención de las patologías de alto costo con niveles altos de complejidad, que solo se encuentran en los centros urbanos, y el desarrollo de acciones de promoción de la salud que permitan tener desde la APS una puerta de entrada al sistema de salud. Lo anterior, reafirma que el modelo de desarrollo con prioridades de mercado, conlleva al fracaso del mundo rural, en el cual es poca la presencia del estado y se amplía aún más las brechas entre lo urbano y lo rural.
- Los avances en la implementación de la APS para ambos países es bastante disímil, aunque se denota en Colombia una promulgación normativa fuerte de reorientar los procesos sociales y de salud pública hacia una acción cooperada que posicionen la APS a través de la reingeniería del SGSSS, aún no se visualiza, como en el caso de Chile, la implementación de la ley en materia de los servicios asistenciales y de salud; el país austral decreta con mayor vehemencia, las articulaciones prácticas entre redes integradas de servicios en diferentes prestaciones y programas del gobierno, que no están asociadas exclusivamente con la rectoría del sector salud, sino con líneas operativas de diferentes programas presidenciales y macroeconómicos como un todo integrado para la superación de la desigualdad y pobreza extrema.
- Desde el punto de vista conceptual la Política de Atención Integral en Salud de Colombia define el norte para la transformación operativa de la organización y prestación de los servicios de salud en el país, coordinada a la salud pública e integral en su componente individual. Cada uno de los componentes de la política y sus interrelaciones le permitirán al sector enfrentar los problemas de descoordinación y dispersión que se ha dado

hasta el momento. El modelo integral (MIAS), las rutas de atención, las redes de atención, la gestión del riesgo, la territorialización, aunado a los ajustes que deben darse en consecuencia en la formación de recursos humanos y la investigación e innovación son partes de la política que tiene como fin reposicionar la salud pública y reestablecer la salud como un derecho humano fundamental.

- Los cambios en el modelo de desarrollo chileno, tanto desde su concepción económica como desde el papel que ha jugado el Estado, han tenido una fuerte incidencia en su sistema de salud, expuesto a matices ideológicos de izquierda, de la dictadura y del proceso neoliberal actual. Esto trajo una serie de consecuencias en términos de las políticas redistributivas implementadas, la promoción de la diversidad en la democracia, de la participación social y comunitaria, que si bien aun son incipientes en algunas zonas del país, reconocen como en algunos momentos este país, además de su afán por el crecimiento económico, genera acciones afirmativas desde los derechos fundamentales que le aportan al desarrollo humano, permitiendo de esta manera concebirse como un entorno propicio para organizar el sistema de salud según lineamientos de la APS Integral.

Referencias Iniciales

1. Cardona A. Economía, salud-enfermedad y modelos de desarrollo. En: Carlos e, Rosa S, Gloria G. (Compiladores). Cultura y Salud en la Construcción de las Américas, Bogotá: Instituto Colombiano de Antropología y Cultura; 1993.
2. Agudelo C. Desarrollo y Salud. Rev. Salud Pública. 1999; 1(1): 17- 28.
3. Mejía L, Franco A. Protección Social y Modelos de Desarrollo en América Latina. Rev. Salud Pública. 2007; 9 (3): 471- 83.
4. Mesa C. Models of Development, Social Policy and Reform in Latin America. Geneva: United Nations Research Institute for Social Development; 2002.
5. González D. Centro de Estudios Avanzados en Niñez y Juventud [Maestría en Educación y Desarrollo Humano]. Universidad de Manizales; 2010.
6. Sen A. El desarrollo como libertad [Internet]. [Consultado 2015 dic 21]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/539/53905501.pdf>.
7. Arcos O. Teorías y enfoques del desarrollo, Bogotá: Escuela superior de administración pública-ESAP; 2008.
8. Organización Mundial de la Salud-OMS. Fondo de Naciones Unidas para la Infancia. Conferencia Internacional sobre la Atención Primaria en Salud Alma-Ata, URSS, 6-12 Septiembre de 1978. Ginebra: OMS-UNICEF, 1978.
9. Apráez G. La medicina social y las experiencias de atención primaria de salud en Latinoamérica: historia con igual raíz. *Polis* [Internet]. 2010 [Consultado 2016 Mar 10]. Disponible en: <http://polis.revues.org/958>
10. Instituto Suramericano de Gobierno en Salud. Mapeo y análisis de los modelos de Atención Primaria en Salud en los países de América del Sur: Mapeo de la APS en Colombia. Rio de Janeiro: ISAGS; 2014.
11. Molina G, Muñoz I, Ramírez A. Dilemas en las decisiones en salud: Ética, derechos y deberes constitucionales frente a la rentabilidad del sistema de salud en Colombia. Medellín: La Carreta; 2011.

12. Organización Panamericana de la Salud. Abordaje de temas de salud para la perspectiva de salud internacional y la construcción de un modelo conceptual. Washington D.C.: OPS; 2015.
13. Organización Mundial de la Salud-OMS. Equidad y determinantes sociales de la salud. Ginebra: OMS; 2006.
14. Bronfenbrenner U. Toward an experimental ecology of human development. Amer Psychol. Washington, DC.[Internet] 1977; (32): 513-531 [Consultado 2016 marzo 14] Disponible en: <http://cac.dept.uncg.edu/hdf/facultystaff/Tudge/Bronfenbrenner%201977.pdf>
15. Nieto E. Desarrollo y Salud: ejes de convergencia. Medellín: Memorias II Congreso Internacional de Salud Pública/ponencia panel Desarrollo y Salud; 2001. [Consultado 2016 Febrero 20] Disponible en: https://www.google.com.co/webhp?sourceid=chrome-instant&rlz=1C1LENP_enCO696CO696&ion=1&espv=2&ie=UTF-8#q=Desarrollo+y+Salud:+ejes+de+convergencia.nieto
16. Schulz A, Northridge M. Social determinants of Health: Implications for Environmental Health Educ Behav. 2004 Aug;31(4):455-71.
17. House J, Williams D. Understanding and Reducing Socioeconomic and Racial/Ethnic. Disparities in Health. In: Smedley B, Syme S, editors. Promoting Health: Intervention Strategies from Social and Behavioral Research. Washigton D.C.: National Academy Press; 2000. 81-124.
18. Lucumí D. Disparities in hypertension in Colombia: a mixed-method study. [PhD Thesis Health Behavior and Health Education]. Ann Harbor-MI: Michigan 2014 University; [Consultado 2016 Abril 10]Disponible en: https://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/107278/dilucumi_1.pdf?sequence=1
19. Suarez E. Políticas de la salud colombiana en los modelos de desarrollo. [internet]. Bogotá: investigación en enfermería: imagen y desarrollo. [Consultado 2016 Feb 01]. Disponible en <http://www.javeriana.edu.co/Facultades/Enfermeria/revista1/files/45.pdf>

20. Benach J, Vergara M, Muntaner C. Desigualdad en salud: la mayor epidemia del siglo XXI. Papeles 103; 2008. [Consultado 2015 sept 20] Disponible en https://www.fuhem.es/media/cdv/file/biblioteca/PDF%20Papeles/103/desigualdad_en_salud_.pdf
21. Organización Mundial de la Salud-OMS. Informe sobre la salud en el mundo: La Atención Primaria en salud, más necesaria que nunca. Ginebra: OMS; 2008.
22. Yin K. Case Study Research: Design and Methods. 4th ed: Thousand Oaks, London, Singapore, New Delhi; 2009.
23. Schneider B, Soskice D. Inequality in Developed Countries and Latin America: Coordinated, Liberal and Hierarchical Systems. Socioecon Rev. 2009; 38(1): 17-52.
24. Londoño J. Distribución del ingreso y desarrollo económico: Colombia en el siglo XX. Bogotá DC, Colombia: Tercer Mundo Editores; 1995.
25. Huber E, Stephens J. Successful Social Policy Regimes? Political Economy and the Structure of Social Policy in Argentina, Chile, Uruguay, and Costa Rica, Paper presented at the conference “Democratic Governability in Latin America”; University of Notre Dame 2005.
26. Martinez J. Welfare regimes in Latin America: Capturing constellations of markets, families, and policies. Latin American Politics and Society. 2008; 50(2): 67-100.
27. Pribble J. Worlds Apart: Social Policy Regimes in Latin America. Studies in Comparative International Development. 2010; 46(2): 191-216.
28. Rudra N. Welfare States in Developing Countries: Unique or Universal. Political Science. 2007; 69 (2): 378-96.
29. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo- PNUD. Informe Desarrollo Humano. Bogotá: Tercer Mundo Editores; 1990 [Consultado 2015 dic 11]. Disponible en: http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr_1990_es_completo_nostats.pdf.

30. Banco Mundial. Índice de Ginni Datos [internet]. [Consultado 2015 feb 11]. Disponible en: <http://datos.bancomundial.org/indicador/SI.POV.GINI>.
31. Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud. Perfil de los sistemas de salud Colombia. Informe del grupo de científicos OPS-OMS. Washington, D.C.: OPS; 2009.
32. Fleury S. ¿Universal, dual o plural? Modelos y dilemas de atención de la salud, en América Latina: Chile, Brasil y Colombia. En: Molina C, Nuñez del Arco J. Servicios de salud en América latina y Asia. Washington, D.C: Banco Interamericano de Desarrollo; 2003.
33. Lavis J, Wilson M, Moat K, Hammill A, Boyko J, Grimshaw J. Developing and refining the methods for a 'one-stop shop' for research evidence about health systems. Health Research Policy and Systems. 2015; 13:10.

Referencias Capitulo 1

1. Jaguaribe H. Crisis y alternativas de Américas latinas: reforma o revolución [Internet]. [Consultado 2015 dic 16]. Disponible en: <http://www.zonaeconomica.com/modelos-desarrollo>.
2. Departamento Administrativo Nacional de Estadística- DANE. Producto Interno Bruto. [Consultado 2015 dic 16]. Disponible en: http://www.dane.gov.co/files/faqs/faq_pib.pdf.
3. Sen A. Commodities and Capabilities. Amsterdam: North-Holland; 1985. [Consultado 2016 feb 21]. Disponible en: http://morgana.unimore.it/Picchio_Antonella/Sviluppo%20umano/svilupp%20umano/Sen%20development.pdf
4. Ranis G, Stewart F. Crecimiento económico y desarrollo humano en América Latina. CEPAL 2002; (78): 7-24 [Consultado 2015 dic 18]. Disponible en: <http://repositorio.cepal.org/handle/11362/10848>.
5. Zorro C. El potencial humano fundamento del desarrollo y la agencia instrumento para hacerla realidad Conferencia. [Consultado 2015 dic 18].

- Disponible en:
http://czorro.uniandes.edu.co/Documentos/El_Potencial_Humano_Carlos_Zorro.docx.
6. Max Neef M. Desarrollo a escala humana: Conceptos, aplicaciones y algunas reflexiones [Consultado 2015 dic 18]. Disponible en:
<http://ecologia.unibague.edu.co/Desarrollo%20a%20escala%20humana.pdf>.
 7. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo- PNUD. Desarrollo Humano Informe Bogota: Tercer Mundo Editores; 1990 [Consultado 2015 dic 19]. Disponible en:
http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr_1990_es_completo_nostats.pdf.
 8. Sen A. Development as freedom [online]. New York: Anchor Books; 2000 [Consultado 2015 Dic 19]. Disponible en:
http://biblio3.url.edu.gt/Libros/dev_free/1.pdf.
 9. Tarlov A. Social determinants of health: the sociobiological translation. In Blane D, Brunner E, Wilkinson R (eds). Health and social organization. Londres: Routledge. 71- 93, 1996.
 10. Solar O, Irwin A. A conceptual framework for action on the social determinants of health. Ginebra, Organización Mundial de la Salud. (Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud, 2007 documento de debate). [Consultado 2015 dic 18]. Disponible en:
whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241500852_eng.pdf
 11. Nussbaum M. Crear capacidades: propuesta para el desarrollo humano. Gest. Soc [Internet]. 2013; 6(1): 208-212. [Consultado 2015 dic 20]. Disponible en:
<https://books.google.com.co/books?isbn=8449326915>
 12. Gough I. El enfoque de las capacidades de M. Nussbaum: un análisis comparado con nuestra teoría de las necesidades humanas.[Internet]. [Consultado 2015 dic 20]. Disponible en:
<http://www.otrodesarrollo.com/desarrollohumano/GoughEnfoqueCapacidadesNussbaum.pdf>
 13. Ezequiel F. Política Distributiva. [Consultado 2016 mayo 10]. Disponible en:
<http://www.econlink.com.ar/politica-distributiva>.

14. Nicolau, Agustí (2001). "Propuestas para una diversidad cultural intercultural en la era de la globalización", Barcelona, pg. 5.[consultado 2016 marz 15] Disponible en: http://www.alliance21.org/es/proposals/finals/final_intercul_es.pdf
15. Canto M. Gobernanza y participación ciudadana en las políticas públicas frente al reto del desarrollo. Polít. cult 2008, n.30 pp.9-37. [2016 junio 11], Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-77422008000200002&lng=es&nrm=iso>. ISSN 0188-7742.
16. Organización Mundial de la Salud-OMS. Constitución de la organización mundial de la salud. [Internet]. [Consultado 2016 ene 22]. Disponible en: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf.
17. Gómez R. La noción de salud pública: consecuencias de la polisemia. Rev. Fac. Nac. Salud Pública [Intenet] 2002, 20 (1): 101-16 [Consultado 2016 mar 26] Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/120/12020109.pdf>.
18. Vega Romero R, Acosta Ramírez N, Mosquera Méndez P, Restrepo Vélez O. Atención Primaria Integral en Salud. Estrategia para la transformación del sistema de salud y el logro de la equidad en salud. Bogotá Colombia; 2009.
19. Organización Mundial de la Salud-OMS. Fondo de Naciones Unidas para la Infancia. Conferencia Internacional sobre la Atención Primaria en Salud Alma-Ata, URSS, 6-12 Septiembre de 1978. Ginebra: OMS-UNICEF, 1978.
20. Organización Mundial de la Salud-OMS. Fondo de Naciones Unidas. Carta de Ottawa para la promoción de la salud, Canadá, 1986.
21. Chapela M, Jarillo E. Promoción de la Salud, Siete tesis del debate. Cuad. méd. soc (Ros). 2001; (79): 59-69.
22. Gómez H. Teoría y práctica de la Salud Publica. Colombia: Editorial Universidad de Antioquia; 1987.
23. Organización Mundial de la Salud-OMS. Sistemas de Salud. [Internet]. [Consultado 2015 dic 16]. Disponible en: <http://www.who.int/healthsystems/about/es/>.

24. Londoño L, Frenk J. Pluralismo estructurado: hacia un modelo innovador para la reforma de los sistemas de salud en América Latina. [Internet]. [Consultado 2016 ene 25]. Disponible en: <http://www.iadb.org/res/publications/pubfiles/pubwp-353.pdf>.
25. Ruales J, Desafíos y perspectivas de los sistemas de salud y la gestión frente a las funciones esenciales de la salud pública. Rev. Fac. Nac. Salud Pública [en línea] 2004, 22 (marzo): [consultado: 2016 mar 26] Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=12021903>.
26. Organización Panamericana de la Salud- OPS, Organización Mundial de la Salud-OMS. Atención médica: Bases para la formulación de una política continental. Washington 6, D.C: OMS; 1962.
27. Laurell AC. Sistemas Universales de Salud: Retos y Desafíos.[Internet]. [Consultado 2016 mar 20]. Disponible en: <http://isags-unasul.org/ismoodle/isags/local/pdf/modulo3/sistemas-universais.pdf>
28. Grupo de trabajo de la Fundación Mexicana para la Salud , Universalidad de los servicios de salud en México. Salud Pública de México [consultado: 2016 abr 26] Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10625593003>.
29. Titonelli N. Salud en la perspectiva de la integralidad. Esc Anna Nery (print) 2013 Oct -Dec; 17 (4):599 – 602.
30. Salaverry O. Interculturalidad en salud. Rev. Perú. med. exp. salud pública 2010, vol.27, n.1 pp. 80-93 [Consultado 2016-06-11]. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342010000100013&lng=es&nrm=iso>. ISSN 1726-4634
31. Molina R, Pinto M, Henderson P, Vieira C. Gasto y financiamiento en salud: situación y tendencias. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 8(1/2), 2000.
32. Organización Mundial de la Salud. Macroeconomía y Salud: Invertir en Salud en pro del Desarrollo Económico. Ginebra: OMS; 2001.

33. Grossman M. On the concept of health capital and the demand for health. *Journal of Political Economy* 1972;80(2):223-255.
34. Sen A. ¿Por qué la equidad en salud? *Revista Panamericana de Salud Pública* 2002;11(5/ 6):316-326.
35. Rifkin S B. Walt G. Why Health Improves: Defining the Issues Concerning 'Comprehensive Primary Health Care' and 'Selective Primary Health Care. *Social Science Medicine*. 1986; 23(6):559-66.
36. Ase I, Burijovich J. La estrategia de Atención Primaria de la Salud: ¿progresividad o regresividad en el derecho a la salud?. *Salud colectiva* 2009 Abr; 5(1): 27-47 [Consultado 2016 mar 25]. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652009000100003&lng=es.
37. Public Health Agency of Canada. Experiences in Intersectoral Action, Public Policy and Health. Prepared by the Public Health Agency of Canada in collaboration with the Health Systems Knowledge Network of the World Health Organization's Commission on Social Determinants of Health and the Regional Network for Equity in Health in East and Southern Africa, EQUINET; 2007.
38. Cueto M. The Origins of Primary Health Care and Selective Primary Health Care. *American Journal of Public Health*. 2004; 94 (11): 1864-1874.
39. Walt G. Health Policy. An Introduction to Process and Power. Johannesburg, South Africa: Zed Books; 1994.
40. Frenk J. González-Block M. Primary Care and Reform of Health Systems: A Framework for the analysis of Latin American Experiences. *Health Services Management Research*. 1992; 5 (1):32-43.
41. PAHO-Pan American Health Organization, WHO- World Health Organization. Renewing Primary Health Care in the Americas. A Position Paper of the PAHO, Pan American Health Organization/WHO, World Health Organization. Washington D.C: 2007.

42. Starfield B, Shi L, Macinko J Contribution of Primary Care to Health Systems and Health. *The Milbank Quarterly*. 2005; 83 (3): 457-502.
43. Labonté R, Sanders D, Baum F, Schaay N, Packer C, Laplante D et al. Implementation, Effectiveness and Political Context of Comprehensive Primary Health Care: Preliminary Findings of a Global Literature Review. *Australian Journal of Primary Health*. 2008; 14 (3): 58-67.

Referencias Capítulo 2

1. Seoane José. Movimientos sociales y recursos naturales en América Latina: resistencias al neoliberalismo, configuración de alternativas. *Sociedade e Estado*, Brasília, v. 21, n.1, p. 85-107. 2006
2. PNUD. Informe sobre Desarrollo Humano 2015 Trabajo al servicio del desarrollo humano.[Consultado 2016 agosto 5]. Disponible en: <http://www.undp.org/content/undp/es/home/librarypage/hdr/2015-human-development-report.html>
3. Pizarro R. a vulnerabilidad social y sus desafíos: una mirada desde América Latina. División de Estadística y Proyecciones Económicas. Santiago de Chile, febrero de 2001
4. Instituto Nacional de Estadísticas. Población y Sociedad Aspectos demográficos, Santiago – Chile 2008 .[Consultado 2016 agosto 5]. Disponible en: http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/demografia_y_vitales/demografia/pdf/poblacion_sociedad_enero09.pdf
5. Banco mundial. Chile Panorama general. .[Consultado 2016 agosto 20]. Disponible en <http://www.bancomundial.org/es/country/chile/overview>
6. Sen A. El desarrollo como libertad [Internet]. [Consultado 2015 dic 21]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/539/53905501.pdf>.
7. Ramírez C. Modelo Económico Colombiano ¿Intervencionismo, Neoliberalismo o Estado de Bienestar? *Revista Saber, Ciencia y Libertad En Germinación*

8. Larraín F, Vergara R. La transformación económica de Chile. Santiago: Memoria Chilena, 2003. Cap: Chile en pos del desarrollo: veinticinco años de transformaciones económicas 3-26; Cap: Veinticinco años de inflación y estabilización en Chile 1973-1998 28-67
9. Banco Interamericano de Desarrollo. Reformas económicas en Chile, California: BID, 1992. Internet]. [Consultado 2016 dic 21]. books.google.com.co/books?id=K-KzAAAAIAAJ&q=Interamericano+de+Desarrollo.+Reformas+económicas+en+Chile&dq=Interamericano+de+Desarrollo.+Reformas+económicas+en+Chile&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwiExcOk3P3PAhWB6SYKHWLIDZEQ6AEIKDAA
10. Zaghera, R. (eds), *Development Challenges in the 1990s. Leading Policymakers Speak from Experience*. Washington DC: The World Bank.
11. Schneider, B. y Soskice, D. 2009. Inequality in Developed Countries and Latin America: Coordinated, Liberal and Hierarchical Systems. *Economy and Society* 38(1), 17-52.
12. Aguirre J, Julio R. Variedades de Capitalismo. Una aproximación al estudio comparado del capitalismo y sus aplicaciones para América Latina. Centro interdisciplinario para el estudio de políticas públicas. Buenos Aires, 2013
13. Saavedra E. 2014. El Modelo Económico-Político de Chile: Desarrollo Institucional en la Encrucijada. *economía y política* 1(1), 117-148.
14. Drago M. La reforma al sistema chileno desde la perspectiva de los derechos humanos. Santiago de Chile: CEPAL, 2006.
15. Laurell A. Políticas de salud en pugna: aseguramiento frente a sistemas universales públicos. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. [consultado el 20 de julio de 2016]; disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/es_0104-1169-rlae-02668.pdf
- 16.
17. Riesco M. “¿Un Nuevo Estado de Bienestar Desarrollista en Formación? Chile en América Latina”. *International Forum on the Social Science – Policy Nexus*. Buenos Aires. 2006, Disponible en:

http://www.cep.cl/Cenda/Gen_Documentos/Pub_MR/Ensayos/Paper_BAires_Esp.html

18. Garretón M. “Matriz Sociopolítica y Desarrollo Económico en Chile”. p. 6. Disponible en: <http://www.manuelantoniogarretón.cl>
19. Schkolnik M; Bonnefoy J. “Propuesta de tipología de las políticas sociales en Chile” UNICEF, p. 11. 1994
20. Olmos C, Silva R. El rol del Estado chileno en el desarrollo de las políticas de bienestar. Santiago de Chile: Expansiva, 2010
21. Weissbluth M, Inostroza J. Globalización y Reforma del Estado en Chile. Nordic Journal of Latin American and Caribbean Studies. Vol XXXVII: 2007, 1, pp. 285 – 310
22. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo- PNUD. Desarrollo Humano Informe. [internet]. Bogotá: Tercer Mundo Editores; 1990 [Consultado 2015 dic 19]. Disponible en: http://hdr.undp.org/sites/default/files/hdr_1990_es_completo_nostats.pdf.
23. Garretón M, Espinosa M. Tendencias de cambio en la matriz socio-política chilena. Una aproximación empírica. Consultado 2015 dic 5].Disponible en; <http://www.redalyc.org/pdf/115/11500106.pdf>
24. Conill EM, Fausto MCR. Análisis de la problemática de la integración APS en el contexto actual: causas que inciden en la fragmentación de servicios y sus efectos en La cohesión social. [Consultado: 2015 Abr 10]. Disponible em: http://www.eurosocialesalud.eu/docs/p4_1_1_1/Mzl=
25. Velásquez J. El desarrollo en Colombia: historia de una hegemonía discursiva. Rev Lasallista 1(1), 2002.
26. Castaño Z. Colombia y el modelo neoliberal. Universidad de Caldas. SF [Consultado: 2015 Abr 10] Disponible en: http://www.saber.ula.ve/bitstream/123456789/17535/2/ricardo_castano.pdf
27. Kalmanovitz I. Constitución y modelo económico. Versión 27 de mayo de 2001 Preparado para el Seminario: Diez años de la Constitución colombiana, 1991-

2001. Debate de Evaluación. Facultad de Derecho, Universidad Nacional e ILSA. 14 y 15 de junio de 2001, Auditorio León de Greiff.
28. Bossa A. Instituciones Políticas y Derecho Constitucional General, Editorial Leyer, Bogotá, 2001, pág. 84
 29. Uribe M, Alvarez J. Poderes y Regiones: Problemas de la Constitución de la Nación Colombiana, Medellín, Universidad de Antioquia, 1987, pág. 13.
 30. Archila M. "Tendencias Recientes de los Movimientos Sociales", en Francisco Leal B. (compilador), En Busca de la Estabilidad Perdida. Actores Políticos y Sociales en los Años Noventa, Bogotá, Tercer Mundo-IEPRI-Colciencias, 1995, pág. 263.
 31. Universidad de Antioquia. Antecedentes y contexto del surgimiento de la Constitución de 1991. [Consultado: 2015 Abr 10]. Disponible en <http://docencia.udea.edu.co/derecho/constitucion/antecedentes.html>
 32. Molina G, Muñoz I, Ramírez A. Dilemas en las decisiones en salud: Ética, derechos y deberes constitucionales frente a la rentabilidad del sistema de salud en Colombia. Medellín: La Carreta, 2011.
 33. Departamento Nacional de Planeación, Cuentas Nacionales, 1994. [Consultado: 2015 Abr 10] Disponible en: <https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/fichas/CuentasDepartamentales.pdf>
 34. O'Connor J. The Fiscal Crisis of the State, New York, Saint Martin Press, 1973, y Claus Offe, Contradictions of the Welfare State, Cambridge, The MIT Press, 1993.
 35. Molina G, Muñoz I, Ramírez A. Dilemas en las decisiones en salud: Ética, derechos y deberes constitucionales frente a la rentabilidad del sistema de salud en Colombia. Medellín: La Carreta, 2011.
 36. Instituto Suramericano de Gobierno en Salud. Mapeo y análisis de los modelos de Atención Primaria en Salud en los países de América del Sur: Mapeo de la APS en Chile. Rio de Janeiro: ISAGS, 2014.
 37. Becerril V, Reyes D, Manuel A. Sistema de salud de Chile. Salud Publica Mex 2011;53 supl 2:S132-S143.

38. Scarpachi J. Primary Medical Care in Chile: Accessibility under military rule. Publicado en español con el nombre de Salud y Régimen Militar por el Colectivo de Atención Primaria, Santiago, julio de 1989.
39. Gobierno de Chile/Ministerio de Salud. Orientaciones para el proceso de diseño de la red asistencial de los servicios de salud: planificación, implementación y evaluación, Santiago, Junio de 2012. [consultado:] Disponible en: <http://web.minsal.cl/wp-content/uploads/2016/03/BASES-CONCEPTUALES-PARA-LA-PLANIFICACION-Y-PROGRAMACION-EN-RED-2016CUADERNILLO1.pdf>
40. Infante A, Paraje G. La Reforma de Salud en Chile. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD), Documento de Trabajo 2010-4, Chile, 2010. [Consultado 2016 may 3] Disponible en: http://www.pnud.cl/areas/ReduccionPobreza/2012/2010_5.pdf.
41. Montero J, Poblete F, Torche A, Vargas V. Análisis del modelo de asignación financiera en la atención primaria chilena: pertinencia del per cápita actual y uso de variables en su cálculo para asegurar concordancia entre la situación epidemiológica actual y el modelo de atención En: Camino al bicentenario. Propuestas para Chile. Gobierno de Chile/Cámara de diputados de Chile, Santiago, 2008:73-94
http://politicaspUBLICAS.uc.cl/cpp/static/uploads/adjuntos_publicaciones/
42. Bass del Campo C. Modelo de salud familiar en Chile y mayor resolutiveidad de la atención primaria de salud: ¿contradictorios o complementarios? Medwave 2012 Dic;12(11):e5571 doi: 10.5867, www.medwave.cl.
43. Gobierno de Chile/Ministerio de Salud. Más enfermedades AUGE 80. Chile avanza con todos. [http:// web.minsal.cl/?q=AUGE_INTRODUCCION](http://web.minsal.cl/?q=AUGE_INTRODUCCION) consultado 12 de abril de 2014 09:50 horas
44. Gobierno de Chile/Superintendencia de Salud. Garantías explícitas en Salud AUGE-GES. [http:// www.supersalud.gob.cl/difusion/572/w3-propertyvalue-3130.html](http://www.supersalud.gob.cl/difusion/572/w3-propertyvalue-3130.html) Consultado el 10 de abril de 2014 16:07 horas
45. Gobierno de Chile/Ministerio de Salud. Orientaciones para el proceso de diseño de la red asistencial de los servicios de salud: planificación, implementación y evaluación. Documento Metodológico

46. Instituto Suramericano de Gobierno en Salud. Mapeo y análisis de los modelos de Atención Primaria en Salud en los países de América del Sur: Mapeo de la APS en Colombia. Rio de Janeiro: ISAGS, 2014.
47. Congreso de Colombia. Ley 100 de 1993: Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Bogotá: El congreso; 1993.
48. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 518 de 2015: por la cual se dictan disposiciones en relación con la gestión de la salud pública y el Plan de Intervenciones Colectivas PIC. Bogotá: El Ministerio; 2015. Jaramillo Salazar, A. Informe del Ministerio de Salud al Congreso de la República. Bogotá: MS, 1980.
49. MS-Ministerio de Salud. Informe al Honorable Congreso de la República. 2 Tomos. Bogotá: MS-Instituto Nacional de Salud; 1981.
50. Organización Panamericana de la Salud. Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud en la Transformación de los Sistemas Nacionales de Salud. Documento CD 33/14, Res. XV – XXXIII del Comité Directivo, Washington, D. C.: OPS. 1988.
51. República de Colombia. Congreso de la República. Ley 1438 de 2011. Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá D. C., 19 de enero de 2011
52. Ministerio de Salud y Protección Social. PAIS: sistema de salud al servicio de la gente. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/MinSalud-lanzo-la-nueva-Politica-Integral-de-Atencion-en-Salud-para-beneficio-de-los-colombianos.aspx>
53. Gobierno de Chile/Ministerio de Salud. *Dossier integración de atención primaria con otros niveles de atención*. Chile, Eurosocial Salud, mayo de 2007.
54. Gobierno de Chile/Ministerio de Salud. Modelo de Atención Integral en Salud. Serie de Cuadernos Modelo de Atención No. 1, Santiago, Subsecretaría de Redes Asistenciales/División de Gestión de la Red Asistencial, diciembre de 2005.

55. Gobierno de Chile/Ministerio de Salud. Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria. Subsecretaría de Redes Asistenciales/División de Atención Primaria/Organización Panamericana de la Salud, 2012^a
56. Gobierno de Chile/Ministerio de Salud. Orientaciones para el proceso de diseño de la red asistencial de los servicios de salud: planificación, implementación y evaluación. Documento Metodológico para el Diseño de Redes Asistenciales y Módulo de Gestión de Red para Aprobación de Estudios de Proyectos de Inversión, Santiago, Junio de 2012.
57. Marco Referencial Hospitales de la familia y la Comunidad. Serie Cuadernos de redes No. 20, Santiago, Subsecretaría de Redes Asistenciales, División Atención Primaria, 2008

Referencias Capitulo 3

1. Zorro Sanchez C. El potencial humano fundamento del desarrollo y la agencia instrumento para hacerla realidad Conferencia. [Internet]. [Consultado 2015 dic 18]. Disponible en: http://czorro.uniandes.edu.co/Documentos/El_Potencial_Humano_Carlos_Zorro.docx.
2. Organización Mundial de la Salud-OMS. Fondo de Naciones Unidas para la Infancia. Conferencia Internacional sobre la Atención Primaria en Salud Alma-Ata, URSS, 6-12 septiembre de 1978. Ginebra: OMS-UNICEF, 1978.
3. Gimenez C; Valente X. El enfoque de los derechos humanos en las políticas públicas: ideas para un debate en ciernes, Caracas. [Consultado 2016 may 9]. Disponible en <http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1012-25082010000200004&lng=es&nrm=iso>. accedido en 10 sept. 2016.
4. Vega Romero R, Acosta Ramírez N, Mosquera Méndez P, Restrepo Vélez O. Atención Primaria Integral en Salud. Estrategia para la transformación del sistema de salud y el logro de la equidad en salud. Bogotá Colombia; 2009.

5. Molina G, Muñoz I, Ramírez A. Dilemas en las decisiones en salud: Ética, derechos y deberes constitucionales frente a la rentabilidad del sistema de salud en Colombia. Medellín: La Carreta, 2011.
6. Integralidad e Interculturalidad fueron destacados como pilares para un modelo de atención basado en el Derecho a la Salud. [Consultado 2016 ener 20] Disponible en: http://www.paho.org/per/index.php?option=com_content&view=article&id=1814:integralidad
7. Hidalgo C., Carrasco E. Salud Familiar: Un Modelo de Atención integral en la Atención Primaria.. Ediciones Universidad Católica de Chile. 1999. [Consultado 2016 ener 20] Disponible en: <http://psicologia.uc.cl/libros/salud-familiar-un-modelo-de-atencion-integral-primaria.html>
8. Ministerio de salud de Chile “Modelo de atención integral en salud”, 2005 [Consultado 2015 sept 25] Disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/e7b24eef3e5cb5d1e0400101650128e9.pdf>
9. OMS. Informe de la Salud en el Mundo, “La Atención Primaria de Salud, más necesaria que nunca”, octubre 2008. [Consultado 2015 sept 25] Disponible en: www.who.int/whr/2008/08_overview_es.pdf
10. Gobierno de Chile/Ministerio de Salud. Modelo de Atención Integral en Salud. Serie de Cuadernos Modelo de Atención No. 1, Santiago, Subsecretaría de Redes Asistencias/División de Gestión de la Red Asistencial, diciembre de 2005. Disponible en: <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/03/1.pdf>
11. Instituto Suramericano de Gobierno en Salud. Mapeo y análisis de los modelos de Atención Primaria en Salud en los países de América del Sur: Mapeo de la APS en Chile. Rio de Janeiro: ISAGS, 2014.
12. BANCO Interamericano de Desarrollo “Libro de Consulta sobre Participación”. Disponible En: <http://www.iadb.org/exr/espanol/poli/participa/secl.htm>
13. Ministerio de Salud. Gobierno de Chile. Modelo de Atención Integral con Enfoque Familiar y Comunitario en Establecimientos de la Red de Atención de

Salud. Disponible en: <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/03/18.pdf>

14. Ministerio de salud, Gobierno de Chile. Participacion social en salud reflexiones y herramientas para la accion social en Chile. Dsponible en: <http://www.bibliotecaminsal.cl/wp/wp-content/uploads/2016/03/Participacion-Social-en-Salud.pdf>
15. Scarpachi JL. Primary Medical Care in Chile: Accessibility under military rule. Publicado en español con el nombre de Salud y Régimen Militar por el Colectivo de Atención Primaria, Santiago, julio de 1989.
16. Gobierno de Chile/Ministerio de Salud. Orientaciones para la implementación del modelo de salud integral, familiar y comunitaria dirigido a equipos de salud. Subsecretaría de redes asistenciales/ División de Atención primaria en salud/OPS, Santiago 2013^a
17. Checa L, Lagos C Cristian L. El caso de Chile durante el gobierno de Michelle Bachelet. Participación ciudadana para el fortalecimiento de la democracia. Argos Vol. 28 N° 55. 2011 / pp. 13-47
18. Oficina Regional de Educación de la UNESCO para América Latina y el Caribe. Políticas de atención a la diversidad cultural Brasil, Chile, Colombia, México y Perú. ISBN: 956-8302-56-5 Impreso en Chile por AMF Imprenta Santiago, Chile. Diciembre, 2005
19. Neira
20. J. Prestaciones De Salud En Zonas Indígenas Mapuches. Resumen De Algunas Experiencias. En: OPS/OMS, Economía y Salud. Aportes y experiencias en América Latina, No. 2, 2011
21. Gobierno de Chile/Ministerio de Salud. Política de salud y pueblos indígenas (2ª Edición), Chile, 10 de febrero de 2006
22. Gobierno de Chile/Ministerio de Salud. Orientaciones para la implementación del modelo de salud integral, familiar y comunitaria dirigido a equipos de salud. Subsecretaría de redes asistenciales/ División de Atención primaria en salud/OPS, Santiago 2013^a

23. República de Colombia. Congreso de la República. Ley 1438 de 2011. Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá D. C., 19 de enero de 2011
24. Instituto Suramericano de Gobierno en Salud. Mapeo y análisis de los modelos de Atención Primaria en Salud en los países de América del Sur: Mapeo de la APS en Colombia. Rio de Janeiro: ISAGS, 2014.
25. Ministerio de Salud y Protección Social. PAIS: sistema de salud al servicio de la gente. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/MinSalud-lanza-la-nueva-Politica-Integral-de-Atencion-en-Salud-para-beneficio-de-los-colombianos.aspx>