

Atención primaria y sistemas universales de salud: compromiso indisoluble y derecho humano fundamental

Contribución brasileira (Fiocruz y Consejo Nacional de Salud) a la Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de Salud – Astana, octubre del 2018

Resumen ejecutivo

Al celebrar 40 años, reafirmamos los compromisos de la Declaración de Alma-Ata con la justicia social, la salud para todos y la superación de las desigualdades sociales entre países y dentro de ellos. En estos 40 años, son innegables los avances en pro del derecho a la salud, pero surgen nuevos retos, con la persistencia de las desigualdades sociales, cambios demográficos y epidemiológicos, transformaciones tecnológicas y amenazas ambientales y climáticas.

Inspirándose en Alma-Ata, la Constitución Federal de 1988 de Brasil reconoce la relación entre el desarrollo económico y social y las condiciones ambientales en la determinación del proceso salud-enfermedad y en la promoción de la salud. Establece la *“salud como derecho de todos y deber del Estado”*, con la creación de un sistema público universal de salud, el Sistema Único de Salud (SUS), que hace 30 años busca cumplir con los principios de universalidad, integralidad, equidad y participación social.

La atención primaria de salud (APS), en la experiencia brasileña, es el corazón del sistema universal de salud. El modelo de cuidado de la estrategia Salud de la Familia, con 41.000 equipos multiprofesionales, sirve actualmente a 130 millones de brasileños. Los sistemas públicos universales fundados en la atención primaria de salud integral, como el Sistema Único de Salud brasileiro, integran cuidados individuales a acciones colectivas de promoción y prevención, cura y rehabilitación. Aseguran la continuidad de la atención coordinada por la atención primaria de salud, posibilitando el acceso a la atención especializada y hospitalaria en los niveles secundario y terciario, en redes de servicios regionalizadas, según necesidades. Su enfoque poblacional exige la promoción de políticas públicas transversales intersectoriales para enfrentar los determinantes sociales y ambientales de la salud.

La experiencia de más de tres décadas del Sistema Único de Salud, con sus impactos relevantes en la mejora del acceso y de la salud de la gente nos autoriza a hacer los siguientes planteamientos:

La determinación social de la salud y la enfermedad, enunciada por Alma-Ata, se ha convertido en una concepción hegemónica y exige el compromiso político de los gobiernos en garantizar, de forma igualitaria, el más alto nivel posible de bienestar para la ciudadanía. El retroceso en políticas sociales en función del ideario de la austeridad económica está representando un costo insostenible para las sociedades, principalmente en los países periféricos, con el aumento de la pobreza y de las desigualdades, el empeoramiento de las condiciones sanitarias, la corrosión de la cohesión social y amenazas de autoritarismo.

La subsunción de la atención primaria de salud a la propuesta de cobertura sanitaria universal restringe las posibilidades de garantía del derecho humano a la salud, como se ha definido en Alma-Ata. La cobertura de protección financiera mediante seguros privados o públicos no garantiza el acceso, resulta en la diferenciación de canastas de servicios según ingresos y reactualiza la atención primaria de salud selectiva, con sus paquetes mínimos que perpetúan las desigualdades sociales, en contradicción con la declaración de Alma Ata.

El goce del derecho a la salud conlleva la capacidad de compartir el poder en la gestión del sistema de salud. En Brasil, los consejos de salud en todos los niveles del gobierno constituyen una arquitectura democrática con base en la participación social. La fortaleza de esta estructura participativa institucionalizada se expresa en este documento, ratificado por el Consejo Nacional de Salud de Brasil.

Los nuevos retos epidemiológicos y la mejora de la calidad de la atención exigen la inversión en la formación de profesionales de salud para que actúen en la APS, asociando la formación clínica para el cuidado individual con la formación en salud colectiva para el enfoque poblacional. La garantía de

condiciones materiales, con sueldos justos y derechos laborales, en la dotación de profesionales para la atención primaria de salud valora y les da dignidad a los profesionales, además de facilitar la fijación y la calidad de los procesos de atención.

La reducción de las asimetrías globales en el campo de CT+I en salud es un factor decisivo para la garantía del derecho universal a la salud y al acceso a servicios sanitarios. La construcción de complejos productivos de salud orientados hacia la satisfacción de las necesidades de la población rompe la barrera impuesta por los intereses comerciales, que hacen insumos, medicamentos y tecnologías inaccesibles para gran parte de los países en el mundo, principalmente en los países periféricos, interviniendo en las tendencias de comercialización, mercantilización y privatización de la salud.

La salud no es una mercancía, sino un bien de relevancia pública. Los sistemas públicos universales de salud, gratuitos, financiados por impuestos, que tienen la atención primaria de salud como corazón de la red de atención, materializan el camino más eficaz y eficiente hacia la promoción de la equidad y la garantía del derecho universal a la salud, *“sin dejar a nadie atrás”*.

Este documento fue elaborado a partir de contribuciones de un Grupo de Trabajo* compuesto por investigadores de la Fundación Oswaldo Cruz (Fiocruz) y de aportes de la Cámara Técnica de Atención Básica del Consejo Nacional de Salud de Brasil**. Fue aprobado por unanimidad por el Consejo Nacional de Salud el 11 de octubre de 2018 (CNS, 2018a).

Atención primaria y sistemas universales de salud: compromiso indisoluble y derecho humano fundamental

En ocasión de la celebración de los 40 años de la Declaración de Alma-Ata sobre Atención Primaria de Salud (APS), la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y el gobierno de Kazajistán organizan, del 25 al 26 de octubre del 2018, la Conferencia Mundial sobre Atención Primaria de Salud con el objetivo de renovar el compromiso con la atención primaria de salud para el logro de la cobertura universal y los objetivos de desarrollo sostenible (ODS) (OMS, 2018).

La Declaración de Alma-Ata hizo un llamado a la justicia social y propugnó la salud para todos y la superación de las desigualdades sociales entre y dentro de los países. Difundió un abordaje abarcadora de la atención primaria de salud como la base de sistemas de salud de acceso universal y cuidado integral. Reconoció la inseparabilidad de la salud del desarrollo económico y social, y la cooperación con otros sectores para enfrentar los determinantes sociales de la salud y promover la salud. Incentivó la participación social para el empoderamiento de los ciudadanos en la defensa y la ampliación de los derechos sociales. Sin embargo, en los años inmediatamente posteriores a la Declaración, se verificó la llegada al poder de dirigentes conservadores en Europa y Estados Unidos y la adopción de políticas neoliberales. En el marco de propuestas de la Fundación Rockefeller y UNICEF, se concibió la atención primaria selectiva, orientada hacia medidas puntuales, especialmente en la salud infantil, en flagrante contradicción con el ideario de equidad y salud como derecho universal (Birn, 2018; Cueto, 2004).

De todos modos, el legado de la Conferencia y su consigna – *salud para todos en el año 2000* – permanecieron relevantes en la construcción de proyectos de equidad y justicia social.

Así, inspirándose en Alma-Ata, la Constitución Federal de 1988 de Brasil reconoce la relación entre el desarrollo económico y social y las condiciones ambientales en la determinación del proceso salud-enfermedad y en la promoción de la salud y la responsabilidad gubernamental en la prestación de servicios de salud universales e integrales, con equidad y participación social.

El planteamiento de la salud para todos a través de la creación de un sistema público universal que asegurara el derecho a la salud fue asumido por el movimiento sanitario brasileño

(Arouca 1988). La singularidad de la reforma sanitaria brasileña en la transición a un régimen democrático fue su inserción en el diseño de un modelo de protección social nuevo y abarcador, apuntalado por una amplia movilización social en favor de la expansión de los derechos sociales y la transformación democrática del Estado y de la sociedad.

El nuevo modelo constitucional de la política social brasileña es caracterizado por el reconocimiento de los derechos sociales, la afirmación del deber del Estado, la universalidad de la cobertura, la subordinación de las prácticas privadas a la regulación con base en la relevancia pública de estas acciones, la orientación hacia el público (como contrapartida a una orientación hacia el mercado), la gobernanza descentralizada y la cogestión gobierno-sociedad, con fuerte participación social (Fleury, 2011).

Ese amplio movimiento social de la reforma sanitaria brasileña propició la creación de un sistema público universal de salud, el Sistema Único de Salud (SUS), que hace 30 años cumple los principios fundamentales y los dictámenes constitucionales de *“salud, derecho de todos y deber del Estado”*, con universalidad, integralidad, equidad y participación social.

La atención primaria de salud, en la experiencia brasileña, es parte estructurante e indisoluble de la constitución de este sistema universal de salud, el SUS, un modelo eficaz y eficiente de garantía de la salud como derecho humano, condición para la realización de la directriz de la Agenda 2030 de *“no dejar a nadie atrás”*. Hay abundantes pruebas empíricas y analíticas de que los sistemas universales son superiores en términos de calidad, eficiencia y equidad en salud cuando poseen, como pilares estructurantes: la organización de una atención primaria de salud integral, la financiación y la prestación predominantemente públicas y una efectiva regulación del Estado para la garantía del acceso universal, subordinando las lógicas fragmentadas del mercado a la visión de la salud como bien público (Wagstaff, 2011; Schneider *et al.*, 2017; Starfield, Shi y Macinko, 2005; Kringos *et al.*, 2010).

La atención primaria de salud en el Sistema Único de Salud brasileño se funda en el modelo asistencial de la Estrategia Salud de la Familia, con un equipo multiprofesional de base territorial, abordaje de cuidados individuales y colectivos, primer punto de contacto con el sistema de salud y el inicio de un proceso continuo de atención en una red integral regionalizada de servicios. Los avances en la atención primaria de salud en el Sistema Único de Salud para el acceso universal son innegables, con ampliación de la oferta, facilitación del acceso y mayor disponibilidad de una fuente usual de atención. Son fruto de la actuación de

más de 41.000 equipos de Salud de la Familia, presentes en 5.400 municipios, con una población cubierta estimada de más de 130 millones de personas. Hay pruebas robustas de que la expansión de la Estrategia Salud de la Familia, la base del sistema universal, tuvo impactos positivos en la salud de la población, con: reducción de la mortalidad infantil y de menores de cinco años (Aquino *et al.*, 2009); mortalidad cardio- y cerebrovascular (Rasella *et al.*, 2014); internaciones por condiciones sensibles a la atención primaria (Macinko *et al.*, 2011; Guanais y Macinko, 2009), entre otros. La amplia inclusión de la población, juntamente con políticas específicas para poblaciones vulnerables y marginadas, como ribereñas, negras, cimarronas, indígenas y LGBT, promovió la equidad y redujo las desigualdades.

La experiencia de más de tres décadas del Sistema Único de Salud, con sus impactos relevantes en la mejora del acceso y la salud de la población – aunque implantado en una coyuntura crítica de la economía global y enfrentando grandes retos en el financiamiento y en la integración de la red, además de las nuevas amenazas actuales de los programas de austeridad y ajuste fiscal –, nos autoriza la formulación de las siguientes proposiciones:

- La salud no es una mercancía, sino un bien de relevancia pública. Los sistemas públicos universales de salud, en que la atención primaria de salud es su corazón, son fundamentales para la garantía del derecho humano a la salud y la equidad en el acceso y en la utilización, debiendo ser financiados por toda la sociedad, de forma solidaria. Los sistemas públicos universales de salud materializan el camino más eficaz, equitativo y eficiente para la garantía del derecho social al acceso a servicios de salud;
- La determinación social de la salud y de la enfermedad exige el compromiso político de los gobiernos de garantizar el bienestar para la ciudadanía, de forma igualitaria e indivisible, además de asegurar el acceso a servicios sanitarios de calidad. Tanto la Comisión de la OMS y la que se creó en Brasil sobre los determinantes sociales de la salud han producido conocimientos sobre las relaciones entre salud, determinantes e iniquidades y han reforzado la necesidad de acciones intersectoriales sobre los determinantes sociales para la promoción de la salud y del bienestar. La estrategia “*Salud en Todas las Políticas*” exige que otros sectores tengan en cuenta la salud de la población, tanto en la generación de conocimientos como en la implementación de acciones, creando espacios comunes de gobernabilidad y en el establecimiento de políticas públicas sociales y económicas. Por lo tanto, la salud y la educación deben ser asumidas como motores de desarrollo sostenible, no como gasto social que puede limitarse en coyunturas adversas. El retroceso en políticas

sociales en función del ideario de la austeridad económica ha representado un costo insoportable para las sociedades, penalizando a la población más pobre, lo que ya se refleja en situaciones de aumento de la pobreza y la desigualdad, con las consecuencias sanitarias de difusión de epidemias y aumento de la morbilidad y la mortalidad. Las consecuencias políticas de los ajustes también ya han empezado a sentirse, con la corrosión de la cohesión social, la deslegitimación de los gobiernos electos y el aumento del riesgo de búsqueda de soluciones a través de medidas autoritarias;

- El goce del derecho a la salud implica la capacidad de compartir el poder en la gestión del sistema de salud, en todos los niveles – nacional, regional, local, unidades de salud –, con los beneficiarios del sistema de salud. De esta forma, el sistema de salud pasa a jugar un papel estratégico en la democratización de las políticas públicas, la socialización de las informaciones sobre el funcionamiento del gobierno y la rendición de cuentas y la transparencia del proceso decisorio. La experiencia brasileña avanzó en la construcción de una arquitectura democrática con base en la participación social, con el establecimiento de consejos de salud en todos los niveles de gobierno – nacional, estatal y local – y a través de las conferencias temáticas y las audiencias públicas. La fortaleza de esta estructura participativa institucionalizada se expresa en este documento, que integra y ratifica las tesis defendidas en el documento de posicionamiento del Consejo Nacional de Salud de Brasil (CNS, 2018);
- La subsunción de la atención primaria de salud a la propuesta de “cobertura sanitaria universal (CSU)” restringe las posibilidades de garantía del derecho humano a la salud y al acceso a servicios de salud, según necesidades. El énfasis de la cobertura sanitaria universal en la protección financiera a través de seguros privados o públicos no es suficiente para garantizar el acceso y resulta en una cobertura segmentada por seguros diferenciados por grupos sociales según los ingresos, con distintas canastas de servicios cubiertos, reactualizando la atención primaria de salud selectiva, con sus paquetes mínimos, y cristalizando desigualdades. La cobertura sanitaria universal es la expresión de programas de austeridad / ajuste fiscal con pérdida de responsabilidad de los gobiernos y el suministro de servicios y canastas mínimas. La cobertura sanitaria universal difiere esencialmente de la concepción original de la atención primaria de salud integral de Alma-Ata, fundamento de sistemas públicos universales. La distribución equitativa de fondos públicos según las necesidades, la financiación progresiva con justicia social, bajo control y

regulación gubernamental, la ausencia de copago y la garantía de cuidado integral, en un sistema universal organizado territorialmente según las necesidades sanitarias, son cruciales para el impacto de la atención primaria de salud en la reducción de las desigualdades sociales;

- Por sus implicaciones en la restricción del derecho universal a la salud, el énfasis en la cobertura por seguro y la falta de distinción entre cobertura y acceso, la propuesta de cobertura sanitaria universal de la Organización Mundial de la Salud y del Banco Mundial fue cuestionada en el ámbito de la Organización Panamericana de la Salud -OPS por países de Sudamérica, que tratan de construir sistemas universales de salud (incluso Brasil). En este proceso, con base en una consulta a los Estados miembros, la OPS aprobó, en el 2014, la Resolución CD 53/5, que amplió la concepción de cobertura sanitaria universal, al incorporar la garantía de acceso a servicios de salud y mencionar el derecho a la salud, comprendiendo el acceso universal como la capacidad de utilizar servicios de salud integrales (acciones poblacionales y / o individuales de promoción, prevención, protección, tratamiento y recuperación), adecuados, oportunos y de calidad, según las necesidades. La OPS pasó a difundir la *“salud universal”* para designar la estrategia a implementar en la región (OPAS, 2014). Para representar todo el sistema de la ONU y la OMS, la Declaración de Astana debe adoptar e incluir esta posición en defensa del derecho humano universal a la salud.
- La Fundación Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) se dedica al desarrollo de la ciencia, tecnología e innovación (CT+I), a la formación de recursos humanos orientada a la universalización del derecho a la salud en Brasil, a la cooperación internacional con países en vías de desarrollo, fortaleciendo los sistemas universales de salud con la producción de insumos, medicamentos y tecnologías. Apoya la creación de complejos productivos de salud que tratan de brindar una atención sanitaria que responda a las necesidades de la población con miras al bienestar y la garantía de la dignidad humana. Esto sólo será posible si se rompe la barrera impuesta por los intereses comerciales que hacen que tales recursos sean inasequibles para gran parte de los países en el mundo. Actualmente, hay un enorme riesgo de fortalecimiento de la apropiación privada de los conocimientos generados en la salud, desarrollados, en su mayoría, en instituciones públicas con fondos públicos en varios países del mundo. La reducción de las asimetrías globales en el campo de CT+I en la salud es un factor decisivo para la garantía de una atención primaria de salud abarcadora y

ecuánime. Las necesidades de salud deben guiar las agendas nacionales y globales de prioridades de investigación para que los conocimientos se conviertan en un instrumento para el acceso universal a la salud y la atención primaria abarcadora. Recientemente, la epidemia del virus del Zika en Brasil, provocó nuevas líneas de investigación en salud pública para la identificación, el monitoreo, el seguimiento y el ordenamiento de servicios especializados y de referencia en la vigilancia de epidemias y sus repercusiones en el marco de la atención primaria de salud. La atención primaria de salud integrando sistemas de salud bien estructurados juega un papel fundamental para el control de enfermedades negligenciadas y epidemias actuales.

- La salud es un derecho de todos y garantizarla es deber del Estado a través de políticas sociales y económicas integradas (Brasil, 1988). La coyuntura actual es muy compleja y supone características contradictorias con relación al objetivo de alcanzar la salud para todos de forma igualitaria. Por un lado, el aumento del número de actores y agentes puede favorecer el incremento de fondos, pero también diluir la responsabilidad gubernamental en una red plural de gobernanza que no puede esconder problemas de conflicto de intereses y dificultades de coordinación y regulación en función de la relevancia pública de la salud y las contradicciones inherentes a las expectativas mercadológicas de rentabilidad en los servicios.

La atención primaria de salud es el corazón de los sistemas universales de salud

El objetivo de los sistemas nacionales de salud de financiación por medio de impuestos generales, como el Sistema Único de Salud, en que la salud es un derecho de todos y deber del Estado, es que todas las personas tengan sus necesidades satisfechas, sin restricciones al acceso. La atención primaria de salud es el corazón de los sistemas universales de salud. En ellos, el reconocimiento del derecho universal implica la oferta de servicios de salud de acuerdo con las necesidades individuales y poblacionales. La integralidad de la atención es uno de sus principios: cada cual debe recibir atención según sus necesidades, no por mérito o nivel de ingresos.

Los sistemas universales, como el Sistema Único de Salud (SUS) de Brasil, integran cuidados individuales y acciones colectivas de promoción y prevención y garantizan la continuidad de la atención con base en la atención primaria de salud, posibilitando el acceso a la atención especializada y hospitalaria en los niveles secundario y terciario, según necesidades.

Su enfoque poblacional exige la promoción de políticas transversales intersectoriales para enfrentar los determinantes sociales y ambientales de la salud, como el acceso a educación de calidad, empleo digno en condiciones de seguridad, ingresos adecuados, transporte público de calidad, seguridad pública, vivienda sana, suministro de agua potable de calidad, alcantarillado sanitario apropiado, drenaje urbano, recolección de basura y procesamiento adecuado, aire limpio y otros servicios públicos en pro de la salud, del bienestar y de la calidad de vida en el espíritu del ODS 3 y otros correlacionados. El compromiso de los Estados en la garantía del derecho a la salud incluye esfuerzos para mejorar las condiciones de vida de las personas y del conjunto de los derechos sociales fundamentales.

Para promover el derecho humano universal al acceso a servicios de salud, la atención primaria de salud debe convertirse en el primer punto de contacto de la gente con el sistema de salud; ser de fácil acceso; prestar atención oportuna, resolutive y de calidad; ofrecer acciones preventivas y curativas, individuales y colectivas; actuar en el territorio, espacio dinámico y vivo; y promover la participación social y la acción comunitaria. Debe ser el inicio de un proceso coordinado y continuo de atención integral en una red de servicios regionalizada y territorializada para garantizar el acceso oportuno a los niveles de complejidad y las especialidades necesarias. Tal configuración de atención primaria es una innovación tecnológica y se convierte en un proceso de transformación social que conlleva nuevas formas de organización del trabajo y de las instituciones de salud y también la generación de nuevos bienes y servicios.

A veces se establece una relación equivocada, desde el punto de vista conceptual y normativo, entre la atención primaria de salud y la baja intensidad de conocimientos y tecnologías. En realidad, la atención primaria es altamente compleja e intensiva en conocimientos e innovaciones en procesos, productos y tecnologías sociales.

La organización de una estrategia de atención primaria de salud conlleva la territorialización de la acción en el ámbito local; acciones comunitarias e intervenciones territoriales; acciones individuales y de salud pública; el establecimiento de redes regionales de referencia y contra-referencia; el vínculo necesario con la atención especializada y hospitalaria; los retos de la atención permanente de la población mayor con enfermedades crónicas y multi-morbilidad; la articulación con otros servicios, como servicios sociales y de cuidados de larga duración; la necesidad de sistemas inteligentes de predicción y vigilancia que permitan la anticipación de acciones resolutive en los ámbitos local, regional y nacional (como lo ha revelado el reciente

caso de la epidemia del virus del Zika); entre muchos otros requisitos para una atención que sea abarcadora y se inserte en un sistema universal de salud.

Esta complejidad exige que las necesidades sanitarias guíen las agendas nacionales y globales de prioridades de investigación para que los conocimientos se conviertan en un instrumento para el acceso universal a la salud y la atención primaria abarcadora (Gadelha y Temporão, 2018).

Coordinar el cuidado es la función principal de la atención primaria de salud, que exige el fortalecimiento de su capacidad resolutive y su posición central como ordenadora de la red asistencial integrada e integral de los sistemas universales. Solamente la atención primaria de salud fortalecida, integrante de una red estructurada y conectada de servicios y acciones de salud, capaz de movilizar apoyo, recursos políticos, económicos, financieros y humanos, puede encargarse de la coordinación de los cuidados entre niveles asistenciales (Almeida et al., 2011). Para que ocurra la coordinación, es necesario que la red de atención a la salud se establezca territorialmente, con una población definida, roles y funciones determinados para todos los servicios de salud que la componen. La función de coordinación extrapola la capacidad de un nivel específico del sistema.

En este sentido, la existencia de una red regionalizada es una estrategia fundamental para los sistemas universales de salud equitativos, cuyos principios emanan de la noción de salud como bien público. La atención primaria de salud forma parte de esta red regionalizada y su papel consiste en favorecer el acceso oportuno y adecuado a los servicios diagnósticos y terapéuticos, ya ambulatorios, ya hospitalarios, de toda la población adscripta a los territorios regionalizados. La posición ocupada por la atención primaria de salud en la red asistencial, si es más central o periférica, determina sus posibilidades de ejercer la función de coordinadora del cuidado en una perspectiva ampliada.

La reorientación de la formación y la regulación de la fuerza de trabajo en salud – que aúnan la formación clínica para el cuidado individual y la formación en salud colectiva/salud pública para el enfoque poblacional – para la actuación en la atención primaria de salud, la garantía de dotación de profesionales para la atención primaria de salud, incluso en zonas remotas y desfavorecidas, reformas orientadas hacia la mejora de la capacidad resolutive y de la calidad de la APS y la ampliación de los servicios ofertados para satisfacer el 90% de las necesidades sanitarias de la población, representan elementos técnicos y simbólicos fundamentales para el

reconocimiento de la posición estratégica de la APS en la red, el corazón del sistema universal de salud.

La gestión pública de los sistemas universales implica la responsabilidad del Estado en la garantía de los derechos sociales y el compromiso con la centralidad de los procesos de formación para los trabajadores de la APS. Su defensa incluye la gestión del trabajo que trata de enfrentar los efectos nocivos de los avances de la privatización, de la precarización del trabajo en el marco de la subcontratación de la prestación de servicios sociales, que provocan sufrimiento y padecimiento en el trabajo. La garantía de condiciones materiales, sueldos justos y derechos laborales les brinda dignidad a los trabajadores de la salud y es central para la valoración y la retención de los profesionales y la producción de una atención primaria de salud integral de calidad (Nogueira, 2017).

Los procesos de formación de los trabajadores de salud, desde la perspectiva de la APS integral deben contemplar el cotidiano de los servicios buscar la ampliación de los conocimientos de los trabajadores y articular el trabajo en salud y el mundo laboral, involucrando la formación general para actuar en APS y la específica de cada profesión. En este sentido, se funda en la valoración de los conocimientos producidos en las prácticas, los conocimientos populares y la inversión en procesos formativos permanentes y análisis crítico para la lucha contra varias formas de precarización laboral (CNS, 2018), con base en tecnologías de la información que promuevan la integración de los trabajadores de distintas categorías profesionales del sector y la comprensión de las contradicciones y los retos de la división social y técnica del trabajo en salud.

La implementación de una atención primaria de salud abarcadora conlleva esquemas de gobernanza que incluyen acciones concertadas entre varios agentes con base en la determinación social de la salud. Incluye un conjunto de estrategias de intervención sanitaria que van más allá del sector de la salud y promueven enfoques multidisciplinarios, como la promoción de la salud, la vigilancia sanitaria, la salud ambiental, los derechos humanos y la equidad de acceso a la educación en salud, servicios de protección social y seguridad humana.

Las comisiones de la Organización Mundial de la Salud y de Brasil sobre los determinantes sociales de la salud y la reciente comisión sobre la equidad y las desigualdades en salud en las Américas de OPS han estudiado exhaustivamente los más diversos abordajes de la salud pública con relación a los otros campos del conocimiento y otras doctrinas con origen en las

ciencias sociales, políticas y económicas. La síntesis de esos estudios llevó a la llamada estrategia “*Salud en Todas las Políticas*”, la cual promueve que otros sectores tengan en cuenta la salud de la población, tanto en la generación de conocimientos como en la implementación de acciones, creando así un espacio común de interés en la gobernabilidad y el establecimiento de políticas públicas sociales y económicas.

El nivel local y las acciones primarias sectoriales y las poblaciones marginadas son elementos comunes a los intereses de varios sectores encargados del desarrollo sostenible. Así, la cuestión del territorio es básica y constituye uno de los primeros intereses comunes de la salud con los demás sectores, lo que hace que la atención primaria de salud extrapole su relevancia con relación al sistema de salud y también juegue un papel fundamental en la dinámica general del desarrollo sostenible local.

La atención primaria de salud en los sistemas universales y la cobertura sanitaria universal

La Declaración de Alma-Ata hizo un llamado a los gobiernos para formular políticas nacionales, estrategias y planes de acción para la implementación de la atención primaria de salud en el marco de un sistema nacional de salud integral en conjunción con otros sectores, movilizando fondos y la voluntad política (OMS, 1978).

A su vez, la Conferencia Mundial de Atención Primaria de Salud del 2018 tiene el objetivo de renovar el compromiso de la atención primaria de salud para lograr la cobertura sanitaria universal (CSU).

La *cobertura sanitaria universal* (CSU) es un término ambiguo, que ha llevado a interpretaciones y abordajes distintos de parte de las autoridades sanitarias nacionales y de la sociedad civil, especialmente en los países en vías de desarrollo. La concepción de cobertura universal se moldeó en el periodo del 2004 al 2010 a través de relaciones entre la Organización Mundial de la Salud, la Fundación Rockefeller y el Banco Mundial, congregando un conjunto de directrices de las reformas pro mercado, que incluyen: reducción de la intervención estatal, subsidios para la demanda, selectividad y enfoque en las políticas sanitarias. Con relación a este tema, en el 2005, la Asamblea de la OMS aprobó la *Resolución 58.33 – Financiación sostenible de la salud, cobertura universal y seguro social de enfermedad* (OMS, 2005).

El debate mundial sobre el tema obtuvo visibilidad con la publicación, en el 2010, del informe de la Organización Mundial de la Salud sobre el *Financiamiento de los sistemas de salud: el camino hacia la cobertura universal* (OMS, 2010). Con base en este informe, la Asamblea de la Organización Mundial de la Salud aprobó, en el 2011, una resolución sobre la financiación sostenible y la cobertura sanitaria universal (OMS, 2011), la cual instó los países a que garanticen que la financiación de la salud evite pagos directos de las familias en el acto del uso (*out-of-pocket* u OOP, por su sigla en inglés), recomendando aportes financieros anticipados como forma de compartición de riesgos a fin de prevenir “*gastos catastróficos*” en salud, generadores de empobrecimiento. Posteriormente, en el 2015, se definió la cobertura sanitaria universal como una de las metas (3.8) del ODS 3 de la Agenda 2030. Su principal indicador de monitoreo es la proporción de la población que contrae gastos catastróficos (definidos como gasto en salud en el acto del uso como proporción de los ingresos domésticos). Además, se sugirió una canasta mínima de servicios incluidos en el propuesto “*índice de servicios esenciales*”, de que todavía no se hace el seguimiento (OMS, BM, 2017).¹

Se ha cuestionado el indicador de gastos catastróficos por su baja calidad de evaluar el desempeño del sistema de salud en la medida en que personas muy desfavorecidas son excluidas del numerador (gasto en salud), ya que no gastan porque no tienen dinero, pese a que necesiten atención sanitaria. Además, este indicador supone significativa participación de la iniciativa privada en el sector de la salud, lo que genera desigualdad en el acceso y en el uso efectivo de los servicios sanitarios.

La trayectoria del planteamiento de la cobertura sanitaria universal demuestra que privilegia la cobertura financiera, lo que es muy diferente de asegurar el derecho universal a la salud. La cobertura financiera expresa la titularidad de un seguro. Significa que todas las personas pueden comprar o están afiliadas a algún tipo de seguro (privado o público), lo que no garantiza ni el acceso ni el uso cuando sea necesario, tampoco la equidad. Esta concepción de cobertura difiere del concepto de cobertura como medida sanitaria que vincula la prestación a la efectividad en el acceso y el uso (Noronha, 2013).

La propuesta de cobertura sanitaria universal tiene, por lo tanto, tres componentes centrales: enfoque en la financiación por combinación de fondos (*pooling*) manejados por aseguradoras

¹ Con su Sistema Único de Salud (SUS), Brasil presenta bajos gastos catastróficos. Un estudio realizado con base en encuestas poblacionales de presupuestos familiares en doce países latinoamericanos demostró que Brasil es el país con la proporción más baja de la población que contrae gastos catastróficos en salud (2,2%) (Knaul *et al.*, 2012).

privadas o públicas; afiliación por modalidad de aseguramiento; y definición de una canasta limitada de servicios (Giovanella *et al.*, 2018). El objetivo principal de la propuesta de cobertura sanitaria universal es la protección financiera en salud, es decir, que todas las personas puedan acceder a servicios de salud sin dificultades financieras al reducir los pagos directos en el acto de la utilización (OOP) y evitar gastos catastróficos. Sin embargo, resulta en cobertura segmentada por seguros diferenciados por grupos sociales según sus ingresos. El ciudadano está apto o no dependiendo de las reglas de cada seguro y los servicios cubiertos dependen de su capacidad de pago y corresponden a distintas canastas / paquetes de servicios de atención a los individuos, cristalizando las desigualdades (Laurell, 2018). Los contratos de seguros cubren intervenciones específicas y prescinden del diseño de un sistema de salud integral e integrado. Así, en el marco de la cobertura sanitaria universal, el derecho a la salud se restringe al aseguramiento de una canasta de servicios restringida que contratar, reeditando la atención primaria de salud selectiva.

Los sistemas universales de salud consagran la garantía del acceso universal como condición de ciudadanía, promueven la redistribución y garantizan el acceso de los más desfavorecidos en igualdad de condiciones. A su vez, la propuesta de cobertura universal reduce el papel del Estado a la regulación del sistema de salud. El Estado debe promover el aseguramiento y / o contratar servicios privados para prestarlos a las personas que no puedan comprarlos en el mercado.

La miríada y la diversidad de contratos entre aseguradoras y prestadores, en el marco de la cobertura sanitaria universal, aumenta los costos operacionales y administrativos, lo que implica una menor eficiencia del sistema. Los sistemas de servicios de salud basados en el mercado – el caso de Estados Unidos es un ejemplo bien claro – son más caros, no garantizan el acceso, producen más iatrogenia e iniquidades, son menos eficaces, provocan impactos negativos en la salud de la población en comparación con sistemas públicos universales de salud fundamentados en una atención primaria de salud fuerte (Wagstaff, 2011; Schneider *et al.*, 2017; Starfield, Shi y Macinko, 2005; Kringos *et al.*, 2010).

En la cobertura sanitaria universal, la prestación es fragmentada, ya que utiliza la lógica financiera y no incluye componentes de diseño del sistema de salud como territorialización y organización de redes, lo que impide la continuidad del cuidado y la coordinación entre los servicios y dentro de ellos, con pérdida de eficacia de la atención primaria de salud. Además, el enfoque de la protección de los seguros está en la atención médica individual, ya que los

contratos son individuales, con primas calculadas según las características y riesgos de cada uno y al alcance del paquete contratado, prescindiendo del enfoque poblacional y territorial.

La garantía de cuidado integral (individual y colectivo) que congregue acciones de promoción, prevención, cura y rehabilitación y medidas de salud pública orientadas hacia lo colectivo y lo ambiental exigen el diseño de un sistema de salud con coordinación entre servicios primarios, secundarios y terciarios, organizados en red, integrados y territorializados, distribuidos con economía de escala y orientados por la atención primaria de salud, con predominio de la administración y prestación públicas, resultando en mejor calidad, costos más bajos y más eficiencia (Wagstaff, 2011; Schneider *et al.*, 2017).

La propuesta de cobertura universal se alinea a las concepciones de reformas de salud pro mercado y reformas gerencialistas de la “*nueva administración pública- new public management*”, que han promulgado la separación de funciones entre financiadores y prestadores (*purchaser-provider split*), la retirada del Estado en la prestación de servicios y los subsidios a la demanda (es decir, subsidios para la compra de seguros) en contraposición a los subsidios a la oferta a través de la prestación pública de servicios de salud. Reitera la proposición de selectividad y focalización de las políticas sociales y sanitarias de las agencias financieras internacionales difundidas desde la década de 1980 (BM, 1993).

La propuesta de cobertura sanitaria universal corresponde a una concepción de ciudadanía restringida de la visión liberal, una categoría de intervención gubernamental residual (Fleury, 1985). El Estado debe subsidiar un seguro y asegurar una canasta restringida de beneficios para los grupos pobres que “no hayan logrado” garantizar sus necesidades básicas en el mercado.

El énfasis en los subsidios a la demanda conlleva la prestación privada de servicios de salud, entendida como la más eficiente. Sin embargo, no hay evidencias consensuales sobre el aumento de la eficiencia y la calidad en la prestación privada. Revisiones sistemáticas de la literatura demuestran que los prestadores privados responden a las demandas, no a las necesidades sanitarias de la población; se instalan en áreas con más desarrollo socioeconómico; ofrecen servicios más rentables; prestan más servicios innecesarios y vulneran con más frecuencia los estándares de la buena práctica médica; son menos eficientes y producen resultados inferiores en salud que los servicios públicos. Sin embargo,

pueden prestar atención más oportuna y cuidados más personalizados (Basu *et al.*, 2012; Berendes *et al.*, 2011).

Otra revisión reciente de la literatura internacional sobre la subcontratación de los servicios sanitarios en países con ingresos medios y bajos señala que no hay pruebas de que sea más eficaz en la mejora del uso de los servicios sanitarios que la prestación similar por parte del sector público. Faltan estudios bien diseñados que puedan evaluar estas relaciones, siendo que la elección de la subcontratación representa más una opción política que técnica (Odendaal *et al.*, 2018). En estas opciones, también hay que considerar cuestiones éticas en el marco de la predominancia de la iniciativa privada en los sistemas de salud, particularmente la reducción de la equidad en los sistemas con participación preponderante de la iniciativa privada.

La cobertura sanitaria universal incluye poderosos intereses económicos con la expansión del mercado privado en salud en el aseguramiento, prestación y producción de insumos, medicamentos y aparatos, como aclara la Fundación Rockefeller al reconocer la presión de los agentes del mercado (la industria farmacéutica, las empresas proveedoras, las aseguradoras) para el aumento de la financiación pública y privada de la salud (Fundación Rockefeller, 2012).

Desde la perspectiva de los países del sur global, hay que reconocer que la garantía del derecho universal a la salud y al acceso a los servicios de salud exige el enfrentamiento de estos intereses económicos, con iniciativas para la construcción de complejos productivos de salud, con participación gubernamental, orientados hacia las necesidades sanitarias de la población, en contraposición a las tendencias de comercialización, mercantilización y privatización de la salud.

Revitalizar la atención primaria de salud para la garantía del derecho humano universal a la salud exige expresar las relaciones entre atención primaria de salud, acceso universal, desarrollo sostenible y reducción de las desigualdades sociales. Se garantiza el acceso universal con el diseño de sistemas públicos universales integrados en que la atención primaria de salud es la base y orienta la organización de redes asistenciales integrales de base territorial.

Es necesaria la movilización de gobiernos y sociedades para la construcción de sistemas universales de salud públicos y gratuitos, diseñados con base en modelos de atención primaria

de salud integral que contribuyan a la reducción de las desigualdades sociales, organizados territorialmente con distribución regionalizada de servicios según las necesidades sanitarias poblacionales que aseguren el acceso efectivo y oportuno a cuidados de calidad para todos.

La atención primaria de salud y el derecho universal a la salud

La propuesta de la Declaración de Astana reafirma la salud como derecho humano fundamental inscrito en la constitución de la Organización Mundial de la Salud, asumido en la Declaración de Alma-Ata como meta que alcanzar a través de la atención primaria de salud, comprometiéndose a garantizar la salud para todos en el año 2000. En Alma-Ata, el llamado a todos para que se comprometan con la consecución de esta meta no elude el papel de los gobiernos en su responsabilidad de tomar medidas sanitarias y sociales que garanticen la salud de las poblaciones. En la Declaración de Alma-Ata, los cuidados primarios son la clave para alcanzar la meta de la salud para todos, asociándolos al desarrollo de las sociedades bajo el principio de justicia social.

La propuesta de Declaración de Astana subraya la necesidad de compromiso con la salud y el bienestar social, recogidos en la definición de la Agenda 2030 y sus objetivos de desarrollo sostenible, con base en la cobertura sanitaria universal (CSU), que incluye a grupos marginados o vulnerables, evitando dificultades financieras para ellos. Se considera la atención primaria de salud en la declaración propuesta como la base necesaria para alcanzar la cobertura sanitaria universal, ya que es más efectiva, eficiente y equitativa.

Al transmutar el derecho universal a la salud en derecho a la cobertura sanitaria universal, hubo una transliteración o la transposición de un orden político a otro, del derecho a la cobertura. El concepto de derecho a la salud, con base en el principio igualitario de justicia social, que sólo puede ser garantizado por el Estado, se transpuso a un principio de cobertura, exento de dificultades financieras, lo que introduce la noción del cobro por la prestación de servicios de salud por agentes del mercado.

La salud no es una mercancía porque no tiene valor en el mercado, sino utilidad para los individuos y las sociedades. Como se trata un bien de relevancia pública, el Estado tiene el deber de garantizar las condiciones para que los individuos y la sociedad puedan gozar de buena salud y atención adecuada y enfrentar los determinantes sociales para promover la

salud. Tal responsabilidad pública ante los ciudadanos no puede subcontratarse. Hay que subordinar las lógicas fragmentadas de mercado a la visión de la salud como bien público.

La definición de bien público es una elección política de la sociedad, no sólo una opción técnica. Como se trata de un bien público, el Estado no puede valerse de criterios de otra naturaleza que no sean la defensa de la dignidad y de la salud, individual y colectiva, en la organización de los servicios y en la definición de los criterios de acceso a los servicios.

La incompatibilidad entre la salud como mercancía y la salud como derecho ocurre porque el derecho se aplica de forma igualitaria y con garantía del poder público, siendo que los costos de la prestación se socializan según el principio de la justicia social. La igualdad es el fundamento de la ciudadanía, que permite la diversidad según las necesidades, pero rechaza la diferencia como principio de organización de la acción pública. Por lo tanto, se puede hablar de ciudadanía diversificada con base en necesidades distintas, lo que conlleva una igualdad compleja. Sin embargo, no se puede hablar de derecho a la salud cuando la cobertura se encuentra limitada a un paquete de acciones básicas para unos, mientras que otros tendrán atención integral, de conformidad con recursos que son externos a los criterios sanitarios, una vez que están basados en diferenciaciones socioeconómicas. En este caso, en vez de materializar el principio de la justicia social, la política de salud pasaría a reproducir las desigualdades del mercado.

Así, la cobertura sanitaria universal reduce la atención primaria de salud a un conjunto de acciones básicas, ofrecidas por diferentes instituciones proveedoras, pero no garantiza la integralidad de la atención sanitaria como derecho de ciudadanía que un sistema universal de salud posibilita alcanzar. En la CSU, las distintas coberturas en la atención primaria de salud corresponden a distintos vínculos de los individuos a los proveedores, algunos de los cuales se limitarán a una selección de cuidados básicos, una atención primaria de salud limitada y selectiva, al paso que otros garantizarán otros niveles de cuidados. La defensa de la atención primaria de salud como corazón del sistema de salud exige que se conecte al sistema integral de salud, donde los pacientes tendrán respuestas efectivas según sus necesidades, con derivación a partir de la atención primaria de salud.

La seguridad de que el derecho a la salud debe ser garantizado por el poder público lo convierte exigible. Como directriz sanitaria que articula y coordina las acciones de salud, la

atención primaria de salud promueve el empoderamiento, ya que crea condiciones materiales objetivas de prestación de cuidados de forma abarcadora e integral.

El empoderamiento significa el aumento de los grados de libertad de individuos y grupos para que tomen decisiones con relación a su salud y exijan el derecho a la salud. Es un proceso tanto subjetivo como objetivo en que se constituyen sujetos políticos capaces de afirmar su voluntad y tomar decisiones referentes a un conjunto de alternativas.

Se trata de un proceso dialógico en que la interacción entre profesionales y usuarios permite el intercambio de informaciones, el respeto por los conocimientos de ambos, la capacidad de aceptación de los otros como sujetos, es decir, quienes pueden actuar en función de sus necesidades y deseos. Esa proposición implica que el equipo de salud será capaz de reconocer a los individuos como iguales, en relaciones horizontales, aunque en posiciones funcionales distintas, por lo tanto, capaces de responder a las demandas de información, estimular y compartir nuevos conocimientos, comprender y respetar cómo los individuos construyen su modo de vida y cultura. Solamente así la atención sanitaria podrá convertirse en una fuente de transformación social.

Sin embargo, esa capacidad solamente se lleva a cabo si existen condiciones materiales para propiciar una atención sanitaria adecuada. El empoderamiento exige condiciones materiales objetivas de prestación del cuidado en todos los niveles de complejidad y tratamiento necesarios para la satisfacción de las necesidades. En este sentido, sólo habrá empoderamiento de verdad si la atención primaria de salud no se restringe a un espacio o un centro de salud, sino se convierte en una directriz que articula el conjunto de servicios que componen el sistema de salud.

El goce del derecho a la salud implica la capacidad de compartir el poder en la gestión del sistema de salud con los beneficiarios en todos los niveles – nacional, regional, local y unidades de salud. De esta forma, el sistema de salud pasa a jugar un papel estratégico en la democratización de las políticas públicas, en la socialización de las informaciones sobre el funcionamiento del gobierno, en la rendición de cuentas y en la transparencia del proceso decisorio. La experiencia brasileña avanzó en la construcción de una arquitectura democrática con base en la participación social, con el establecimiento de consejos de salud en todos los niveles de gobierno, un ejemplo que seguir.

La atención primaria de salud y la equidad en la salud

La equidad es un principio de justicia social. Las injusticias sociales tienen como base relaciones sociales estratificadas que determinan los procesos por los cuales la gente obtiene acceso desigual a los recursos materiales y los productos sociales que dimanen del uso de esos recursos. En la salud, es importante distinguir la equidad en la condición de salud de la equidad en el uso de los servicios sanitarios. Los determinantes de las desigualdades en la enfermedad y la muerte difieren de los determinantes de las desigualdades en el uso de los servicios sanitarios. Las desigualdades en la condición de salud reflejan, predominantemente, las desigualdades sociales y, en función de la relativa efectividad de las acciones sanitarias, la igualdad en el uso de los servicios sanitarios es una condición importante, pero no suficiente, para reducir las desigualdades existentes entre los grupos sociales en el enfermar y morir (Travassos, 1997).

La Declaración de Alma-Ata fue motivada por la evidente desigualdad social y regional (dentro de y entre los países) en las condiciones de salud. La meta de *“salud para todos en el año 2000”* señaló a la atención primaria de salud como la clave para su realización. Por lo tanto, en el marco de la Declaración de Alma-Ata, la equidad en la salud y la atención primaria de salud constituyen dos caras de la misma moneda. Esto quiere decir que una se lleva a cabo a través de la realización de la otra.

Existe consenso de que la salud es influenciada por varias circunstancias sociales y ambientales, no sólo la atención sanitaria. En la Declaración de Alma-Ata, la atención primaria de salud implica que hay que abordar los determinantes sociales de la salud y aunque los servicios sanitarios sean solamente uno de los determinantes sociales de la salud, el acceso e uso efectivo de servicios de salud y la generación de sistemas de salud universales orientados por la APS seguramente afecta muchísimo la reducción de las desigualdades sociales en salud.

La capacidad de la atención primaria de salud de afectar la reducción de las desigualdades sociales y geográficas en salud depende marcadamente de su configuración. Una atención primaria de salud abarcadora, integral e integrada tiene más impacto que la atención primaria de salud de carácter más restringido y focalizado, la concepción embutida en el planteamiento de la cobertura sanitaria universal. La atención primaria de salud puede ser una política de reducción de desigualdades sociales en la salud, una vez que se funde en la concepción abarcadora y en políticas públicas para la conformación de sistemas universales, según

evidencian comparaciones internacionales (Starfield, 2011; Starfield, Shi y Macinko, 2005). La distribución equitativa de fondos públicos según las necesidades, la financiación progresiva con justicia social, bajo control y regulación gubernamental, la ausencia de copago y la garantía de cuidado integral son cruciales para el impacto en la reducción de las desigualdades sociales.

Un supuesto esencial es que la financiación de la atención primaria de salud no puede desvincularse del financiamiento del acceso universal a la salud y, por lo tanto, de los sistemas universales de salud, con el riesgo de la ruptura de una visión integrada y de la ubicación, conceptual y política, errónea de la atención primaria de salud como base alternativa de financiamiento de la cobertura universal. La interfaz de la atención primaria de salud incluye tanto una dimensión técnica del cuidado – la resolutivez de las intervenciones en atención primaria de salud dependen de la organización local de la atención primaria de salud y su interacción regional y nacional en redes estructuradas de atención – como una dimensión política de los derechos. La atención primaria de salud estructurada con equipos multidisciplinarios fortalece la actuación y la voz de los sujetos individuales, sobre todo colectivos, lo que eleva el nivel de concientización de la población con relación a sus derechos, incluso los que no están directamente estipulados en el marco de los cuidados locales. Una estrategia bien exitosa de la atención primaria de salud, como la experiencia brasileña reciente de la Estrategia Salud de la Familia, presiona al mismo tiempo el sistema de salud como un todo para la garantía del cuidado en todos los niveles.

Por lo tanto, la atención primaria constituyó un camino de ciudadanía y derechos cuyo resultado en términos de acceso universal y financiación solamente puede alcanzarse en presencia de sistemas universales que se desarrollen y que incorporen la atención primaria de salud como uno de sus pilares estratégicos.

La atención primaria de salud es la base para la estructuración de un sistema universal y no su negación o reemplazo parcial como puerta de entrada de restricción de acceso o paquete mínimo.

Es necesario superar la visión burocrática de la financiación específica y focalizada de la atención primaria de salud en pro de una visión que, con base en fundamentos técnicos, señale la necesidad de la incorporación de la salud como derecho por parte de la sociedad y

del Estado y, por lo tanto, la definición política de la prioridad del presupuesto público para la financiación de los sistemas universales.

A estos efectos, es necesario indicar argumentos para enfrentar el contexto de limitación de derechos y ciudadanía en el marco de la cobertura universal en salud y la visión de la atención primaria de salud como una iniciativa marcadamente contable para desgravar los sistemas de salud con el suministro de canastas o paquetes de acceso de bajo costo, complejidad y tecnología.

El primer planteamiento es la priorización, por parte de los sistemas nacionales y los organismos internacionales de financiación pública de la salud, tratándola como bien público con la consecuente des-mercantilización del acceso (Viana y Elias, 2007). **En la experiencia internacional, algunos parámetros sirven de piso para la posibilidad de constitución de sistemas universales, fundados en una atención primaria de salud resolutive e integral: la necesidad de financiamiento público mínimo del 70% de los gastos nacionales y globales en salud y, como mínimo, el 7% de los gastos públicos en salud con relación al producto bruto interno. Éstos constituirían una meta factible para los países menos desarrollados en caso de base de sustentación política y social (Gadelha *et al.*, 2012).**

Otra proposición es la revocación de todo y cualquier límite rígido del gasto público en salud, impuesto en los actuales programas de ajuste fiscal/ austeridad, como en el caso brasileño. Otras variables de gastos, como los gastos financieros y los incentivos tributarios, deberían ser las variables de ajuste, sin la incidencia en la garantía de la ciudadanía y los derechos humanos.

Para comprobar una base financiera concreta para los sistemas universales de salud y la atención primaria de salud, se recomienda una directriz de reestructuración de los sistemas tributarios nacionales para la implementación de sistemas tributarios progresivos, cuya recaudación esté basada en los ingresos (incluso dividendos) y el patrimonio (incluso herencias), con franjas progresivas y diferencias para la cima de la pirámide de los segmentos más ricos de la población (el 1% de las personas posee el 50% del patrimonio global – dados “insospechados” del presidente del Foro Económico Mundial).

La revitalización de la atención primaria de salud según el espíritu de Alma-Ata

Actualmente, la política de austeridad impuesta por organismos financieros multilaterales y los países desarrollados a los países del sur global va mucho más allá de una acción para el

equilibrio de las cuentas públicas. En realidad, se trata de una propuesta de reducción de la responsabilidad gubernamental en la promoción de la justicia social y de contención y retroceso de los derechos y del Estado de bienestar en favor de intereses rentistas en el mercado financiero. Esta política se fortalece en el sector de la salud, cuando se defiende la cobertura universal, lo que incluye la restricción del acceso y el suministro de canastas de servicios que segmentan la sociedad y cristalizan las desigualdades. Otro equilibrio fiscal – con crecimiento, desarrollo sostenible y bienestar – es posible, superando la perversa visión de la austeridad, que amenaza la garantía de los derechos humanos.

En vez de la cobertura sanitaria universal, es decisivo reafirmar la perspectiva de construcción de sistemas públicos universales de salud que, además de garantizar la ciudadanía, el derecho y la equidad, pueden movilizar la economía y el desarrollo sostenible. Según esa perspectiva, la atención primaria deja de ser un medio de limitar el acceso, como en la propuesta de cobertura universal; se convierte en la acción más estructuradora y eficaz para la construcción de sistemas universales que garanticen el derecho a la salud, no dejando a nadie atrás. En lugar de la austeridad y la limitación del acceso y de los derechos, Brasil propone *“desarrollo justo y sostenible y atención primaria de salud abarcadora en el corazón de los sistemas públicos universales”*.

Por lo tanto, la revitalización de la atención primaria de salud en el espíritu de Alma-Ata, sin retrocesos, según la perspectiva de los pueblos del sur global, exige un compromiso global y el reconocimiento:

- de la responsabilidad de los gobiernos y las sociedades por la garantía del derecho humano fundamental y universal a la salud y al acceso a servicios sanitarios con equidad;
- de la inseparabilidad del desarrollo sostenible y sus pilares económico, ambiental y social de la salud, reconociendo la determinación social y ambiental de la salud y la necesidad de intervenir en las políticas públicas (*Salud en Todas las Políticas*) para promover la salud y la equidad;
- de la responsabilidad de los gobiernos en todos los niveles de promover la justicia social, la sostenibilidad ambiental y la superación de las desigualdades sociales;
- de la reorientación de los complejos productivos de la salud para las necesidades sanitarias de la población y la garantía del derecho universal a la salud en defensa de la vida;

- de la necesidad de financiamiento solidario, en base a sistema tributario progresivo para financiar sistemas públicos de salud universales con justicia fiscal y equidad;
- de la atención primaria de salud como el corazón de sistemas públicos de salud universales, integrales y de calidad;
- de la atención primaria de salud como coordinadora de un proceso continuo de atención integral en una red de servicios regionalizada y con base territorial;
- de la atención primaria de salud como elemento fundamental en el nivel local para la gobernanza de las políticas públicas y de la dinamización social y económica;
- de la participación social como poder compartido en la construcción de sistemas de salud y sociedades democráticas.

Salud no es mercancía: por la no comercialización, mercantilización y privatización de la salud!

Los sistemas públicos universales de salud fundados en la atención primaria de salud integral, indisociables del desarrollo sostenible en las sociedades democráticas, materializan el camino más efectivo, equitativo y eficiente para la garantía del derecho humano universal al acceso a servicios de salud y a la salud, superando las desigualdades sociales.

Referencias

- Arouca S. Saúde na constituinte: a defesa da emenda popular. *Saúde em Debate* 1988; 20:39-46.
- Aquino R, Oliveira NF, Barreto ML. Impact of the Family Health Program on Infant Mortality in Brazilian Municipalities. *American Journal of Public Health* 2009; 99(1):87-93.
- Basu S, Andrews J, Kishore S, Panjabi R, Stuckler D. Comparative performance of private and public health care systems in low and middle-income countries: a systematic review. *Plos Medicine* 2012; 9(6):1-14.
- Berendes S, Heywood P, Oliver S, Garner P. Quality of private and public ambulatory health care in low and middle income countries: systematic review of comparative studies. *Plos Medicine* 2011; 8(4):1-10.
- Birn AE. Back to Alma Ata, from 1978 to 2018 and beyond. *AJPH Perspectives. American Journal of Public Health* 2018; 108(9):1153-5.
- Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil 1988. Título 8. Da ordem Social Brasília: Congresso Nacional; 1988.
- CNS - Conselho Nacional de Saúde. Posicionamento da Câmara Técnica de Atenção Básica, do Conselho Nacional de Saúde, sobre a Conferência de Astana. Brasília: CNS, 2018. Disponível em: <http://www.susconecta.org.br/cns-participara-de-conferencia-global-sobre-atencao-primaria-a-saude-no-cazaquistao/> acesso em 20 set 2018.

CNS - Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS 600 de 11 de outubro de 2018. Aprovar o posicionamento brasileiro para a Global Conference on Primary Health Care. Brasília: CNS, 2018a.

Cueto M. The origins of primary health care and selective primary health care. *American Journal of Public Health* 2004; 94(11): 1867-74.

Fleury S. Brazil's health-care reform: social movements and civil society. *Lancet* Vol 377 May 21, 2011. DOI:10.1016/S0140-6736(11)60318-8

Fleury SM. Política social e democracia: reflexões sobre o legado da seguridade social. *Cad. Saúde Pública* 1985; 1(4), 400-417.

Gadelha CAG, Temporão JG. Desenvolvimento, Inovação e Saúde: a perspectiva teórica e política do Complexo Econômico-Industrial da Saúde. *Ciênc. saúde coletiva*. 2018; 23(6):1891-1902.

Gadelha CAG, Maldonado J, Vargas M, Barbosa PR, Silveira CL. *A dinâmica do sistema produtivo da saúde: inovação e complexo econômico-industrial*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2012.

Giovanella L. et al. Sistema universal de saúde e cobertura universal: desvendando pressupostos e estratégias. *Ciênc. Saúde Coletiva* 2018; 23(6): 1763-1776.

Guanais F, Macinko J. Primary care and avoidable hospitalizations: evidence from Brazil. *Journal of Ambulatory Care Management*. 2009; 32(2): 115–122.

Knaul FM et al. Household catastrophic health expenditures: a comparative analysis of twelve Latin American and Caribbean Countries. *Salud Pública de México* 2011;53 Suppl 2: s85-95.

Kringos DS et al. The breadth of primary care: a systematic literature review of its core dimensions. *BMC HSR*. 2010; 10(1):65-78.

Laurell AEC. Políticas de salud en pugna: aseguramiento frente a sistemas universales públicos. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2016;24:e2668. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1074.2668>.

Macinko J, Oliveira VB, Turci MA, Guanais FC, Bonolo PF, Lima-Costa MF. The Influence of Primary Care and Hospital Supply on Ambulatory Care–Sensitive Hospitalizations among Adults in Brazil, 1999–2007. *American Journal of Public Health*, 2011; 101(10): 1963-70.

Noronha JC. Cobertura universal de saúde: como misturar conceitos, confundir objetivos, abandonar princípios. *Cad. Saúde Pública*. 2013; 29(5):847-849.

Nogueira ML. O processo histórico da Confederação Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde: trabalho, educação e consciência política coletiva [Tese de doutorado]. Rio de Janeiro: Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Formação Humana, Universidade do Estado do Rio de Janeiro; 2017. 541f. Disponível em: <http://www.bdtd.uerj.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=12212> Acesso em: 14 de agosto de 2018.

Odendaal WA, Ward K, Uro-Chuckwu H, Chitama D, Balakrishna Y, Kredo T. Contracting out to improve the use of clinical health services and health outcomes in low- and middle-income countries. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2018. Issue 4; 2018.

OMS - Organização Mundial da Saúde. *Declaração de Alma-Ata*. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Alma-Ata, URSS, 6-12 set. 1978.

OMS - Organização Mundial da Saúde. *Financiamento dos sistemas de saúde. O caminho para a cobertura universal. Relatório Mundial da Saúde 2010*. Genebra: OMS; 2010.

OPAS. *CD53/5, Rev. 2 Estratégia para o acesso universal à saúde e a cobertura universal de saúde*. 53º. Conselho Diretor. 66ª sessão do Comitê Regional da OMS para as Américas Washington, D.C., EUA, 29 de setembro a 3 de outubro de 2014.

Rasella D. et al. Impact of primary health care on mortality from heart and cerebrovascular diseases in Brazil: a nationwide analysis of longitudinal data. *BMJ*, London, v. 348, g4014, 2014.

Rockefeller Foundation. *Future health markets: a meeting statement from Bellagio*. Bellagio: Rockefeller Foundation, 2012.

Schneider EC, Sarnak DO, Squires D, Shah A, Doty MM. *Mirror, Mirror 2017: International Comparison Reflects Flaws and Opportunities for Better U.S. Health Care*. New York: The Commonwealth Fund; 2017.

Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q* 2005; 83:457-502.

Starfield B. Politics, primary healthcare and health: was Virchow right? *J Epidemiol Community Health*. 2011; 65:653e655. doi:10.1136/jech.2009.102780.

Travassos C. Equidade e o Sistema Único de Saúde: uma contribuição para o debate. *Cadernos de Saúde Pública* 1997; 2(13):325-330.

Viana ALD, Elias PEM. Saúde e desenvolvimento. *Cien Saude Colet* 2007; 12(3):1765-1778.

Wagstaff A. *Social Health Insurance vs. Tax-Financed Health Systems—Evidence from the OECD*. The World Bank. Development Research Group. 2009.

WB-World Bank. World Development Report 1993. *Investing in Health*. New York: Oxford University Press; 1993.

WHO, WB - World Health Organization, World Bank (WHO, WB). *Tracking Universal Health Coverage: 2017 Global Monitoring Report*. WHO and WB; 2017.

WHO. WHA Resolution 58.33 Sustainable health financing, universal coverage and social health insurance. Geneva, 2005. Disponível em: <https://goo.gl/R1R86c>

WHO. WHA Resolution 64.9 Sustainable health financing structures and universal coverage. Geneva, 2011. Disponível em: <https://goo.gl/JnZDRs>

WHO. Global Conference on Primary Health Care. <http://www.who.int/primary-health/conference-phc>. acesso em 7 de setembro 2018.

WHO/UNICEF. *Astana Declaration on Primary Health Care: From Alma-Ata towards Universal Health Coverage and the Sustainable Development Goals*, Disponível em: http://www.who.int/primary-health/conference-phc/DRAFT_Declaration_on_Primary_Health_Care_28_June_2018.pdf acesso em Agosto 2018.

***Integrantes del Grupo de trabajo Fiocruz sobre APS:** Paulo Buss, Ligia Giovanella, Maria Helena Magalhães de Mendonça, Luiz Augusto Galvão, Arlinda B. Moreno, Carlos A Grabois Gadelha, Cláudia Travassos, Francisco Campos, Guilherme Franco Netto, Gustavo Corrêa Matta, , Marcos Cueto, Maria do Carmo Leal, Mariana Setúbal Nassar, Marília Santini, Nisia Trindade, Patricia Canto, Patty Fidelis de Almeida, Paulo Amarante, Roberta Gondim, Sérgio Rego, Sonia Fleury.

****Integrantes de la Cámara Técnica de Atención Básica del Consejo Nacional de Salud:** Ronald Ferreira dos Santos (presidente del CNS), Agleildes Arichele Leal de Queirós, Allan Nuno Sousa, Ana Maria Chiesa, Ana Paula de Lima, Aparecida Celina Alves de Oliveira, Aryel Thomaz Fontenelle de Melo, Bruno Abreu Gomes, Elizabeth Cristina Fagundes de Souza, Heliana Hemetério, José Orlei Santor, José Vanilson, Kátia de Cássia Botasso, Luzianne Feijó Alexandre Paiva Guimarães, Maria Conceição

Silva, Mariana Lima Nogueira, Reginaldo Alves das Chagas, Rosa Maria Godoy Serpa da Fonseca, Shirley Marshal Dias Morales, Shirley Santana Gonçalves, Stephan Sperling, Tulio Batista.