

## EDITORIAL

# Atención primaria a la salud y reforma sanitaria en México

*Oliva López Arellano<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>Doctora en Ciencias en Salud Pública. Coordinadora del Doctorado en Ciencias en Salud Colectiva. Universidad Autónoma Metropolitana-Xochimilco

La declaración de Alma Ata sobre Atención Primaria a la Salud (APS) en 1978 (1) constituye un hito en el pensamiento sanitario contemporáneo. En un contexto mundial de búsqueda de instrumentos de distensión y amortiguamiento de los costos políticos y económicos de la “guerra fría”, 118 países miembros de la Organización de Naciones Unidas, suscriben esta declaración. La APS retoma diversos planteamientos de los movimientos progresistas en salud que cuestionan el modelo médico hospitalario y sus limitados logros en la transformación de las condiciones sanitarias de las poblaciones. En esta declaración también queda plasmada una visión amplia sobre la salud, en donde se le reconoce como resultado de las condiciones de vida y trabajo de comunidades y grupos sociales.

Entre sus propuestas, la APS incluye el reconocimiento de las necesidades de salud locales, el fortalecimiento del primer nivel de atención, las acciones médico-sanitarias integrales y territorializadas, la movilización de recursos y capacidades de los colectivos y la participación comunitaria. En un primer momento, estas propuestas amplían el quehacer sanitario pues se abocan no solo a enfrentar la enfermedad, sino se interesan en producir salud y transformar las condiciones de vida de los colectivos.

Los países firmantes retoman estas propuestas y las impulsan considerando sus

realidades nacionales. En México, la APS se incorpora a los servicios de salud a través de distintas modalidades y con recursos diferenciados. La configuración histórica del sistema de salud mexicano, segmentado de origen en dos grandes subsistemas públicos (seguridad social e instituciones para población no asegurada) impide la incorporación homogénea e integral de la APS. En una primera etapa, los modelos más acabados que retoman la APS en el país son: el programa IMSS-Coplamar para población rural (1979) y el Programa de Atención a la Salud en Áreas Marginadas en Grandes Urbes (1981). En ambos modelos se plantean acciones integrales y territorializadas de promoción de la salud y prevención/atención de la enfermedad, con participación social e involucramiento de las comunidades, colocando en el centro de las preocupaciones sanitarias, no solo el combate a la enfermedad, sino la transformación de los entornos insalubres y de las malas condiciones de vida de las personas.

La adopción del modelo neoliberal en América Latina reconfigura la propuesta original de APS y en muchos países deriva en una atención simplificada y selectiva, que se implementa con pocos recursos y/o es utilizada para limitar la responsabilidad del Estado en la atención a la salud y transferir esta tarea a las comunidades. En México

desde mediados de los años ochenta, la APS es modelada por la crisis económica, el ajuste estructural y los procesos de reforma del Estado, constitutivos de la ruta neoliberal por la que ha transitado el país en los últimos 35 años. En este camino, la atención primaria pasa de integral a selectiva y de estrategia para fortalecer los servicios públicos y movilizar capacidades y recursos comunitarios, a justificar paquetes básicos de atención para población pobre. Las transformaciones en salud impulsadas en el periodo son ilustrativas de esta tendencia (1).

Frente al reconocimiento de la pérdida de contenido de la propuesta original, en el año 2000 desde la Organización Panamericana de la Salud (OPS) se impulsa la recuperación de la APS. Este esfuerzo de renovación parte de reconocerla como una herramienta útil para fortalecer las capacidades sociales y el desempeño de los sistemas de salud, reducir las brechas sanitarias, enfrentar los determinantes sociales de las inequidades en salud y avanzar en la garantía de la salud como derecho (2).

A pesar del relanzamiento regional de la APS, la reforma sanitaria en México se mantiene en la ruta de modernización neoliberal en salud (2), incompatible en los hechos con los postulados de la APS renovada. Así, se impulsan programas de extensión de cobertura que mantienen la perspectiva de focalización de poblaciones y selectividad de intervenciones. A partir de la reforma de la Ley General de Salud en 2003, que adiciona un capítulo sobre el Sistema de Protección Social en Salud y la puesta en marcha del Seguro Popular de Salud (SPS) (3), se introduce la lógica del aseguramiento privado al sector salud, se privilegia el componente curativo e individual y se debilitan las acciones de salud pública, con la

consecuente pérdida de integralidad del sistema médico-sanitario (2).

La propuesta gubernamental más reciente para el logro de la cobertura universal en salud, reduce el planteamiento de universalidad a un seguro médico financiado con fondos públicos, que garantizan una cápita individual para comprar un paquete básico de servicios en redes plurales de proveedores. Esta propuesta, equipara la salud con el consumo de servicios y se inscribe en la lógica de alentar mercados de atención médica. Se transita de una concepción de derecho universal a la salud a una visión restrictiva de consumo médico, se legalizan los paquetes básicos de atención que contienen menor número de intervenciones que las ofrecidas actualmente por las instituciones de seguridad social, se desdibujan las intervenciones integrales y se deja fuera la participación activa de las poblaciones (4).

En síntesis, los modelos integrales, territorializados, participativos, que promueven la salud, atienden la enfermedad, incluyen acciones individuales, familiares y comunitarias e impulsan la construcción de condiciones para la vida digna y la salud, se mantienen en algunos proyectos locales (p. e. el Sistema de Salud Autónomo Zapatista en Chiapas). Sin embargo, en la dimensión nacional, los modelos basados en la APS han sido desplazados por los paquetes de atención costo-efectivos (2), por el Sistema de Protección Social en Salud y por lo que se vislumbra como la siguiente etapa de la reforma neoliberal en salud: la “universalidad” de mercado a través del aseguramiento médico básico.

El potencial de la APS para reorganizar el sistema de salud mexicano es reconocido por múltiples actores; sin embargo, las posibilidades de su implementación

dependen de la resolución de la disputa entre una visión que propone “universalizar” un seguro médico, con una cápita básica garantizada y un paquete explícito de servicios que se compra en un mercado de salud “aceitado” con fondos públicos; frente a una perspectiva de derechos, que pugna por un sistema único de salud, universal, integral, solidario, equitativo, participativo y de base pública. Las posibilidades de impulsar esta ruta y de recuperar la APS, dependerá de la movilización y confluencia de diversos actores comprometidos con el derecho a la salud.

#### REFERENCIAS

1. López O. y Blanco J. Políticas de salud en México. La reestructuración neoliberal En: Jarillo E. y Ginsberg E. (Coords.) *Temas y Desafíos en Salud Colectiva*, Lugar Editorial, Argentina, 2007, pp. 21-48
2. Laurell C. *Impacto del seguro popular en el sistema de salud mexicano*. CLACSO, Buenos Aires, 2013
3. Secretaría de Salud. *Programa de Reforma del Sector Salud 1995-2000*. Anexo B: Paquete básico de servicios de salud. Poder Ejecutivo Federal, México, 1995, pp. 73-78