

El rol de los profesionales de la salud en la atención primaria en salud (APS)*

The role of health care professionals in primary health care (PHC)

O papel dos profissionais da saúde na atenção primária à saúde (APS)

Álvaro Franco-Giraldo¹

¹ Médico, Doctor en Salud Pública, Profesor titular, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. Correo electrónico: alvaro.franco@udea.edu.co

Recibido: 01 de febrero de 2015. Aprobado: 11 de junio de 2015. Publicado: 30 de septiembre de 2015.

Franco-Giraldo A. El rol de los profesionales de la salud en la atención primaria en salud (APS). Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2015; 33(3): 414-424. DOI: 10.17533/udea.rfnsp.v33n3a11

Resumen

Objetivo: este artículo presenta una revisión crítica para desentrañar el rol de los profesionales de la salud en atención primaria en salud. **Metodología:** mediante revisión narrativa se analizan conceptos de atención primaria en salud, sus conexiones con diferentes modelos de salud, el papel del equipo de salud tanto en la Atención Primaria en Salud como en sus diferentes enfoques. La revisión se amplía a las funciones del profesional de la salud en este campo y del médico general, en particular, así como sobre su accionar y capacitación. **Discusión:** se argumenta a partir de algunas preguntas sobre cuál es el papel de los profesionales de la salud en el sistema y el

rol que deben jugar en la atención primaria y en la organización de los servicios de salud. Se particulariza en el sistema de salud colombiano y se hace énfasis en el cambio que se requiere del médico general, históricamente más ligado a la clínica y al hegemonismo del modelo biomédico. **Conclusión:** se presenta un boceto sobre la formación para las nuevas demandas en el actual momento, en tres dimensiones macro, meso y micro de la realidad sociosanitaria, sin desconocer las limitaciones estructurales del sistema colombiano que lo afectarán.

-----*Palabras clave:* Colombia, salud pública, atención primaria de salud, agentes comunitarios de salud, capacitación.

Abstract

Objective: this paper presents a critical review of the role of health professionals in primary health care. **Methodology:** narrative review concepts of primary health care, their connections with different models of health, the role of

the health team in both the Primary Health Care and its various approaches. The revision expands the functions of the healthcare professional in this field and the general practitioner, in particular, as well as their actions and training.

* Este escrito se basa en la presentación realizada por el autor en el Panel El Médico General y la APS, en el XXVI Congreso Nacional de Medicina General y Social ASMEDAS Antioquia. Medellín, 18 de septiembre de 2014.

Discussion: it is argued from some questions about what the role of health professionals in the system and the role it should play in primary care and the organization of health services. It is particularized in the Colombian health system and the emphasis is on the change that is required of the general practitioner, historically linked to the clinic and the hegemony

of the biomedical model. **Conclusion:** a sketch is presented of the formation to the new realities and demands at the present time, three-dimensional macro, meso and micro levels of the socio healthcare.

-----**Key words:** Colombia, public health, primary health care, community health workers, training.

Resumo

Objetivo: este artigo apresenta uma revisão crítica para descobrir o papel dos profissionais da saúde em atenção primária à saúde. **Metodologia:** por meio de revisão narrativa analisam-se os conceitos de atenção primária à saúde, as suas conexões com diferentes modelos de saúde, o papel da equipe de saúde tanto na APS quanto nas suas diferentes abordagens. A revisão amplia-se às funções do profissional da saúde neste campo e do clínico geral, em particular, bem como sobre o seu agir e capacitação. **Discussão:** argumenta-se a partir de algumas perguntas sobre qual é o papel dos profissionais da saúde no sistema e o papel que devem desempenhar na atenção

primária e na organização dos serviços de saúde. Particulariza-se no sistema de saúde colombiano e se enfatiza na mudança requerida do clínico geral, historicamente mais ligado à clínica e à hegemonia do modelo biomédico. **Conclusão:** apresenta-se um esboço sobre a formação para as novas demandas no momento atual, em três dimensões macro, meso e micro da realidade sociossanitária, sem desconhecer as limitações estruturais do sistema colombiano que o afetarão.

-----**Palavras-chave:** Colômbia, saúde pública, atenção primária à saúde, agentes comunitários de saúde, capacitação.

Introducción

Hasta hace menos de 5 años parecía existir una prohibición expresa para hablar de atención primaria en Colombia. Luego de la reforma sectorial sanitaria impuesta por la Ley 100 de 1993 la atención primaria era un tema proscrito del sistema de salud, posiblemente por ir en contravía de los intereses de la reforma y de los actores dominantes en ella. Hoy, sin duda se da un renacer de la atención primaria, sin que ello signifique que hemos logrado hacer las transformaciones necesarias y urgentes que amerita el sistema. Lo destacable ha sido el hecho de adoptarla, de haber quedado contenida en el articulado de la Ley 1438 de 2011 (la atención primaria como la estrategia fundamental):

Adóptese la Estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) que 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. La Atención Primaria en Salud 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...[1]

La cuestión de implementar un “nuevo” modelo no depende únicamente de la buena voluntad del médico y del espíritu comunitarista de los profesionales de la salud, ni de los llamados de la academia a la rectitud intelectual. Como nos lo recuerdan algunos tratadistas, “América

Latina (...) ha sufrido diferentes cambios políticos, sociales, económicos y culturales a través del tiempo, muchos de los cuales han quedado inconclusos debido a que el nuevo cambio había sido superpuesto sin dar tiempo a nada ni a nadie a adaptarse y evolucionar” [2].

En el anterior contexto de la reforma sectorial colombiana de 1993 [3], los formadores del médico, es decir las universidades, se empeñaron en crear los agentes necesarios para ese modelo basado en la atención individual y en las concepciones de las teorías económicas. No hay que ir muy lejos para recordar que la reciente propuesta de reforma del sistema de salud colombiano de 2013 enfatizaba en la formación de especialistas médicos por parte del aparato de producción de servicios de salud, para suplir las necesidades del modelo económico sanitario centrado en la enfermedad [4]. Reforma que por fortuna y gracias a la presión de los profesionales de la salud armados de una conciencia social y política contraria a los intereses del economicismo, lograron echar atrás. Se trataba también de crear universidades particulares de los propios oferentes (EPS e IPS del modelo colombiano) dentro de la ley de la oferta y demanda, con el fin de propiciar un recurso humano útil al sistema morbi-céntrico y productor de ganancias para el modelo económico.

Hoy, muy seguramente la situación interna del sistema no ha cambiado con respecto a 1993, pero las condiciones internacionales, el entramado jurídico de la gobernanza y el juego de actores sí vislumbra otros senderos que pueden llegar a facilitar un nuevo

modelo de salud para Colombia, basado en la atención primaria, muy a pesar de los intentos que uno encuentra en los entes rectores del sistema por darle a la atención primaria un toque más acorde con los intereses del modelo hegemónico de la reforma [5], como veíamos en los ejemplos anteriores.

Pero ¿cómo debe cambiar el accionar de los trabajadores de la salud y de los sanitarios para que pueda ser útil a los intereses de la atención primaria y de una gestión sanitaria transformadora?

El propósito de este ensayo es aproximarse desde el concepto de atención primaria, considerando los significados que hoy pueden estar en discusión, al debate sobre el modelo de salud, así como su influjo en la organización de los servicios de salud. Y, a partir de este análisis, determinar cuál de las orientaciones que se plantean dentro de la atención primaria puede ser la más adecuada para las cambiantes circunstancias del sistema de salud colombiano. El objetivo principal es desentrañar el rol que deben jugar los profesionales de la salud en la implementación de la APS. Se hace énfasis en el cambio que se requiere del médico general, dado que históricamente este profesional ha estado más ligado a la clínica y la hegemonía del modelo biomédico, distinto a los otros profesionales de la salud y de las ciencias sociales, más proclives al enfoque comunitario de la salud.

Sobre la atención primaria en salud

La Declaración de Alma Ata definió la APS como:

La asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, 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 su desarrollo, con un espíritu de autoresponsabilidad y autodeterminación. La APS forma parte integrante tanto de los sistemas nacionales de salud de los que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad [6].

Existen, sin embargo, diversos modos de entender la Atención Primaria (AP) de Salud: como un nivel de complejidad de servicios (primer nivel de atención), como un programa o un paquete de servicios, o como una estrategia o política para lograr un conjunto de resultados sanitarios [7]; más aún, como una filosofía que impregna a actores sociales, funcionarios y a los mismos servicios. Como primer nivel de atención, en el caso europeo se le considera como el conjunto de elementos relacionados con la puerta de entrada al sistema de salud, es decir, el primer contacto, en el cual la longitudinalidad o

continuidad, la integralidad e integridad, la coordinación entre niveles, son considerados atributos fundamentales de la APS [8]. También en el caso del Instituto de Medicina (IOM) norteamericano, se la entiende como “La provisión de servicios de salud integrados y accesibles, [otorgados] por profesionales eficientes en la cobertura de la mayoría de las necesidades de salud de las personas, que desarrollan una relación continuada con sus pacientes, y que realizan su práctica dentro del contexto de la familia y la comunidad” [9].

Otros más han modificado el concepto hacia el de Atención primaria de salud selectiva, enfoque centrado en los programas verticales, descontextualizada de los determinantes de la salud, selectiva también en cuanto a los grupos de intervención (grupo madre-niño), sin sostenibilidad financiera y desenfocada de las necesidades y de la vulnerabilidad de las poblaciones [10]. Por el contrario, un modelo estratégico de la APS con una perspectiva filosófica amplia, no puede soslayar los principios fundamentales y las directrices sociales y políticas de la salud pública; adicionalmente, define un enfoque integrador, siguiendo los atributos descritos atrás y adecuándolos a cada realidad y cultura, como bien abogan algunos comentaristas [11].

Más reciente se ha entrado en la era de la renovación, concepto debatible pero sin duda importante para la acción y la transformación de los sistemas de salud, en la última parte del siglo anterior y comienzo del presente, sometidos a intereses externos y foráneos. Propuesta retomada también en el Informe anual de la Organización Mundial de la Salud (OMS) 2008 bajo el título “La Atención Primaria de Salud, más necesaria que nunca” [12].

Son importantes, por lo tanto, los elementos sustantivos de los sistemas de salud y las modificaciones requeridas según la intencionalidad que se patentizó con la renovación de la APS y que muy probablemente lo previó también Colombia al introducir esta estrategia, de nuevo, en la última legislación de la reforma sectorial (Ley 1438 de 2011). Al respecto se propone en la renovación de la APS: “revitalizar la capacidad de todos los países de organizar una estrategia coordinada, efectiva y sostenible que permita resolver los problemas de salud existentes; afrontar los nuevos desafíos de la salud y mejorar la equidad. El objetivo último de un esfuerzo de esta naturaleza es lograr mejoras sostenibles de salud para toda la población” [10]. En concordancia, los profesionales de la salud deberían en todo caso estar proclives con su práctica sanitaria a establecer sinergias que puedan contribuir al logro de este propósito.

En este orden de ideas, quienes han desarrollado una atención primaria de tipo sectorial (atención primaria en

el sector institucional) han planteado el cuidado primario de la salud, y lo han resumido en estos términos: es la puerta de acceso del usuario a los servicios de salud, comprende las necesidades de salud de las personas dentro de su núcleo familiar, identifica y caracteriza a la población con el fin de hacer un abordaje integral, supervisa los programas de promoción y prevención y mantiene la salud de los individuos basados en el nivel primario, propone la detección y el redireccionamiento oportuno de pacientes con patologías de alto costo, establece sistemas de remisión y contra-remisión adecuados (referencia y contra-referencia). Se caracteriza así el arreglo institucional, para lo cual Starfield plantea un balance entre necesidades, servicios y tecnología [13].

Posteriormente y con un enfoque más amplio para la acción, la *Agenda de Salud para las Américas 2008 – 2017* [14] encaminada a dar respuesta a las necesidades de salud de la población, rescata principios y valores centrados en “derechos humanos, universalidad, accesibilidad e inclusión, equidad de salud y participación social” [15] y se establecen diez áreas de acción necesarias:

“El fortalecimiento de la autoridad sanitaria, el abordaje de los determinantes sociales de la salud, el aprovechamiento de los conocimientos, la ciencia y la tecnología, el fortalecimiento de la solidaridad y la seguridad sanitaria, la disminución de las inequidades, la reducción de riesgos y carga de enfermedad, el aumento de la protección social, el acceso a los servicios de salud de calidad, el fortalecimiento de la gestión y el desarrollo de las personas que trabajan por la salud” [15].

En este marco la implementación de la renovación de la APS se vislumbra como la estrategia fundamental.

Es importante entender la renovación de la APS en relación con el desarrollo de los sistemas de salud, conformados éstos por un conjunto de elementos estructurales y funcionales esenciales que garanticen la cobertura y el acceso universal a los servicios, de manera tal que promuevan la equidad. Estos sistemas deben prestar atención integral, integrada y apropiada a lo largo del tiempo, poniendo énfasis en la prevención y promoción y garantizando el primer contacto del usuario con el sistema, tomando a las familias y comunidades como base para la planificación y la acción [10].

Lograr estos objetivos de los sistemas de salud, su cohesión y transformación, es sin duda uno de los desafíos más grandes para los profesionales de la salud y los médicos en particular. Para detallar un poco más las concepciones detrás de la APS y su renovación, y el sentido que se le ha dado en la última etapa desde 2005, podemos remitirnos a otras publicaciones realizadas en

otros medios [16, 17]. Sin embargo, más importante aún es profundizar en la pregunta por el modelo de atención.

El cambio en el modelo de atención

Al hablar del rol de los profesionales de la salud nos introducimos en el modelo de atención y de manera casi premeditada, nos preguntamos por el cambio hacia un modelo de atención integral, comunitarista y con un enfoque basado en la participación social, que lleve a unos fines salutogénicos [18], de acuerdo con las más novedosas interpretaciones de la promoción de la salud.

Es en este contexto en el que la atención primaria en salud podría fungir como un enfoque renovador de los modelos de salud, encauzado a reorientar los servicios de salud. Este ensayo parte del supuesto renovador de los métodos y las conexiones utilizadas por la nueva propuesta de atención primaria en salud, así como su potencial para cambiar el modelo de salud, en particular en los sistemas de salud latinoamericanos. La APS es necesaria para introducir algunos elementos útiles a la transformación del sistema de salud en este subcontinente, en particular en Colombia donde se debate intensamente la posibilidad de salir de un modelo de mercado.

Otro supuesto destaca estas prácticas como expresiones de un modelo alterno al médico-biologista o al preventivista-epidemiológico; es el modelo basado en la APS, el cual pondera los componentes de la salud pública, al buscar mejorar la salud rompiendo barreras y prácticas convencionales.

De acuerdo con el Modelo de Atención Primaria Integral [19], se debe colocar en el centro la satisfacción de las necesidades de salud de las personas y reordenar a los efectores, pasando del esquema burocrático piramidal por niveles a un esquema de redes asistenciales, responsables de la atención de la salud de una comunidad. La atención a la salud en el primer nivel adquiere un rol protagónico en el abordaje integral de las familias y la comunidad, con una fuerte orientación preventiva.

En el modelo descrito, la comunidad, sus redes y el primer nivel de atención, configuran la arquitectura que articula el quehacer sanitario [19]; pero, los hospitales, donde más asiduamente se han concentrado los médicos hasta ahora, también forman parte de la continuidad de la atención contribuyendo a la resolución de los problemas de salud derivados desde la red asistencial y de la comunidad misma, con base en el tipo de actividades, especialidades y nivel de complejidad que la propia red les ha definido. No los podemos desconocer y por esta razón en Colombia se propone junto a la renovación de la APS, el complemento indispensable de las redes integradas de servicios [1].

El Ministerio de Salud y Protección social colombiano en su nueva etapa propone un modelo de atención integral con enfoque de salud y medicina familiar y comunitaria [20], centrado en los siguientes lineamientos: es la puerta de acceso del usuario a los servicios de salud, busca comprender las necesidades de salud de las personas dentro de su núcleo familiar y hace seguimiento al riesgo y tratamiento de sus patologías, identifica y caracteriza a la población, con el fin de hacer un abordaje integral, reorganiza sus planes terapéuticos, el cuidado primario en salud, medicina familiar y comunitaria, supervisa los programas de prevención de la enfermedad y promoción de la salud; asimismo, realiza detección temprana de pacientes con patologías de alto costo; finalmente, considera criterios de remisión y contrarremisión bien establecidos (referencia y contrarreferencia) para articular el modelo.

Aparte de si estas propuestas son válidas o factibles en nuestro entorno, las tipologías que dispongamos para clasificar los modelos deben dar cuenta de dos aspectos importantes: 1) El desafío del modelo de atención es resolver los problemas de salud de las personas, potenciando la capacidad de las mismas para influir positivamente en su vida y su entorno. 2) Cualquier modelo de atención debe pensar en el equipo de salud más idóneo y adecuado, siendo este su efector motriz y dinamizador. La estructura y el funcionamiento del equipo de salud van a estar condicionadas por las características demográficas, epidemiológicas, culturales y económicas de la población a la cual está dirigida la atención [21]. Aquí es donde el rol de los profesionales de la salud se torna fundamental.

El rol de los profesionales de la salud

En primer lugar es necesario enfatizar que el rol de los profesionales de la salud se materializa en el equipo de salud con una orientación colectiva y comunitaria. Según el enfoque chileno de mediados de la primera década de este siglo [21], el equipo de salud en el ámbito comunitario, ha de asumir objetivos comunes, desarrollar actividades propias del primer nivel de atención, hacerlo desde una perspectiva interdisciplinaria, con un enfoque individual, familiar y comunitario, con énfasis en la prevención de la enfermedad y la promoción de salud, y constituirse en la puerta de entrada de la red asistencial. En este marco se ubicaría el equipo de salud dentro del sistema de salud basado en la atención primaria en salud, aunque no se podría reducir al primer nivel de atención, como se puede concluir de la discusión en este ensayo.

La evidencia internacional confirma “que la forma más eficaz de atención en el primer nivel es la realizada

por un equipo de salud. Los conceptos modernos de organización del trabajo están basados en la actividad grupal o de equipo. La complejidad científica y tecnológica de los procesos productivos y la necesaria optimización de su eficacia aconsejan la colaboración de distintas personas, en muchos casos de origen formativo y perfil profesional diferente” [21]

El desafío de la transformación de la práctica médica

En nuestro medio se argumenta que el médico general se ha venido desprestigiando como consecuencia de la reforma en salud. En el contexto de la literatura esto ya está bien descrito por otras causas: “En medicina, el espejismo tecnológico del último siglo casi ha borrado la importancia de la medicina general/de familia (y de la medicina interna) y ha acrecentado la importancia de los especialistas, los diagnósticos y la tecnología”. En tal sentido proponen estrategias para renovar al médico de familia, que se caracterizaría por “cooperar con otros profesionales y ámbitos asistenciales, que sea capaz de pensar al tiempo en el paciente individual y en la población a la que pertenece y ejerza con calidad técnica y humana” [22].

Son varios los enfoques que tratan de dar orientación sobre el “deber ser” de la medicina en el sistema de salud, enfoques basados en la salud comunitaria, en la salud familiar, o en la medicina familiar o en la práctica liberal de la propia disciplina. No es necesario ni interesa defender aquí una u otra modalidad, sino dejar unas pistas para la participación profesional de la salud en esta coyuntura, dependiendo del contexto específico de su propio país.

En la primera etapa de la atención primaria en salud (1970 - 1990) se planteaba la misma pregunta, por las funciones que debe asumir el profesional de la salud y por la capacitación que deben recibir para ejercer esa práctica. Y se partía de las numerosas interpretaciones que se han dado de la atención primaria de salud y concluía que “cada país decidía en última instancia cuál era la modalidad que más le convenía para proporcionar esos servicios a la población” [23].

En particular, la discusión, ayer como hoy, se polarizaba al definir ¿qué tipo de profesional debía encarnar el médico de atención primaria? En aquel entonces, se respondía que el médico en la atención primaria era:

Un profesional de la medicina que proporcionaba atención continua e integral al paciente, a veces a su familia y en mayor o menor grado a la comunidad, tanto en la salud como en la enfermedad; podía ejercer su práctica en forma independiente (lo que por lo común se denomina medicina general), con uno o más colegas en la práctica en grupo, o en un equipo multidisciplinario con otro personal de profesiones afines, tales como enfermeras de salud pública, parteras, trabajadores sociales, funcionarios de salud ambiental, etc. [23]

Al médico de familia se le asignaban funciones de servicios personales, de promoción, prevención, curación y rehabilitación. Además de cumplir estas clásicas funciones de salud pública, estos sanitaristas se enfocan en la perspectiva del bienestar social. En la práctica se insistía en que este médico “tiene que actuar como clínico, como organizador, como supervisor y como profesor” [23], siendo parte del equipo de salud, es decir que su función de liderazgo dentro del equipo resultaba importante.

En este punto coincidimos y resaltamos en todos los casos el verdadero liderazgo de este profesional en el sistema de salud. Los trabajadores de la salud y los médicos, en particular, no pueden eludir este desafío. Lo cierto es que se necesitan médicos que rompan con el enfoque biopatológico criticado atrás, médicos que deben tener un concepto integral del ser humano, verlo como persona y como parte de un todo, familia-comunidad, con habilidades tanto en el conocimiento, como en la actitud y la praxis, según diferentes recomendaciones [24].

Al respecto, en la etapa anterior de la atención primaria en los servicios de salud, se concluía que: el médico “aporta a los servicios, los conocimientos, habilidades y destrezas que permiten la identificación y el manejo de los problemas que presentan los individuos, las familias y las comunidades” [23]. Querría esto decir que el enfoque debe pasar del énfasis en la clínica a otro fundamentado en los problemas sociales y comunitarios con respuestas interdisciplinarias, comunitarias y de salud pública. Aunque en aquel entonces se hacía énfasis en la necesidad de una práctica médica más humanística, se concentró en aplicar “la tecnología apropiada” que se pudiera utilizar con los escasos recursos disponibles, condición que llevó a una “medicina para pobres” que hoy resultaría inadmisibles a todas luces. Hoy, por el contrario, los trabajadores de la salud, como actores sociales, deben poner su ojo avizor en señalar claramente en la “nueva” estrategia de atención primaria que la tecnología implementada será la óptima que se merecen los ciudadanos, de acuerdo con el derecho a la salud.

Volver al médico de salud pública

Los amigos de la medicina/salud familiar han resaltado que ese médico, del que venimos hablando es el médico de familia, “especialista médico que realiza Atención Primaria de alta calidad”, interlocutor válido del sistema sanitario ante el individuo y la comunidad, capaz de traducir las necesidades de salud al lenguaje cotidiano, así como las soluciones técnicas y sociales a la realidad en que se vive en una comunidad, facilita la autorresponsabilidad en el cuidado de la salud y su mantenimiento, mediante la participación comunitaria. No obstante, el reto actual es mucho mayor si seguimos el enfoque salutogénico de la salud pública:

Fortalecer la formación de profesionales centrándonos en potenciar la capacidad para colaborar y detectar los recursos, costumbres y elementos culturales y ambientales ya existentes en las comunidades y en las personas que las integran y conectar mejor nuestros conocimientos y habilidades con la ciudadanía y con otras instituciones para responder a las necesidades e intereses de las personas a lo largo de todo el devenir del río de la vida [25].

En atención primaria, deberíamos pensar en un médico sanitarista (salubrista) que ejerza todas las funciones de la salud pública y no sólo las asistenciales y gerenciales (atención gerenciada) que hoy le impone el modelo neoliberal. Sus funciones deberán ser múltiples, bajo este enfoque, empezando por las funciones clínicas y de prestación que seguirán siendo inobjectables, pero también las de educación para la salud, las administrativas y organizativas de servicios y las de monitoreo y seguimiento de los programas existentes dentro de la atención primaria, asumiendo como propia la más importante de todas, la de participación comunitaria [23].

Se reitera que tendremos que volver al médico salubrista con enfoque en APS, el cual se ha venido perdiendo en nuestro medio después de que estuvo siempre en el corazón de los diversos programas de salud pública que ofrecían las escuelas de salud pública en todo el continente. La clave está en dicho enfoque, el cual le permite desentrañar en su profundidad las verdaderas causas de la enfermedad y enfrentarlas, desde un punto de vista sociopolítico y médico, con estrategias que resuelvan los efectos deletéreos de los determinantes de la salud y las relaciones estructurales de nuestra sociedad, que reclamen las omisiones del régimen político responsable de gran parte de las muertes y la morbilidad que nos atañen. Asimismo, dirigido a construir escenarios para la salud y la vida de las poblaciones, aprovechando sus potencialidades (autogénesis) [25].

Por el rescate de un nuevo médico generalista

Más interesante aún es que estos analistas vean en la atención primaria un ámbito para la transformación y la renovación de la práctica médica: “Una atención primaria fuerte se basa en el prestigio de los médicos que trabajan en ella, en el número y la remuneración de sus médicos en relación con los especialistas, y en la fuerza de sus organizaciones profesionales y científicas” [22, 26].

Algunos, añorando al antiguo médico de cabecera les interesa también la recuperación del status médico, señalan que “a la sociedad le conviene recuperar el prestigio y el crédito atribuidos de antiguo a los médicos de cabecera —los héroes anónimos de la medicina” [22], postura que ha servido para promover un nuevo médico de familia que ejerce con calidad técnica y humana, con respeto a los valores generales y profesionales.

Si bien, no se trata de revivir la nostalgia sino de seguir la línea de las transformaciones sociales en cada momento histórico y adaptar la profesión a esas necesidades, sí es importante el rescate del médico generalista y la connotación ética que atraviesa tanto la relación con las necesidades sociales como también los enfoques teóricos pertinentes, que no sólo recojan lo fundamental de los conocimientos de las especialidades médicas basadas en los órganos y sistemas humano-biológicos, sino esencialmente el generalista de las relaciones sociales y de los determinantes sociales de la salud-enfermedad, que enfrente los diversos problemas sanitarios. Además, debe ser un generalista en la administración del proceso de atención médica, enfocado en el logro de los objetivos de la atención integral y sobre todo la integralidad social del caso médico, la garantía de la atención completa, para lo cual se apoyará en la gestión en red de los diversos niveles de atención bien estructurados y de un verdadero modelo de referencia y contrareferencia. Adicionalmente, en esta nueva etapa será un político, en el sentido noble de la profesión, que estará al tanto de las relaciones de los grupos poblacionales y buscará conducirlos hacia el logro de la calidad de vida y al mejoramiento de la salud.

Boceto sobre la formación de los profesionales de la salud

Desde el período 2005 - 2008 cuando se puso en escena la renovación de la APS [10], la organización panamericana de la salud (OPS) se ha preocupado por la formación en medicina que lleve a un real cambio en la práctica relacionada con la APS. Según su enunciado, se trata de “fortalecer las capacidades de los futuros médicos para comprender mejor su papel frente a las necesidades crecientes de la gente y contribuir con el desarrollo de los sistemas de salud basados en la Atención Primaria de Salud” [15]. Estos sistemas de salud basados en la atención primaria, son otro punto de discusión que no debemos pasar de largo y conviene remitir de nuevo a publicaciones anteriores [16, 18]. No solo el médico sino los profesionales de la salud, en general, deben enfocar su capacitación bajo este cometido. En ese contexto, el Proyecto de Desarrollo de los Recursos Humanos para la Salud del Área de Sistemas y Servicios de Salud de la OPS, propone:

Redefinir la formación de los médicos en la región, buscando una educación basada en la comunidad, con una orientación generalista, con contenidos de salud pública y salud familiar y comunitaria y fundamentalmente con un enfoque de atención primaria de salud, que permita al egresado el desarrollo de sólidas competencias técnicas

y sociales, un pensamiento interdisciplinario y un comportamiento ético [15].

Para los profesionales de la salud es necesario recibir una formación multidimensional [27]. La formación de los profesionales de la salud debe enfocarse, por lo tanto en varios niveles disciplinares y de la práctica en salud, retomando algunas propuestas efectuadas en otros contextos, pero susceptible de adaptación a cada espacio nacional o local [28]. Un ejemplo de ello se puede detallar en la Tabla 1, según las dimensiones macro, meso y micro de la realidad [27] (formación en modos de vida/ sistema social, en condiciones de vida/escenarios locales de la salud, en estilos de vida/servicios de salud, respectivamente).

La orientación para esta formación ha estado clara desde los planteamientos de la renovación de la APS por la OMS/OPS:

“La APS abarcadora es un conjunto de valores: derecho al más alto nivel de salud, solidaridad y equidad; principios: responsabilidad gubernamental, sostenibilidad, intersectorialidad, participación social entre otros y, elementos estructurantes del sistema de servicios de salud (atributos de la APS): acceso de primer contacto, integralidad, longitudinalidad, coordinación, orientación familiar y comunitaria y competencia cultural” [29].

A partir de esta orientación se ha venido impulsando la formación en varias escuelas de salud pública en América Latina, también con el auspicio de entidades financiadoras europeas; para lo cual se propone la excelencia en su más alto nivel, con profesionales calificados formados para tal fin, quienes practicarán los principios, valores y atributos de la APS.

No obstante, podríamos complejizar un poco más la capacitación requerida y el tipo de profesional que requiere la atención primaria en América Latina. No podría admitirse tampoco que esta sea una cuestión solo de médicos generales y enfermeras. Bien lo señala Starfield [30] para Estados Unidos, al recoger resultados de algunos estudios mostrando mejores resultados en salud con la atención primaria. Siguiendo sus propios estudios mostró que, fue mejor todavía cuando se tuvieran más médicos en atención primaria, entendidos estos como [13, 31]: “medicina familiar, medicina interna general y pediatría general”, y citando a Shi [32] y Farmer [33] entre otros, corrobora que “en los EU la atención primaria es responsabilidad principalmente de los médicos de estas especialidades”.

Discusión

En relación con la tesis que refuerza la necesidad de profesionales de la salud para la APS nos apoyamos en una revisión exhaustiva de experiencias de atención

Tabla 1. Dimensiones para la formación de los profesionales de la salud

Dimensión	Ámbito de intervención [27]	Énfasis pedagógico	Objeto de formación
Macro	Modos de vida/ sistema social	Enfatiza en aquellos aspectos relacionados con los determinantes de la salud en su concepción estructural; en la determinación social de las desigualdades sociales; en mejorar las condiciones de vida de las gentes en sus espacios nacionales, territoriales y según las culturas. Comprender el sistema de salud, sus fortalezas y debilidades para la transformación y reorientación de los servicios.	Promover la salud a gran escala; la intervención política por el derecho a la salud, el rol de los salubristas y los profesionales de la salud, la acción intersectorial en salud, las amenazas globales, la construcción de sistemas universales de salud, análisis de situación de salud y gestión de riesgos, instrumentos y herramientas para la promoción de la salud.
Meso	Condiciones de vida/ escenarios locales de la salud.	Centrado en lo relacionado con los enfoques de prevención y contención del riesgo sanitario, cumpliendo aquellas medidas que usualmente se realizan desde las disciplinas instrumentales de la salud pública y la protección del ambiente, Construcción de ambientes y entornos saludables.	Enfoque comunitario. Gestión de salud pública en micro territorios. Riesgos, problemas de salud e intervenciones. Sistemas de información clínico-social. Las funciones esenciales de la salud pública. El cuidado de la salud y la organización de la atención sanitaria.
Micro	Estilos de vida/ servicios de salud	Reforzar el cuidado de la familia y de todos los miembros del núcleo familiar, la tensión curativa, etc., haciendo énfasis en la atención familiar y en el desarrollo del primer nivel de atención; propendiendo por redes integradas de servicios de salud.	Las funciones clásicas de la atención primaria, la atención esencial, el acceso universal a los servicios de atención médica, la continuidad y la plena resolutivez, capacidad para la toma de decisiones clínica, comunitaria y seguimiento activo de resultados, etc.

Fuente: construcción propia, basada en el diálogo y la discusión con académicos y otros actores del sistema.

primaria en salud en Suramérica desarrolladas desde la Declaración de Alma-Ata, realizada por Acosta et al [34], quienes al describir las condiciones encontradas que favorecen el éxito de la implementación de la atención primaria en salud (programas exitosos por el mejoramiento de la salud y reducción de las inequidades), señalan entre muchos otros, dos pilares que para el caso se ajustan bastante a lo planteado en este ensayo: estar soportados en recursos humanos cualificados para establecer relaciones con las familias y las comunidades en función de la salud y la optimización de los cuidados interculturales y los equipos de salud interdisciplinarios.

Con el advenimiento de la renovación de la APS en los países de la región de las Américas, siguiendo la línea de la OPS [15] se pueden resumir los problemas fundamentales en: falta de compromiso social con la atención a la salud de la población, carencia de una formación integral desde las perspectivas técnicas y humanistas; alto costo de la salud reflejado en la elevada proporción de médicos especializados vs. generales/salud familiar, escasos conocimientos y habilidades por parte de los egresados para el manejo de la APS; el énfasis en un modelo biologicista, la centralización de la práctica del aprendizaje en los hospitales, la ausencia de un enfoque de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en el ámbito individual, familiar y comunitario desde el inicio de la formación.

En consecuencia, se proponen estrategias para superar esas falencias históricas de la práctica en salud en el marco comunitario: instauración de políticas que fomenten la atracción de estudiantes hacia la APS; adopción de políticas que incentiven la permanencia en APS de los profesionales bien formados, en lugares estratégicos que garanticen la sostenibilidad laboral de estudiantes, académicos y gobiernos locales en APS; poner en marcha mecanismos que aseguren los niveles de conocimientos exigidos en APS y el acompañamiento de los ministerios de salud en estos procesos de cambios [15].

No obstante, más allá del enfoque de la práctica profesional y su rol, es necesario indicar que la mayor responsabilidad es organizativa y estructural del sistema, que se concreta en lo que se ha venido llamando “modelo de atención”, de manera amplia. Este, inclusive, demanda un cambio paradigmático no solo en la medicina sino también en la organización de los servicios y en la estructura del sistema. Renovación que solo se lograría con el paso del énfasis en la curación hacia la atención preventiva y a la promoción de la salud, del hospitalo-centrismo a la atención en la comunidad (deshospitalización); con el paso de la atención segmentada de los mercados en las grandes urbanas a un enfoque territorial en todos los rincones del país; del enfoque privado del mercado al basado en la planificación de la gestión pública descentralizada;

cambiando el enfoque de factores de riesgo al de determinantes de la salud, del enfoque proteccionista al de la producción social (determinación social) de la salud y otras soluciones estructurales.

Por otra parte, Acosta y otros [34] resaltan los pilares positivos para la APS y la salud en relación con el fortalecimiento de los servicios y la política pública: servicios integrales y comprensivos, equipos de salud distribuidos geográficamente, planificación intersectorial de la salud y formulación de políticas públicas, desarrollo y concordancia de la APS con las políticas de salud, basadas en la equidad y en las políticas sociales.

A pesar de la claridad conceptual sobre cómo estructurar sistemas de salud basados en APS, en la práctica se imponen modelos reduccionistas pensados en razón de la función económica. Está bien documentada la experiencia de algunos países que durante la época anterior de la APS (años 70 - 90), utilizaron un enfoque restrictivo o selectivo, o un “modelo minimalista en lo social”. Para estos, la política de salud significó la definición de una canasta básica de prestaciones y la orientación de los recursos del Estado solo hacia los grupos más desfavorecidos. Riesgo que se vuelve a correr ahora en Colombia, con la renovación de la APS: “Como respuesta a este modelo, y aún antes, diversos actores han sostenido el discurso del derecho a la salud. Sin embargo, esta invocación ha sido poco operacionalizada y, por lo general, se ha contado con escasos elementos para impulsar un debate sobre la elaboración de una política de salud con enfoque de derechos humanos” [35].

Más aún, no todo lo que se ha destacado de la atención primaria en su etapa de los 70-90, culminó como se proyectó. Son aún grandes las dudas desde el punto de vista epistemológico [36] y quedan pendientes muchas de sus recomendaciones: un nuevo paradigma de la salud sustentado en el enfoque social, la transectorialidad y la participación social; basarse en los modelos integrales, iluminados por principios de solidaridad, equidad, y defensa de los derechos humanos; ejecutados por la alternativa local, con autonomía administrativa y financiera; con una real descentralización política y administrativa que asegure los recursos humanos y financieros correspondientes. De otro lado, es importante hacer un llamado para impulsar la investigación en esta área que logre superar la brecha entre investigadores y decisores (formuladores de políticas públicas) como tantas veces se ha insistido sobre este problema [37].

Volviendo al caso de Colombia, estudios recientes [38] han demostrado las debilidades de la atención primaria en un sistema o en un contexto de mercado: barreras para conectar las políticas nacionales y un

sistema de salud basado en principios neoliberales, la carencia de una fuente estable de recursos, la confusión que genera las normas rígidas y la rotación permanente de los recursos humanos, la carencia de competencias en los trabajadores de la salud para el enfoque con orientación familiar y comunitaria y limitaciones de las instituciones extra sectoriales, para la acción intersectorial y fomentar la participación ciudadana.

Tampoco en el campo del talento humano, podríamos pensar que las soluciones están en la capacitación del equipo de salud, si bien necesaria, como se bosqueja atrás. Más allá, para lograr la universalidad con equidad (propósito innegable del sistema), es imprescindible contar con personal de salud suficiente, distribuido equitativamente, calificado y motivado. “Resolver esta ecuación es uno de los mayores desafíos para lograr los objetivos de universalidad y equidad en salud” [39]. Es un problema estructural que va más allá de la capacitación y del imperio de las leyes del mercado (relaciones oferta y demanda de recursos).

Las anteriores afirmaciones no se distancian mucho del marco general que hemos propuesto para el sistema de salud colombiano [40] y la reforma sectorial sanitaria en general en América Latina [41], basados en el fortalecimiento del mismo en términos de la descentralización, afianzando la participación y el control social, la gestión local, la intersectorialidad, el desarrollo integral y los cambios regulatorios que devuelvan la rectoría al sistema.

Conclusión

Como epílogo, es preciso señalar que no se pueden olvidar las relaciones estructurales de la reforma sectorial y la necesidad de una verdadera reorientación del sistema de salud para que podamos hablar de atención primaria en salud y talento humano. Es cierto que lo hemos obviado en esta disertación, aunque es el problema fundamental, porque nos hemos centrado en la pregunta principal sobre el rol del médico general y de los otros profesionales de la salud en la atención primaria en salud (APS), para proponer un boceto de capacitación como se vio en la tabla 1.

Así y todo es necesario entender que si no se dan los cambios estructurales, muy difícil será que las bien intencionadas transformaciones en el campo de la práctica médica y sanitaria (del médico general y del equipo de salud, incluidos los especialistas que apoyan la APS), logren un destino feliz en logro de los objetivos de la salud. Inquietudes que como otras tantas introducidas en este ensayo, deben ser objeto de otros análisis posteriores.

Agradecimientos

Al comité de investigaciones de la Universidad de Antioquia (CODI) y a la estrategia de sostenibilidad 2013-2014 por el apoyo financiero y logístico para la realización de esta revisión y del artículo. Al grupo de investigación en Gestión y políticas públicas en salud y su línea de investigación en salud global y políticas públicas globales, adscrito a la Facultad Nacional de Salud Pública, Colombia.

Referencias

- 1 República de Colombia. Gobierno Nacional. Senado de la República. Ley 1438. Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá; 19 de enero de 2011. (Art. 12°).
- 2 Segovia E.L. ¿Qué médicos necesitamos, para qué? Disponible en: <http://www.cumbremedicinafamiliar.com/cumbre/index.php/dr-edgar-leon-segovia>
- 3 República de Colombia. El Congreso de la República. Ley 100 de 1993, por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Diario Oficial No. 41.148 de 23 de diciembre de 1993.
- 4 Franco-Giraldo Á. La última reforma del sistema general de seguridad social en salud colombiano. Rev. salud pública [online]. 2012, vol.14, n.5, pp. 865-877. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=0124-006420120005&lng=en&nrm=iso
- 5 Ministerio de Salud y Protección Social. Comité Ampliado. Lineamientos generales para el desarrollo del modelo integral en atención salud para el sistema general de seguridad social en salud - SGSSS. Bogotá (Colombia), julio de 2014
- 6 PAHO/WHO. [internet] Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978 [acceso el 12 de mayo de 2009]. Disponible en: http://www.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm.
- 7 Starfield B. Atención Primaria. Equilibrio entre necesidades de salud, servicios y tecnología. Barcelona: Masson; 2004.
- 8 Ceitlin J y Gomes-Gascón T, edit. Medicina de Familia, la clave de un nuevo modelo. Madrid: CIMF-semFYC; 1997.
- 9 Institute of Medicine, edit. Defining primary care: an interim report. Washington, DC: National Academy Press; 1994.
- 10 Organización Panamericana de la Salud, Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas: Documento de posición de la Organización. Washington: OPS/OMS; 2007.
- 11 OMS/WONCA. Hacer que la práctica médica y la educación médica sean más adecuadas a las necesidades de la gente: la contribución del médico de familia. Ontario: OMS/WONCA; 1994.
- 12 World Health Organization. La Atención Primaria de Salud. Más necesaria que nunca [monografía en Internet]. Informe sobre la salud en el mundo 2008; Geneva: WHO; 2008. [consultado el 15 de octubre del 2008]. Disponible en: www.who.int/whr/2008/summary/es/index.html .
- 13 Starfield B. Primary care: balancing health needs, services, and technology. New York: Oxford University Press; 1998
- 14 OPS/OMS. Agenda de Salud para las Américas 2008-2017. Washington, DC: OPS; 2007.
- 15 Organización Panamericana de la Salud. La formación en medicina orientada hacia la atención primaria de salud. (Serie la Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. No. 2). Washington D.C: OPS, c 2008. 71 págs. Disponible en: http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/APS-formacion_Medicina_Orientada_APS.pdf
- 16 Franco-Giraldo A. Modelos de salud y atención primaria de salud. Ponencia en el XXIV congreso Nacional de Medicina “Integración de saberes”. Auditorio Marie Possepin; Envigado (Antioquia). 30 de octubre de 2010. En: Revista virtual de ASMEDAS Antioquia. Disponible en: <http://www.asmedasantioquia.org/27-magazin/magazin-no-2/1380-modelos-de-salud-y-atencion-primaria-en-salud-aps> [consultado el 17 de septiembre de 2013]
- 17 Franco-Giraldo A. ¿Atención primaria en salud: de regreso al pasado? Rev. Fac. Nac. Salud Pública 2012; 30 (1): 83-94.
- 18 Antonovsky A. The salutogenic model as a theory to guide health promotion. Health Promotion International, 1996; 11 (1), 11-18.
- 19 Gobierno de Chile. Subsecretaría de redes asistenciales, división de atención primaria orientaciones para la planificación y programación en red año 2013 [Internet] . Disponible en: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/cd34d7da59bfb48e0400101650154ea.pdf>
- 20 Ministerio de salud y Protección social. Salud y Medicina Familiar y Comunitaria. ¿Qué es el cuidado primario de la salud? Dimensiones alcance del CPS. Bogotá, julio de 2014. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/Programa%20Nacional%20Salud%20Familiar%20y%20Comunitaria%20y%20Medicina%20Familiar%20200214.pdf>
- 21 Rodríguez V, Barrios A, Sosa Abella A. El equipo de salud en el ámbito comunitario propuesta de discusión en el marco del proceso de regionalización (Monografía). Departamento de Medicina General, Familiar y Comunitaria, Facultad de Medicina Universidad de la República. Santiago de Chile. Febrero 2007. Disponible en: <http://www2.msp.gub.uy/andocasociado.aspx?4278,19411>
- 22 Gervas J, Starfield B, Minué S, Violan C. Algunas causas (y soluciones) de la pérdida de prestigio de la medicina general/ de familia. Contra el descrédito del héroe. Seminario de innovación en atención primaria 2007. Aten Primaria 2007; 39 (11): 615-8. Disponible en: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pidet_articulo=13112199&pidet_usuario=0&pcontactid=&pidet_revista=27&ty=90&accion=L&origen=elsevier&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=27v39n11a13112199pdf001.pdf [consultado 6 octubre de 2014].
- 23 Garret E. Funciones del médico en la atención primaria de salud. Educ Méd Salud 1981;15(3): 249-257.
- 24 Heimerdinger AC. Atención primaria de salud. Medicina familiar. En: López JE, Briceño-Iragorry L, editores. Colección Razetti. Volumen III. Caracas: Editorial Ateproca. 2007; pp.313-372. Cap. 14.
- 25 Hernán M, Morgan A, Mena AL (editores). Formación en salutogénesis y activos para la salud. Escuela Andaluza de Salud Pública/ Consellería de Salud/ Junta de Andalucía. Granada, octubre de 2013. Serie Monografías EASP N°51. Disponible en: <http://www.easp.es/project/formacion-en-salutogenesis-y-activos-para-la-salud/>
- 26 Jovell AJ. El futuro de la profesión médica. Análisis del cambio social y los roles de la profesión médica en el siglo XXI. Barcelona: Fundació Biblioteca Josep Laporte; 2001. Disponible en: www.fbjoseplaporte.org/docs/futuropm.pdf.
- 27 Castellanos P.L. Salud Pública. Los modelos explicativos del proceso salud – enfermedad: los determinantes de la salud. McGraw-Hill- interamericana. 1998; pp. 81 - 102.

- 28 Montero J, Rojas MP, Castel J, Muñoz M, et al. Competencias médicas requeridas para el buen desempeño en Centros de Salud Familiares en Chile. *Rev Méd Chile* 2009; 137: 1561-1568. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872009001200003
- 29 Eurosocietal/ EuropeAid. Grupo de Pesquisa em Atenção Primária à Saúde de Porto Alegre, GPAPS. Harzheim E (coordinador). Documento marco. La formación de profesionales de salud para la APS y salud familiar y comunitaria en América Latina. Porto Alegre; 2008. Disponible en: http://www.msal.gov.ar/observatorio/images/stories/documentos_formacion/acerca_de/HARZHEIM.CASADOVICENTE-Formacion_profesional_para_la_APS.pdf
- 30 Starfield B. Equidad en salud y atención primaria: una meta para todos. *Revista Gerencia y Políticas de Salud* 2001; (1): 6-16
- 31 Starfield B. Primary care: is it essential? *Lancet* 1994; vol. 344: 1129-33.
- 32 Shi L. Primary care, specialty care, and life chances. *Int J Health Serv* 194; vol. 24: 431-58.
- 33 Farmer FL, Stokes CS, Fisher RH. Poverty, primary care and age-specific mortality. *J Rural Health* 1991; vol. 7: 153-69.
- 34 Acosta N, Pollard J, Vega R, Labonté R. Comprehensive Primary Health Care in South America: contexts, achievements and policy implications. *Cad. Saúde Pública* (Rio de Janeiro) 2011; 27 (10): 1875-1890.
- 35 Se I, Burijovich J. La estrategia de atención primaria de la salud: ¿progresividad o regresividad en el derecho a la salud? *Salud Colectiva* (Buenos Aires) 2009; 5 (1): 27-47.
- 36 Rovere M. Atención Primaria de la Salud en Debate. *Saúde Em debate. Revista do centro brasileiro de estudos de saúde* (Rio de Janeiro) 2012; 36 (94): 327 – 343.
- 37 Almeida C, Báscolo E. Use of research results in policy decision-making, formulation, and implementation: a review of the literature. *Cad. Saúde Pública* (Rio de Janeiro) 2006; 22 (suplemento 0).
- 38 Mosquera PA, Hernández J, Vega R, Labonte R, Sanders D, Dahlblom K, San Sebastián M. Challenges of implementing a primary health care strategy in a context of a market-oriented health care system: the experience of Bogotá, Colombia. *Int J Health Plann Mgmt*, 2013. Published online in Wiley Online Library (wileyonlinelibrary.com) DOI: 10.1002/hpm.2228
- 39 Suárez JM. Desafíos para alcanzar la universalidad y la equidad en salud en América Latina en el siglo XXI. *Revista Cubana de Salud Pública* 2010; 36 (3): 248 - 254.
- 40 Franco-Giraldo Á. La última reforma del sistema general de seguridad social en salud Colombiano. *Rev. salud pública* [online]. 2012, 14(5), pp. 865-877. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_issuetoc&pid=0124-006420120005&lng=en&nrm=iso
- 41 Palma M, Franco A, Álvarez-Dardet C. Influencias y hegemonías en la orientación de las reformas en salud. *Cadernos de Saúde Pública* (Rio de Janeiro) 2006; 22 (X): 1547-1556.