

REVISTA  
**UNIVERSIDAD  
Y SALUD**

**MEMORIAS DE CONGRESO:  
I CONGRESO INTERNACIONAL DE PROMOCIÓN  
DE LA SALUD Y SALUD PÚBLICA  
“APS: DIFERENTES PERSPECTIVAS, UN SOLO  
OBJETIVO. 2024”**

Ensayos académicos



ISSN: 0124-7107 - ISSN (En línea): 2389-7066  
Univ. Salud Abril 2025 Vol 27  
<https://doi.org/10.22267/rus.252701.342>

<https://revistas.udenar.edu.co/index.php/usalud>

# ENSAYOS ACADÉMICOS



○ Cumbal C. I Congreso internacional de promoción de la salud y salud pública  
"APS: Diferentes perspectivas, un solo objetivo. 2024".

## La promoción de la salud como política pública y la APS como su estrategia: Caminos hacia una salud universal, integral e igualitaria

Armando De Negri. Mg. <sup>1,2</sup>



1. Organización Panamericana de la Salud.
2. Organización Mundial de la Salud - México.

El título de esta ponencia se estableció con el propósito de articular el tema de la promoción de la salud como política pública y su estrategia de atención primaria a la salud, dentro de la comprensión de los derechos humanos y para impulsar estas iniciativas, en el marco del desarrollo de políticas y sistemas. Se escogió de esta manera, porque muchas veces existe una confusión entre los conceptos, dado que son disputados todo el tiempo.

Si se piensa en términos históricos, muchos eventos que parecen reivindicaciones transformadoras (y se incluye el concepto originario de promoción de la salud y de atención primaria), son reemplazados por movimientos que tratan de capturarlos y sacarles toda su vitalidad o toda su potencialidad transformadora. Allí comienza a ingresar en el discurso, de manera neutralizada, una forma que “late pero no muerde”, lo cual es de preocupación, porque la manera en cómo alguien interpreta la promoción de la salud y atención primaria puede ser a través de la reivindicación de una base crítica transformadora o puede ser simplemente un elemento más que se va a considerar, frecuentemente, de forma marginal dentro de la organización de las políticas y los sistemas de salud. Por eso, aparece esta incursión crítica y, por qué no, un esfuerzo de rescate de la potencialidad transformadora de estos conceptos.

Lo primero es que hay un gran desafío de representar la realidad al hablar de promoción y de atención primaria en un sistema de salud, dicha realidad es una definición compleja, es única, multifacética y contradictoria. Un profesor comentaba, hace muchos años, que:

Nunca terminamos de entenderla [la realidad] muy bien, porque depende de dónde estamos, desde qué perspectiva la miramos, qué nos anima desde nuestra sensibilidad para representarla y, por lo tanto, tenemos distintas percepciones sobre lo que está, de hecho, ocurriendo en la sociedad y, además, se cruzan las ideologías.

Hay quienes van a creer que las desigualdades sociales son una proporcionalidad natural y que así algunas personas son ricas, otras pobres y siempre de un sistema complejo y adaptativo, en el que uno está representando varios y que no necesariamente están en armonía; además, muchas veces hay conflictos y entenderlos es clave para transformar la realidad y no solo decir que el conflicto es malo, sino que el conflicto es necesario para transformar. Ahora, ese conflicto no se debe transformar en una guerra civil, que no se transforme en violencia.

En este contexto la salud se enfrenta como una realidad y resulta beneficioso mirar a partir de esta complejidad, incluso, la salud en su origen plantea esta complejidad, por eso, se rescata como política pública, pero dentro de una idea de sistema complejo adaptativo. Hay tres puntos que se deben aclarar: lo que es un sistema, lo que es complejo y lo que es adaptativo.

Ahí el sistema como tal no es una colección de objetos, no es como tener una colección de libros y eso configura un sistema de libros, no, un sistema es un conjunto de elementos que se articulan formando una totalidad y lo que enseña la física cuántica es que un sistema se articula de una manera tal, que permite como sistema abierto desde la física cuántica, que exista un proceso continuo de ajustes y que este ordenamiento dependa del aspecto en cómo está previsto dentro de la idea de la complejidad que es que, cada subsistema al transformarse, termina transformando a otro subsistema con el que está en contacto, y todo sistema tiene una totalidad que está relacionada, a su vez, a un mundo externo que es un macrosistema que puede tener muchas influencias en este sistema. Si un grupo que está aquí abajo es el sistema de salud, por ejemplo, y otro que está afuera en otro círculo es el ambiente externo, hay varios momentos en que el ambiente externo determina qué pasa dentro del sistema de salud, basta con ver el cambio en las políticas económicas. Por ejemplo, si una persona pone más o menos dinero para la atención a la salud y eso altera inmediatamente la dinámica interna de este sistema, pero a la vez, un grupo está aquí como sistema de salud, pero configura varios componentes como subsistemas, por ejemplo, el aparato que educa y forma a los profesionales es un subsistema, las organizaciones corporativas y los gremios profesionales son subsistemas, la industria farmacéutica es un subsistema, el aparato



legal normativo y del sector es otro subsistema, y todo eso se articula de forma jerárquica, abierta y se va ajustando al interior de cada subsistema, donde cada uno se autorregula, por ejemplo, la corporación médica se autorregula, y con eso imponen ciertas dinámicas que afectan a otras profesiones y sistemas de provisión. Entonces, este concepto de un sistema como tal es complejo, pero además es adaptativo, porque en este proceso de autorregulación, las personas están aprendiendo a cada momento, cada subsistema aprende y se reorganiza, a veces de manera virtuosa en favor de todo el sistema y a veces de manera viciosa contra el equilibrio del sistema, porque cada quien quiere imponer sus propios intereses, si las personas no se representan en esta complejidad de esta manera y no entienden que es importante tener un concepto que permita abrir el sistema para transformarlo, ahí es lo que se denomina transformación de grandes sistemas, porque afecta a totalidades. Si las personas van a medir la calidad de vida, el bienestar, el buen vivir de las poblaciones, entonces se encontrarán desigualdades injustas, que además, en el siglo XXI, y según las palabras del médico y antropólogo francés Didier Fassin:

El gran desafío del siglo XXI es repolitizar la vida para hacer inaceptables las desigualdades injustas y con eso evitar algo que está pasando hoy, y es que tenemos una parte significativa de nuestras poblaciones que son clasificadas como desechables, escuchen bien la palabra desechables, son poblaciones que no tienen ningún interés para el mercado porque no consumen, no tienen recursos, no tienen interés para las políticas públicas porque no tienen peso electoral, yo vengo de México y estamos evaluando la última elección, hay 40% de la población que no vota y son justamente los que están más fragilizados en la sociedad, porque están fuera de todo y eso seguramente lo encontraremos en Colombia, lo encontraremos en Brasil, y esta masa de población que está excluida de todo; hoy, el sistema hegemónico de producción del mundo las considera poblaciones desechables, no tienen interés y están quedando cada vez más atrás, excluidas del mercado laboral, excluidas del acceso a la educación, excluidas de las conexiones digitales, excluidas del mundo y eso es un gran y tremendo problema, porque la canalización de todo lo que es el resentimiento social termina encontrando amparo muchas veces en la criminalidad organizada, en la depresión, en política de extrema derecha, en las radicalizaciones de varias formas de violencia, como una desesperación social, o incluso hay una discusión muy interesante sobre aumento de suicidios como expresión de desesperanza social, que es interesante pensarlo así, entenderlo.

Por lo tanto, al hacer la invitación de mirar esta realidad, no habría tiempo de desarrollar todo lo que implica esta visión desde la teoría de la complejidad y los sistemas complejos, en cambio, se desea que las personas se abran con sensibilidad a la necesidad de entender esta complejidad, porque eso va a ser muy útil para entender por qué es importante adoptar la promoción de la salud como política pública.

A partir de este preámbulo sobre la complejidad, se pasará a hablar de algunos elementos que llevan también a representar los derechos humanos como un sistema complejo adaptativo.

Hay una gama muy amplia de derechos humanos que fueron una conquista de la humanidad, el derecho a la salud, a la educación, al trabajo, al empleo digno, al salario, a la vivienda, etcétera, y cuando se comienzan a estudiar los derechos, no son solo declaraciones, sino que tienen materialidades. El derecho a la salud, por ejemplo, tiene una materialidad muy bien descrita, particularmente en lo que se denomina el "comentario general 14 del año 2000", que trata de aterrizar, materializar las necesidades derivadas del concepto de derecho a la salud, y que fueron expresadas en el año 1966, en el marco de la Convención de Derecho Económico, Social y Cultural de Naciones Unidas. Entonces, se habla de un derecho que, por definición, tiene que ser universal, integral e igualitario.

Eso implica que no puede haber nadie excluido del ámbito de este derecho, y eso ya impone un desafío a las políticas y los sistemas de salud, porque la mayor parte del tiempo hay personas que están excluidas. Luego, está la integralidad, porque no serviría de nada decir que están todos invitados al almuerzo, pero no todos van a comer lo mismo, porque entonces la integralidad ya afectaría el principio del derecho, es decir, si una persona tiene derecho a la salud, pero le realizan un examen preventivo y si hay un diagnóstico de patología no pueden atenderlo, porque su categoría de protección a la salud no incluye el tratamiento, eso se observa en Colombia de forma dramática, porque hay una racionalidad de paquetes de atención que dicen que hay cobertura y que es una expresión del derecho, pero la integralidad no está garantizada, porque económicamente no es sostenible. Entonces, ahí ya no hay derecho, se tiene que asumir claramente que no hay derecho, o están todos incluidos con todas sus

necesidades o no hay derecho; y luego está el tema que hay que observar permanentemente de la igualdad, porque a veces se incluyen ciertos accesos en salud, pero como no se garantiza que todas las personas realmente tengan acceso a eso que están incluyendo, entonces se terminan generando nuevas desigualdades, por ejemplo, si una persona en la capital tiene acceso a ciertos servicios, pero si vive en áreas rurales ya no logra tener acceso o si vive en un determinado sector de la ciudad tiene cinco veces más probabilidad de morir de una determinada patología frente a si vive en otro lugar, porque incluso en las ofertas públicas puede haber desigualdades, por lo tanto, las desigualdades son injustas y las personas no son iguales, y si bien eso le da la diversidad a la vida, lo que no puede haber son desigualdades injustas, porque implica, entonces, que se van a tener efectos y resultados muy diversos, por lo que esta percepción de los derechos humanos como un sistema complejo y adaptativo, implica que las personas tienen interdependencia de derechos, esto es muy importante, porque eso también ayuda a entender la promoción como política pública.

Una persona no puede hablar de la atención a la salud siendo la única forma de expresión del derecho a la salud, porque ahí ya hay un concepto que habla de determinación social de la salud y de las exposiciones sociales, ¿qué puede esperar alguien que vive en un lugar y que no tiene acceso a agua potable con calidad y cantidad suficiente?, allí va a ser casi inevitable que esa persona tenga un conjunto de problemas derivados de ello, patologías o enfermedades de transmisión hídrica, problemas de higiene personal, de alimentos, etc., y va a tener, frente a esa exposición, un conjunto de agravios, de enfermedades y daños que se proyectan dentro de un marco de afectaciones sociales ampliadas. Por lo tanto, si se considera que el derecho al agua potable es una condición indispensable para el derecho a la salud, ya hay ahí un ejemplo claro de interdependencia y si se explora toda la gama de derechos, se verá que esa interdependencia tiene diversas expresiones, por ejemplo, si una persona tiene dificultad para leer o escribir, eso disminuye mucho su capacidad de acceder a información, por ejemplo, aquella que protege su salud.

Entonces, el derecho a la educación pasa a estar vinculado al derecho a la salud y dentro de cada uno de estos derechos está la integralidad del

derecho, porque no se puede ofrecer un pedazo del derecho y luego negar otro, porque eso es violar el derecho en sí. Si hay rigurosidad absoluta, no sería correcto, es decir, estaría mal, dado que no se garantizan todos los derechos y, por lo tanto, se va normalizando, se acepta que al final lo que se hace no está orientado por el derecho.

Esa es la triste verdad, porque si se pudiera reaccionar a esta insuficiencia del ejercicio del derecho de una forma más contundente, eso implicaría la rebelión frente a la insuficiencia del acceso a los derechos, porque ahí también hay que ver el derecho internacional y hay que reintroducir la categoría de explotación, que explica el porqué algunos tienen muchos derechos y otros no tienen, basta con ver los informes, todos los años dicen lo mismo, que la desigualdad está aumentando en el mundo en términos de riqueza y aumenta continuamente, lo que implica que para que una persona acumule más riqueza, hay otros que pierden riqueza, porque esta se genera societariamente, es decir, no hay otra manera. Entonces, esta concepción sobre quién pierde y quién gana es también importante para entender cómo los derechos son violados, por lo tanto, el discurso de derecho no puede ser simplemente un enunciado "tiene que latir, pero tiene que morder", tiene que tener aplicaciones y sanciones, y se debe comenzar a responsabilizar a quien viola el derecho y eso es muy importante entenderlo, sobre todo dentro de lo que ya se planteaba sobre el valor que tiene el conflicto.

El conflicto es la categoría principal de la política y es lo que permite superar los límites. Dentro de la teoría de la complejidad, es importante entender la posibilidad de que muchas veces las personas se repliegan diciendo que algo no es posible, porque no tienen recursos para ello, no tienen apoyo para eso, pero justamente lo que trata la política es de hacer posible lo que es necesario.

Eso es la síntesis de la política, hacer posible lo que es necesario, y dentro de la teoría de la complejidad, lo que se hace es lidiar todo el tiempo con la expansión de lo posible. Pasa a ser parte del plan de la transformación de la realidad, el cómo expandir lo que es posible, porque eso es necesario, entonces, ahí también reside la importancia del pensamiento transformador, desde la teoría crítica y todo lo que se tiene actualmente que es inaceptable.

No se puede seguir teniendo personas que se mueren de cosas que se pueden prevenir, que se saben tratar, que se tienen los recursos para tratar, pero que no son accesibles porque son bloqueados sistemáticamente, entonces, lo primero es desacomodarse y dejar de decir que eso es lo que se puede hacer. No, lo que se puede hacer será siempre todo lo necesario y eso va a mantener a las personas en movimiento. Ahí entra lo que se quiere plantear sobre la promoción de la salud, pero antes se debe hacer una pequeña nota sobre la determinación social de la salud, porque ese es otro ejemplo muy interesante que va a ser seguido por los temas de promoción y atención primaria, de cómo un concepto muy potente ilustra todo lo que se viene hablando hasta aquí, de todo lo que fue desarmado porque atención no es lo mismo que determinación social o que determinantes sociales.

Ello se explicará con una metáfora, donde la determinación social será el perro que ladra y muerde, mientras que al determinante social es el perro al que le han sacado los dientes. Esto porque se desarma la explicación de la realidad, así, existe una preocupación cuando se crea la Comisión de Determinantes Sociales de la Organización Mundial de la Salud, porque América Latina ha sido, en gran parte, la cuna de la teoría crítica aplicada al tema salud, que resultó en un concepto de determinación social; esta determinación en la que todos los días se hacen investigaciones epidemiológicas con componentes de análisis social y se ve cómo se distribuye, por ejemplo, la exposición, a eso que se hacía referencia antes, la posibilidad de agravios, de enfermedad y de cómo eso tiene efectos sociales diferentes. Porque depende de dónde está la condición social y económica de cada persona dentro de la sociedad, entonces, si alguien tiene recursos, tiene acceso a un conjunto de beneficios que le protegen y que, por lo tanto, tiene la expectativa de identificar y resolver problemas de salud de una manera mucho más rápida y efectiva, y ahí hay una gran desigualdad.

Todo sistema basado en derechos, como ya se mencionó, tendría que eliminar estas desigualdades, pues la determinación social (como forma de evaluar y analizar la realidad) lo que denunció fue justamente la imposición de situaciones de desigualdad que generan resultados desiguales y por eso guarda un aspecto clave, la organización de clases de la sociedad, y

ello debería ser de interés, porque en América Latina hay una inmovilidad de clases tremenda. Las personas dicen que está mejorando la situación, y es correcto, pero ahora hay personas pobres con teléfonos celulares y de ahí no pasan.

Si se miran los indicadores de ingreso, el poder de compra y de propiedad, cada vez se tienen más restricciones. Las nuevas generaciones no logran tener casa propia y no lo logran porque no logran pagarlas. Al observar la evolución del precio de la vivienda y de las tierras, cada vez son más las personas que son excluidas de esta posibilidad; mientras que para las capas medias, estas tienen el problema de no decir que son empobrecidos, y les queda el crédito. Entonces, viven de una tarjeta de crédito que paga otra tarjeta y están todos endeudados.

Una población y países endeudados no tienen margen político de acción, y quedan cada vez más agarrados de sus propios miedos e insuficiencias. Es allí donde aparecen los salvadores de la patria que les van a prometer todo, pero no van a cumplir, porque están dentro de esta estructura.

Entonces, esa idea fantasiosa sobre la realidad en un mundo que la verdad niega derechos, se enfrenta al ejemplo y la imagen de esta situación, donde hay una sobredeterminación social que paraliza la desigualdad, la cristaliza y la reproduce.

### **Promoción de la salud**

Existen muchos escritos del siglo XIX sobre este tema, donde en su contribución fundamental hicieron la crítica sobre cómo vivían las sociedades y cómo la desigualdad se instalaba, no se está hablando de Marx y Engels, sino de ilustres médicos como Rudolf Birchow, un patólogo austríaco que conversaba tanto de la teoría crítica social como de la patología. Y por eso hoy se tienen muchos temas que se estudian en salud y que están vinculados a la contribución de Birchow, pero infelizmente, casi siempre se recuerda su contribución a la patología y no a la teoría social.

Existen muchos escritos del siglo XIX sobre este tema, donde en su contribución fundamental hicieron la crítica sobre cómo vivían las sociedades y cómo la desigualdad se instalaba, no se está hablando de Marx y Engels, sino de ilustres médicos como Rudolf Birchow, un patólogo austríaco que conversaba tanto de la teoría crítica social como de la patología.

En una oportunidad, lo llamaron para ver (siendo un médico ya famoso) un problema de epidemia de tifo en la ciencia alemana, y dijo: "no, acá la solución para eso es justicia social, porque acá esos trabajadores y esa población está afectada por una enfermedad derivada de las condiciones terribles de vida que tienen y la sobreexplotación de trabajo". Incluso, si hoy mismo se observaran las zonas agroexportadoras, por ejemplo, se vería la incidencia de cáncer por arriba del promedio nacional en todos los países, claramente esto está identificado por el uso intensivo de agrotóxicos para exportación y para máxima productividad, y eso es la sobredeterminación social de la salud y la enfermedad, y se podrían dar muchos ejemplos, pero parece que hoy las personas se quedan haciendo estudios epidemiológicos simplemente para mostrar eso, pero si se tiene esta, entre comillas, "evidencia que tanto nos gusta" ahora y no se hace nada con ello, se es tan culpable como los agroexportadores que imponen este tipo de trabajo, se es un testigo pasivo.

En los años 30, el tema era que si no se elaboraba una estrategia política integradora que permitiera afectar estas determinaciones, nunca se iba a cambiar esta realidad, pero se necesitaba algo que construya un campo de intervención que no va a salir natural o espontáneamente de la medicina, por la forma en como está organizada la atención a la enfermedad, porque esta hegemonía médica que se ve impuesta, sobre todo en Estados Unidos a partir de 1910, niega eso; y, en verdad, esta medicina, esta salud pública entonces existente, estaba vinculada a mantener el equilibrio de la condición de los trabajadores dentro del proceso productivo, pero no cuestionaba el desgaste de los trabajadores, por eso es que la teoría crítica de América Latina en medicina social habla de la teoría del desgaste del trabajador, es decir, la exposición sostenida a elementos determinantes que van consumiendo la vida de las personas.

En su origen, la promoción de la salud fue un conjunto de elementos que, aunque no se llamara exactamente así, criticaba el marco de cómo se producía socialmente la salud en la enfermedad y, por lo tanto, reivindicaba una promoción de la salud como política pública, como paraguas, lo que permite, desde siempre, cuestionar la forma en cómo se produce esta salud y enfermedad en la sociedad.

Ahora, si se empieza a creer que promoción de la salud es dar charlas, "y en Colombia se inventaron eso de promoción y prevención que es la muerte, porque además se pone en un mismo bolso de promoción y prevención, como si fuera la misma cosa y no importara".

Incluso a veces se escucha a personas hablando sobre la prevención de la salud, eso sí lo hace bien el capitalismo, prevenir la salud, es decir, evitar su posibilidad, entonces hay una confusión total y se consolida una idea donde se desarma la promoción de la salud como aspiración política de transformación de la sociedad, su potencial de denuncia, de establecer relaciones, y no determinaciones, entonces, se limita el pensamiento de la promoción como algo instrumental o puntual, y de allí viene el modelo de Leeuwin Clark, que habla de la promoción de la salud, de mantener sanos a los que están sanos y después viene la promoción primaria, secundaria y terciaria, y ahí se desarmó políticamente el concepto de promoción, y eso no pasa por casualidad, eso es pensado, porque toda idea que es peligrosa para el *status quo*, para la hegemonía, y hay que desarmarla, y eso fue lo que hicieron.

### ¿Qué se propone en este punto?

Primero: rescatar la promoción de la salud como política pública, que defienda los intereses públicos, la creación de bienes públicos, los colectivos públicos y que tenga un efecto sobre los individuos para reivindicar la protección de sus capacidades, su autonomía y su emancipación, entendido ello como la preservación de las capacidades funcionales y la capacidad de producción para el propio bienestar y para la colectividad, además de preservar y promover la identidad política en el proceso de una política pública de promoción; es decir, se necesitan sujetos de derecho que tengan poder para decir, por ejemplo, que no sirve determinado proyecto de minería porque eso va a acabar con el agua en esta región y no se va a aceptar eso.

Otro ejemplo sería: "No se acepta que la Empresa Promotora de Salud - EPS diga que una persona no puede tener acceso por su condición de aseguramiento", es decir, se empieza un proceso en el que la persona fuertemente pueda ejercer su derecho a la salud, desde una emancipación provocada por este enfoque de política pública de promoción, y pueda tener un ejercicio de poder real sobre la realidad para transformarla, porque al pensar así, tiene un efecto muy interesante.

Yo trabajé mucho tiempo en el primer nivel de atención, en salud comunitaria y después me di cuenta que era muy importante organizar la parte de atención a las urgencias médicas dentro del sistema de salud, como pieza clave de garantía de derechos, ahí me dediqué mucho tiempo a eso. Fui director adjunto de un hospital de urgencias y decidí instalar la promoción de la salud en el hospital de urgencias. En la primera reunión, convoqué a los cirujanos vasculares y oftalmólogos de urgencia. Y les dije: señores, estamos aquí, para discutir promoción de la salud en este hospital. Me miraron como diciendo, bueno, qué será lo que se fumó el amigo, porque uno incluso, tuvo el coraje de decirme, "eso lo hacen los trabajadores sociales en la comunidad, nosotros estamos aquí para reparar los daños, las lesiones", y le dije: sí, justamente ustedes están dentro de un espacio clave de un sistema de salud, que tiene como tarea inmediata proteger la vida de las personas, pero esa tarea va mucho más allá de sus actos puntuales. Ustedes tienen que ver lo que antecede a lo que ustedes hacen, y además tiene que ver con la calidad de lo que hacen.

Dicha anécdota es el significado de promoción de la salud, todo está incluido porque es una política que engloba las acciones protectoras, preventivas, educativas y de diagnóstico, de manera asertiva y oportuna, de rehabilitación, reintegración social, atención paliativa, atención terminal y apoyo a una muerte digna. Todo eso está en promoción de la salud y todo eso es el universo.

Pero además, entendiendo críticamente que eso que se hace está vinculado a un subsistema que se expande y a varios subsistemas que se interconectan sobre cómo se producen las condiciones de la salud, entonces continúa la anécdota:

Yo le decía al oftalmólogo de urgencias: usted no solo tiene que hacer bien su trabajo, sino que tiene que acompañar lo que va a pasar después, hasta que esta persona salga del concepto de cuadro agudo y tenga sus funciones preservadas y recuperadas. Ahí termina tu responsabilidad. Si eso tiene que ver con enlace, incluso con otro servicio, eso sigue siendo tu responsabilidad, ese enlace. Y si tú no informas bien cómo se generaron estas lesiones, para tener una acción sobre la exposición que generó esta lesión, no estás cumpliendo tu función, y si tú cumples todo eso, tú pasas a ser un agente de promoción de la salud como política, porque si no, nosotros podemos caer en la tentación de reivindicar la promoción de la salud como algo separado, y al hacerlo perdemos su potencial. Entonces, ayer en la conversación con Christian le decía, qué bueno que aquí ya tenemos 25 años de un esfuerzo, yo mirándolo de así, de afuera diría, heroico, de producir

tecnólogos en promoción de la salud. Y creo que esa es parte de la respuesta, pero hay que insertar este esfuerzo dentro de un marco que reivindique la promoción como política pública, y por esto, quiero después terminar con una reflexión sobre las distintas formaciones en promoción que podrían ayudarnos a alcanzar eso.

A continuación, se complementará el hecho de que las personas deben interesarse, ya que deben incorporar la idea de que la promoción de estas políticas públicas tienen diversos espacios de incidencia, por ejemplo, en la legislación, en la vigilancia sanitaria o en lo que significa la forma de organizar los servicios, porque desde una política pública de promoción, esta mirada se proyecta hacia los resultados justos para el conjunto de la población y arrastra la necesidad de las transformaciones. Por lo tanto, la promoción de la salud pasa a ser una herramienta estratégica de salud pública, en cuanto al concepto ampliado de garantía de derechos, dentro de un compromiso ético de eliminar todas las igualdades injustas. Ahí se rescata algo que no es menor: qué significa la atención primaria en salud, que es otra idea transformadora y que se ampara en todos los precursores de este tema de la promoción de la salud, pero que fue también desarmada.

En el año 1978, culminó un ciclo de acumulación de debates internacionales que se materializaron en la conferencia de Alma-Ata, en la entonces República Socialista de Kazajistán, de la Unión Soviética. Aquí, otra anécdota:

Yo tuve la felicidad de encontrar y de poder dialogar varias veces con el doctor Hafdan Mahler, quien fuera el director general de la Organización Mundial de la Salud, que estuvo varias veces en Argentina también, lo encontramos en varios lugares. Y Hafdan tenía un sentimiento de pesar muy grande, o sea, le dolía mucho lo que habían hecho con Alma-Ata, ¿sí? Porque Alma-Ata fue traicionada y fue descuartizada un año después de su realización.

¿Cuál era la principal bandera de Alma-Ata, su proclama? Salud para todos en el año 2000. Ese era el principal mensaje de Alma-Ata, no era la APS, era salud para todos en el año 2000, es decir, 22 años después estaba diciendo que era posible y necesario alcanzar la salud para todos. ¿Y qué era salud para todos? La atención primaria, ahí apareció el otro organizador de la conferencia, que fue David Tejada, director adjunto de Mahler, y quien hizo un artículo muy interesante que decía:

Nos mataron haciendo una mala traducción intencionada, donde dicen que la atención primaria, que es una traducción mal hecha, de *primary care*, porque *primary care* es cuidado esencial. Y si usted lee con atención el documento de Alma-Ata, el cuidado esencial es todo, incluye la atención especializada, hospitalaria, incluye por definición todo, tratamiento oncológico, etc., lo que ustedes quieran, está dentro de este marco. Además habla de una organización de sistema de salud en su totalidad, pero cuando lo tradujeron a atención primaria, y aún en su versión inglesa de *primary care*, lo han reducido conceptualmente a primer nivel de atención o servicio comunitario, nos separaron, y generaron unas iglesias y cultos. Hay gente que hoy habla de atención primaria, está hablando de primer nivel de atención, y cree que ahí todo se resuelve y yo, cuando empecé a trabajar con urgencias médicas, donde había defendido y creado, incluso apoyado la creación de la Sociedad Brasileña en medicina general comunitaria y todo, cuando pasé a trabajar el tema de urgencias, muchos me consideraron un traidor. Porque, ¿Para qué el servicio de urgencias? Si en el primer nivel de atención, ahí en la comunidad, resolvemos todo. Yo quería verlos hoy, ya viejos, con un dolor precordial, yéndose al primer nivel de atención. En lugar de ir inmediatamente a un servicio de urgencias, que tenga posibilidad de manejar un evento cardiológico, porque es lo que orientamos a la gente a hacer, en muchos casos, porque ya es la medida más rápida y para acelerar el diagnóstico de tratamiento, o descartar un infarto, o sea, se generó una especie de simplificación grosera de atención primaria, y hoy tenemos todavía este problema.

Por eso, surge la pregunta sobre la atención primaria, ¿de qué se habla, de cuidado esencial, con toda la gama y totalidad del derecho a la salud o de servicios de primer nivel de base comunitaria, que incluso en muchos países se define sin médicos? Donde son agentes comunitarios de salud, quizá un enfermero o enfermera, porque se capturó la idea revolucionaria de Alma-Ata, que era salud para todos, mediante una estrategia de atención primaria como cuidado esencial sistémico y se redujo a lo mínimo. Eso lo hizo Unicef:

Cada vez que me reúno con los colegas de Unicef ahora, en el ámbito interagencial de Naciones Unidas, yo les digo, todavía ustedes tienen una deuda con nosotros, nos mataron Alma-Ata, porque Unicef fue el principal actor de esto, y decirlo es muy complejo, la atención primaria es simplificada, es monitoreo crecimiento y desarrollo de niños, inmunizaciones, soluciones de hidratación oral, y se terminó el paquete.

Y hasta hoy se tiene una idea muy frecuente sobre que la salud pública de APS es lo materno infantil, y ahí todo lo que es complejo queda

afuera, para alegría del mercado que vende ahí “sus cosas” de atención especializada; es decir, es un tema bastante necesario de rescatarlo en su esencialidad. Ahora, hay un debate de atención primaria en Colombia:

Yo cuando trabajé dos periodos de gobierno en Bogotá, al inicio de este siglo, entre 2004 y 2012, en que intentamos crear una experiencia de atención primaria, pero que el sistema derivado de la Ley 100 no permitía, porque había un problema de servicios de atención de primer nivel, lo que estábamos tratando era integrar todo el sistema y la ley no lo permite.

Por eso, hasta hoy se tiene un problema, hasta el punto en que ahora se depende de una reforma de la ley para lograr dar un espacio a un concepto de atención primaria que se espera que no sea solamente, aunque es muy importante, sobre los servicios comunitarios y el servicio de primer nivel.

Se debe pensar en la atención primaria de forma mucho más amplia, rescatando la esencia de Alma-Ata, porque la atención primaria como enfoque, como estrategia, sirve para concretar el efecto de la promoción como política pública, porque si se relaciona la atención primaria como tal, en su amplitud mayor, se observa este enfoque como estrategia para operar el concepto derivado de la política pública de promoción, y es importante entenderlo con todo lo que implican los modelos de provisión, porque se sabe que filosóficamente lo que propone esta atención esencial, o atención primaria, es la longitudinalidad del cuidado, es decir, es a lo largo de toda la vida y es, además, una forma de vinculación donde se establecen las responsabilidades sanitarias del sistema de salud y los profesionales, y se establecen las autoridades públicas para defender el derecho a la salud que eso implica, por eso, también se tiene que pensar dentro de este marco de política pública de promoción, el cómo se regulan, organizan y articulan las respuestas asistenciales, el diagnóstico, el tratamiento, etc.

Por eso tengo mucho orgullo de haber hecho varios trabajos de este tipo, hay muchas cosas publicadas de la experiencia de Bogotá con todas las limitaciones que hemos tenido y que se proyectaron incluso en el periodo después del gobierno de Petro en Bogotá también, que terminó generando toda una estrategia de primer nivel con equipos que trabajaban directamente en los territorios, las comunidades, y llegamos a tener 10 000 mil trabajadores operando los varios ámbitos territoriales, sociales, familia, comunidad, espacio de trabajo,

ambiente natural, o sea, todo un conjunto de cosas que permitió un ejercicio muy interesante más allá de lo tradicional de servicios, pero que después, cuando sale Petro y entra Peñalosa, inmediatamente lo liquidaron, porque esas cosas son peligrosas, ejemplos que funcionen así son peligrosos.

También hay mucha expectativa de lo que va a reflejarse si la reforma avanza adecuadamente en Colombia, pero también es muy importante entender el impacto que tiene en toda la organización de la atención especializada, porque la atención es longitudinal y se incluye toda la necesidad de las personas para proyectarse en el sistema de salud, con una idea de eliminación de desigualdad de resultados.

También está la idea de los centros de coordinación y regulación de la gestión clínica de casos dentro del sistema, que se dediquen a garantizar y abogar por el derecho de las personas materialmente, con medidas protectoras territoriales y poblacionales, y en el manejo de casos individuales para garantizar tiempos y resultados dentro del sistema de salud. Eso también es derivado de una estrategia de promoción, una estrategia de promoción de la equidad en calidad de vida, bienestar y salud, porque esa amplitud también está ahí como un desafío desde esta política pública.

Entonces, si se articula la estrategia de atención primaria derivada de la política pública de promoción, se empieza a tener una totalidad más potente, y ahí vale preguntarse: ¿quién va a operar eso? Porque hoy hay un problema, hay conocimientos en las ramas de la salud pública, de la salud y de la atención a la salud, y falta esta perspectiva integradora, es decir, cuando los estudiantes eventualmente escuchan hablar de promoción de la salud, lo ven en una asignatura dentro de un pedazo de su formación, que es un pedazo menor, o cuando incluso hablan de salud pública, es un pedazo menor.

Decía Milton Terrys, un gran pensador, salubrista y epidemiólogo norteamericano, que "el problema de fragmentación y de poder de salud pública empezó cuando se crearon escuelas de medicina, enfermería, odontología, con departamentos de salud pública, en lugar de crear escuelas de salud pública con departamentos de enfermería, medicina, odontología". Y aunque a veces se tienen organizaciones administrativas que son centros de ciencias de la salud, la mayoría de las veces, aunque estén bajo ese nombre, el poder,

la estructura y la definición de buena parte, si no todos los planes de estudio, están todavía capturados por las profesiones, y eso no quiere decir que van a desaparecer las profesiones, pero sí que necesitan redimensionarse, porque tienen que actuar más allá de sus campos profesionales.

Hoy hay innumerables conflictos sobre cuáles son los actos médicos, cuáles se pueden delegar a no médicos y ahí la enfermería empieza a disputar también actos que no pueden ser de otras áreas, y al final se observa que lo que hay es una especie de protección de campos profesionales, es decir, una cuestión de identidades corporativas y no de identidades sistémicas, y eso debilita, incluso a estas profesiones a la larga, pero sobre todo debilita al proyecto de transformación de la salud de las poblaciones. Por lo tanto, si se piensa en quién va a promover la salud, quién va a liderar eso, es necesario formar otros perfiles y ahí hay caminos interesantes.

Uno que es un buen ejemplo es lo que se está haciendo la Universidad de Nariño hace 25 años, que es crear un espacio para pensar el cómo operar desde la promoción de la salud en las comunidades, alrededor de varios temas que afligen a las comunidades y que se expresan como necesidades, y de ahí una tecnología blanda de articular a los actores sociales, buscar las soluciones técnicas, promover procesos que se sostenga en un tiempo suficiente para alcanzar las transformaciones, buscar diálogos con autoridades, con responsables y con liderazgos, para crear productos de interés social, productos públicos y todo.

Ahora, es necesario que eso gane una mayor vitalidad sistémica, y existe expectativa en que haya una negociación para incluir a estos promotores, tecnólogos en el equipo fundamental de la atención de primer nivel, según la jerga que se usa en la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el primer nivel, ya que en la OPS se habla de redes integradas de servicios de salud con enfoque de APS, donde una de estas redes es la red de primer nivel. Si se entra por ahí, ya como parte constitutiva de los equipos, es una buena entrada, pero eso se da a un nivel ya de la operación, de cómo tener presencia en la operación con esta visión. Para que eso pueda ganar mayor fuerza, estos tecnólogos, estos agentes de conocimiento, de promoción, tienen que ampararse en lo que sería la formación en

otros niveles estratégicos, y aparece un rol que se viene hablando en varios espacios, que se necesita formar a los *brokers* de la salud pública, quienes se encargarían de la promoción de una herramienta de política pública fundamental, centrada en la atención primaria como estrategia, para constituir sistemas universales

### ¿Qué serían estos *brokers*?

Esta palabra en inglés significa alguien que tenga conocimiento técnico de cuáles son las evidencias y los elementos del tema, incluso un *broker* puede ser un productor de conocimiento, puede investigar, pero esa no es su tarea principal, sino es conocer lo que otros ya han producido y poner en una matriz crítica que derive y sea un insumo para la decisión, eso hace el *broker*, es decir, es el asesor político, el que comenta sobre la evidencia existente a un director, ministro o jefe de gobierno, indica cuál es la realidad y de cuáles son las variantes que pueden incidir para una finalidad en específico, por lo que también propone caminos para la toma de decisiones; pero para hacer eso, este *broker* tiene otra exigencia, tiene que saber relacionarse en términos políticos, tiene que aprender a hacer eso.

A lo largo de la vida, algunas personas se transforman en *brokers* honorarios, porque aprenden a hacer eso, pero lo hacen porque la vida se los exigió y algunos tienen más capacidad que otros en ello, aquí cabe otra anécdota:

El otro día me decían, bueno, hay gente que entra en un salón con un montón de gente ahí y tal, hablando y tal, y a los cinco minutos ya sabe quién es la persona clave en este salón para dar un mensaje de dos minutos y poder abrir una negociación y seguir, bueno, eso hace un poco los *brokers*, aprenden a hacer eso, de manera que logran poner en actores claves elementos para la toma de decisión, y en eso entonces establecen relaciones políticas y son agentes que promueven, catalizan, procesos de decisión.

Si se quiere aumentar la capacidad de promoción de la salud como política pública y su incidencia, hay que formar *brokers* en promoción de la salud, y eso es un perfil ya estratégico, un perfil que mira además mucho más allá del sector salud, que tiene que incursionar en temas políticos, económicos, sociales más estructurales y ahí es bueno que eso se forme en el ámbito de una universidad, donde se puede reclutar gente de varias áreas para transformarlos en *brokers*. Ahí se necesita también un perfil más económico.

Vamos a buscar aquí en la Facultad de Economía y vamos a formar los *brokers* para promover salud, o gente que entienda más de la administración pública, en sus reglas, sus cosas, vamos a buscarlo para poder incidir en temas de transformación en áreas de la promoción de esta equidad en calidad de vida y salud, si queremos nombrarlo así.

Y hay una última categoría que se relaciona con el cómo se usa la base profesional, tecnólogos principalmente del área de promoción que no van a ser estos *brokers*, sino que son de varios campos diversos y que están en salud, es decir, ¿cómo pueden incorporar en su lógica organizativa de provisión de servicios, la perspectiva de la promoción como política pública y de la atención primaria como estrategia? Ello no puede ser solo para el primer nivel, es necesario saber cómo se forma a los cirujanos para eso, cómo se les sensibiliza en esos temas, dado que ello no puede ser un discurso ni una charla: "yo tengo que llegar, sentarme con ellos y decir, bueno, muy bien, estas son las necesidades quirúrgicas en todos los países del mundo, hoy hay filas, colas quirúrgicas impresionantes...". Esa es la necesidad social, eso implica otra forma de organización de la provisión de servicios quirúrgicos y los cirujanos tienen que participar de eso.

Ahora, es necesario pensar en ello a partir de los mandatos de una promoción de la salud basada en los derechos humanos, según una lógica de organización sistémica que realmente elimine cualquier tipo de desigualdad injusta en su propio ejercicio, y que utilice la integración de atención que promueva la atención primaria como longitudinalidad, integralidad, conexión de un sistema con enfoque de APS, además de entender que los cirujanos seguirán siendo cirujanos, pero con otro enfoque.

### ¿Y cuándo se van a formar estos cirujanos?

Muchas veces me invitan a congresos de educación médica en Brasil, sobre todo los estudiantes me invitan, porque fui el primer presidente de los estudiantes de medicina en Brasil. Y ahí muchas veces se sientan a estudiar, hay muchos estudiantes que están muy motivados por los temas sociales y cómo formar médicos de otra forma y tal. Y me doy cuenta, siempre que hay unos que están en un dilema, porque ellos, su conciencia política los lleva a querer ser médicos de familia, de comunidad, salubristas, pero la verdad, su motivación originaria eran ser cirujanos, obstetras, pediatras y tal. Y yo siempre les digo, ustedes sigan su motivación, sigan su vocación, pero arrastren para estas áreas la conciencia política, arrastren para estas áreas esta visión ampliada. Y, por lo

tanto, ahí yo veo este segundo contingente, los *brokers*, los profesionales de salud con esta visión que lleven a sus campos de acción el concepto de política pública de promoción, de estrategia de atención primaria, pero respetando sus vocaciones, porque además nos faltan especialistas también, tenemos un grave problema de especialista hoy.

Entonces, hay que formar médicos generales de comunidad, profesionales de todas las ramas para estos ámbitos, pero también se necesitan personas que ejerzan las especialidades dentro de sus áreas profesionales, porque también se requiere de ello, porque deriva de la necesidad de las personas. Y si esos dos niveles, además, se combinan con lo que parece una experiencia extraordinaria de formar un tecnólogo, porque seduce la idea de una tecnología aplicada a la promoción de salud, allí hay una oportunidad extraordinaria de superar todas estas dificultades que se arrastran históricamente.

**Palabras clave:** Atención primaria de salud; desigualdades en salud; reforma de la atención de salud; educación en salud; personal de salud. (Fuente: DeCS, Bireme).

### La educación médica orientada a la APS y centrada en el estudiante: “La experiencia de la Escuela Superior de Medicina Universidad Nacional del Mar del Plata”

Adrian Eduardo Alasino. Mg.  

1. Escuela Superior de Medicina Universidad del Mar de la Plata

Quiero recorrer un camino contextualizando un poco acerca de nuestra formación, en la cual claramente hemos tenido gran influencia de países del norte o de Europa y el eurocentrismo ha dominado (y domina) la formación en muchas áreas de la salud, no sin una puja de otros modelos y formas que queremos destacar.

Los paradigmas que nos rigen para la educación en salud, como el de Flexner, que surge de la Fundación Rockefeller, donde está básicamente la dimensión del individuo, de la persona enferma en un hospital como paradigma del deber ser (al menos de la medicina, la enfermería y otras ciencias), pero afortunadamente con menos pompa. Contraponiendo a estos paradigmas,

surgen desde hace varias décadas, académicos latinoamericanos como Juan Cesar García, en el año 1960, quien trabajó sobre la educación, donde además del eje biomédico planteó una base de las ciencias sociales, tan necesarias para nuestra educación, y después vinieron cuestiones más precias, pero quiero dejar por sentado que mi presentación va a estar basada en la puja de modelos que conocemos y que pretendemos que tenga vigencia un modelo que involucre a las ciencias sociales como parte de la educación. Me centraré en lo que sucede en América Latina respecto a la formación centrada en la enfermedad, de la cual nos cuesta tanto salir, y que se refleja en nuestros planes de estudio, programas y quehaceres, dado que parece que si no estamos en el hospital, no estamos haciendo medicina, por supuesto, sin faltar al respeto y la necesidad que tenemos de formarnos en los hospitales, ese va a ser mi recorrido. No podemos olvidar la situación de América Latina, si vamos a hablar de salud, de promoción de la salud y educación en ciencias de la salud, debemos tener en cuenta los muchos problemas que afectan a la salud de las personas y que en este contexto los desarrollamos y ejercemos nuestro saber, por lo tanto, cabe preguntarse si tenemos que seguir basándonos y admirando permanentemente a América del Norte y al eurocentrismo como parte de nuestra situación, o si tenemos que mirar un poco a nuestra América Latina, a nuestro contexto para formarnos acorde con las realidades que aquí tenemos; entonces, de ese análisis paso directamente a las universidades, lo que pienso es que claramente en América Latina tenemos grandes referentes que orientan y han escrito mucho, inicialmente en inglés, donde las primeras veces alguien les prestó atención, porque nos cuesta mucho hacer parte de un mundo académico, pero claramente estos pensadores han aportado al camino de la educación en salud y médica, por ejemplo, los conceptos de emancipación de la profesora Consuelo Chapela de México o, en el caso de los contextos de la determinación social, del doctor Jaime Brehil, de nacionalidad ecuatoriana, quienes deben ser un faro para la educación en salud en América Latina, sin dejar de lado los referentes del mundo, porque como latinos tenemos dos obligaciones: leer en inglés y leer los textos de Cambridge, Oxford y de las grandes escuelas también de Estados Unidos se encuentran en ese idioma, siempre tendremos esta carga y, además, cargamos con una historia que es de dictaduras, de procesos

militares, de pérdida de derechos y en este punto, por supuesto, me alegra ver cómo Colombia está avanzando en la disminución de la violencia, lo cual es muy importante, porque los derechos no pueden existir si hay violencia institucional.

Dicho esto, hablaré sobre mi visión de la educación superior que en lugar de crecer la educación pública y gratuita, crece la educación privada. No tengo nada en contra de la educación privada, sino que si hablamos de derechos, el Estado tiene un rol y los gobiernos de turno tienen la obligación de garantizarlos, entonces la educación privada que siempre es bienvenida no puede liderar y tiene que ser parte, porque todos entramos, pero claramente en América Latina ha habido un deterioro de la educación pública y el trabajo que mostraré, el que hacemos en Mar del Plata, no se pudiera ni se podría hacer si no hay universidad pública, es decir, no es mérito nuestro solamente porque uno trabaja mucho, pero si no tiene contextos que le permita financiamiento estatal, financiamiento público, no puede avanzar, entonces claramente quiero asociar acá los tipos de Estado, un Estado pequeño asociado al comercio para simplificar la supuesta libre inversión, contra los Estados un poco más grandes, benefactores, favorecedores de derechos, quienes hacen que germinen las universidades públicas, entonces ahí entro, veamos un breve pantallazo de Argentina, para luego pasar al trabajo en Mar del Plata, con el enfoque de salud, de derechos, que para nosotros es central y no es sencillo, y con el enfoque de educación para todos y todas.

Argentina tiene una fortaleza importante, porque en los 90, cuando Colombia entró a estos procesos bien complejos como la aprobación de la Ley 100 en adelante y demás, Argentina iba por el mismo camino de Colombia, donde el Estado no sirve para nada, es ineficiente y, afortunadamente (porque nuestra historia es dolorosa pero no tan dolorosa como la de Colombia, con altos niveles de violencia), tanto los trabajadores de la salud, como el sindicalismo y otras instituciones, hicieron posible que no se vendiera (ni se venda) la salud y la educación públicas.

Eso fue bien duro porque no fue una lucha fácil, tampoco duró un solo día, porque no había claridad al respecto, pero la fortaleza es que a nosotros nos da mucho orgullo pertenecer

a la educación pública y no nos da lo mismo pertenecer a otros sectores, y el orgullo es porque estos principios son los que nos sostienen, es decir, todo lo que les voy a contar no es posible sin estos principios: la gratuidad en Argentina surge de un decreto que firmó Perón y que favoreció a muchos de nosotros que somos hijos de obreros y trabajadores, y que hasta hoy sigue vigente, porque la gratuidad hace que las personas puedan ir a la universidad acompañados del ingreso irrestricto que significa que solo uno habiendo terminado la secundaria con el puntaje inferior, se inscribe a la carrera que elija sin cupos, sin promedios, cualquier persona que termine la secundaria puede ingresar a la universidad, es un desafío.

El otro principio es el cogobierno, donde todos los docentes están en el claustro y tienen el voto, así como los estudiantes, la mitad del cogobierno es ejercida por los profesores y una parte de eso por los estudiantes, quienes son muy activos, que la política partidaria se mete en las universidades, molesta un poco, pero eso le da vida, porque al fin y al cabo las universidades son para los estudiantes, sin ellos no hay universidad, y a veces a los profesores, que nos gusta estar cómodos, nos molestan los estudiantes porque son inquietos, nos desafían, yo creo que una dificultad es que tenemos que salir de la comodidad de los claustros que tenemos los profesores y ser un poco más permeables a ellos, que al fin y al cabo sin ellos no tendríamos universidad.

Otra cosa importante es que en Argentina hay más de 3 000 000 de estudiantes universitarios, el 82 % de todas las universidades del país, son universidades públicas, y el 8,5 % de los estudiantes de Medicina está en universidades públicas. La Escuela Superior de Medicina, ubicada en Mar del Plata, es muy joven, con un promedio de 1500 estudiantes que ingresan al año no podría ser posible sin un contexto que la acompañe, y tenerlos con un enfoque es un desafío, en segundo semestre "sacamos" 800 estudiantes de primer año a las comunidades, por supuesto, necesitamos entornos favorables para ser recibidos y hay que crear esas condiciones, si uno tiene un Estado fuerte que, por ejemplo, tenga un centro de salud o de atención primaria, un eslabón de primer nivel, allí habría profesionales que tendrían su salario y una estabilidad laboral, que no estarían contratados cada cuatro o seis

meses, porque la proyección de la vida de los ciudadanos, si uno quiere ponerle energía a lo que hace, tiene que tener una previsibilidad, porque es muy complejo tener gente contratada cada cuatro o seis meses, hay que darles un lugar continuo después los concursos correspondientes, para que esas personas puedan planificar su vida. Esto también influye en lo que hemos venido hablando, porque nosotros tenemos la fortuna en Mar de Plata de contar con 40 centros de atención primaria distribuidos por toda la ciudad, son estatales y públicos, lo que significa que cualquier persona puede solicitar atención allí, saca turno a las 5:00 de la mañana y lo atienden a las 11:00 de la mañana, con todas las dificultades, pero ahí hay una enfermera, un médico, un odontólogo, hay un trabajador social, un pediatra, los medicamentos para todas las enfermedades y son gratuitos por ley, se hace Papanicolaou, y de manera ocasional puede faltar algún medicamento, pero no se paga nada y los profesionales atienden al paciente de acuerdo a su necesidad, sin restricción de medicamentos o servicios, no se tiene que hacer como en las EPS en Colombia, donde se establecen límites a las órdenes médicas y dichas instituciones cotizan en la bolsa con los recursos de la salud. Generalmente, un médico de atención primaria generalmente no es reconocido por la sociedad, nunca es algo importante, por ejemplo, es muy raro tener un decano de Medicina que sea médico de atención primaria y yo me siento orgulloso de esto que se ha construido, porque también son avances. Entonces, salir a la comunidad a hacer un plan de salud no es salir a pasear, es salir a cumplir objetivos, a conocer los entornos donde vivimos, y esto es muy antiguo, no lo inventamos nosotros, en el año de 1989, en la Convención de Edimburgo, se habló de educación médica mundial, de cómo había que cambiar la educación en el caso de la medicina, lo que pasa es que hay una resistencia muy grande, decía el viejo dicho "es más fácil cambiar un cementerio que cambiar un currículo de medicina", porque en el cementerio los que están adentro no se oponen y en el currículo los que están adentro sí se oponen, entonces es muy difícil. Entonces quiero brevemente contar dos o tres cosas que elegí de nuestro modelo que tiene muchas aristas. La primera es que existen muchos escenarios para enseñar medicina, no es verdad que la medicina se enseña solamente en los hospitales, no es verdad que si tenemos un hospital pequeño y pocas camas no se puede enseñar medicina.

¿Cuáles son los escenarios donde se enseña cualquier disciplina de la salud? Hablo de medicina porque es lo que hago, pero nosotros, quienes trabajamos todos los días con enfermeros, con los equipos de salud, con trabajadores sociales, hay muchos lugares para enseñar medicina, y no solamente hay que enseñar sobre enfermedades, no importa si el profesional va a ser neurocirujano o médico de atención primaria, tiene que saber epidemiología, tener conocimiento de antropología, tiene que tener conocimientos muy sencillos como que una mujer en edad fértil que quiere un anticonceptivo, antes de pedírselo al médico, se lo preguntó a la prima o a la hermana y compró el mismo que le recomendaron y esto "es más viejo que el sol", es decir, el profesional tiene que saber que no está el médico primero, sino las cadenas de personas y las personas de la comunidad hacen muchas cosas.

También es muy importante hablar sobre la atención primaria, que para nosotros es el sitio exacto donde se puede aprender de medicina, porque el centro de salud está en la frontera, es decir, en el border, un espacio definido entre dos espacios donde suceden muchas cosas que se mezclan y ese border es la comunidad con el servicio de salud, la comunidad es un mundo, y el servicio de salud es otro mundo, el centro de salud es un eslabón que no tiene que ver con lo comunitario y esa es nuestra zona de frontera, la que estudiamos, porque ahí suceden muchas cosas, entonces, es ahí donde debemos aplicar el pensamiento crítico latinoamericano y el pensamiento emancipador, y decir que las enfermedades de nuestros vecinos son enfermedades de producción social, que tienen atrás la determinación social de la salud, la gente se enferma y muere con base en cómo vive, si uno tiene un contrato cada cuatro meses, de qué salud puede hablar esa persona, en Argentina pasa igual, porque existe una complejidad social. Entonces, qué mejor escenario para formar profesionales ahí en se lugar físico apropiado, allí, la gente está contenta aprendiendo fuera de los hospitales, este modelo de educación tiene muchas ventajas que nos prepara para la vida, como ponerle la mano en el hombro al paciente y decirle: hasta "aquí puedo intervenir yo, de ahí en adelante, tú lo decides" y esto también lo tenemos que enseñar. En Mar del Plata, formamos profesionales allí en la comunidad, nos desplazamos 2000 kilómetros, vamos en un colectivo durante 24 o 28 horas de viaje. Un día un estudiante me dijo: "Profe, hay

que viajar 28 horas en colectivo” y le dije: “sí, mirá, vos no estarás acostumbrado ahora, pero nosotros antes viajábamos 28 o 48 horas para llegar a donde había que llegar”. Entonces, el estudiante, porque no lo vivió, no conoce y ahí estamos nosotros, lavando nuestra chaqueta en la misma canilla, al lado de donde el estudiante tiene que lavar la suya. Docente y estudiante, si no, no se puede enseñar.

En mi canal de YouTube, ahí encontrarán todos los trabajos que hacemos en distintos lugares, porque estamos formando profesionales. Los ayudamos a hacer todas estas cosas, a vivenciarlas, porque, ¿es lo mismo ver que se inundó algo por televisión, que estar en la inundación con las patas mojadas? No, no es lo mismo, porque estoy en la inundación con las patas mojadas y viene la pregunta de ¿qué estoy haciendo acá?, ¿cómo hago para sacar esto del agua? Bueno, eso es trabajo en equipo. ¿El médico puede solo? No, el médico no puede solo, tiene que estar con otros, ser un promotor. Por ejemplo, en el impenetrable chaqueño, una región boscosa de Argentina que se extiende por más de 40 000 km<sup>2</sup> en la llanura chaqueña occidental, donde su nombre dice “impenetrable”, donde si yo entro solo, me pierdo. ¿A quién necesito? Al “baqueano”, al agente sanitario que es el que me va a sacar de ahí. Así aprendo que yo solo no puedo hacer nada. El agente sanitario para nosotros es el que va a las casas en el norte a visitar a la gente. ¿Y dónde se monta un escenario de trabajo? Bajo un árbol, porque no hay un centro de salud ahí. Hacen 45 ó 50 grados y el sol pega fuerte y ahí se levanta la carpa donde no hay ni un pasto, la tierra está caliente y sin pasto. Ese es un consultorio vivo. Entonces, ¿qué hace el agente sanitario? ¿Vamos a andar con una balanza al hombro? No, no. ¿Con qué lo pesa? Con las balanzas portátiles. ¿Lo agarra el palo de escoba? El palo de escoba, hombro acá, hombro allá. Balanza portátil y el bebé ahí colgadito para pesar. ¿Correcto? ¡Eso es medicinal!

Luego llueve, la lluvia es lo único que detuvo el funcionamiento de la carpa, pero según el pronóstico del tiempo, dijeron que llovería de 9:00 a. m. a 11:00 a. m. y a las 11:00 a. m. paró y la carpa se montó a las 11:00 a. m. En medio del barro, empezamos a caminar porque debemos visitar al vecino que vive ahí, hacemos uso de las carpas de la escuela, porque vamos a veces no hay dónde atender. Pero en la periferia, donde está la

dificultad que enfrentan los pacientes, se atiende, se va aprendiendo y escucha, escucha cuando una persona se queja de que no consiguió el turno en el hospital y que tenía que hacerse la tomografía y nadie le dio el turno, y que el antibiótico que le dieron no lo puede pagar, etc. Entonces, ¿eso es medicina? Sí, claro, porque vos estás viendo ahí la recetita que vos hiciste muy calentito adentro del hospital y le dijiste chao, no fue efectiva para curarse el paciente. Entonces, también hay que ver estas cosas, porque hay que hacer de todo, ¿correcto?, porque estos son lugares de trabajo. Nosotros vamos a los lugares de trabajo, a los supermercados, a los bancos, a las tiendas que venden electrodomésticos, coordinando, con el gerente del banco, ¿y qué hacemos ahí? “Mire, tal día vamos a venir a la escuela a hacer una campaña”. ¿Listo? Entonces, que venga el señor, el cajero del banco, que en este momento está atendiendo. Termina de atender al cliente, viene, se sienta, le tomamos la presión. Hace 20 años que nadie le tomaba la presión al cajero. Nadie. Si vos no vas al lugar de trabajo con la gente que trabaja, no pasa nada, pero qué cosa mágica es ir al lugar donde trabaja la gente y, ahí, revisar a las personas, cinco minutos de consulta, ¿saben las cosas que encontramos nosotros ahí con esa gente? La cantidad de patologías en cinco minutos de una campaña.

Ustedes tienen acá un año de rural o algo parecido, pero no sé si es distinto al último año que tenemos en Mar del Plata. Nosotros le llamamos a esto “PFO”, que es la sigla de práctica final obligatoria, la cual corresponde al sexto semestre y que todas las facultades públicas y privadas tenemos el mismo esquema. Es el último año y es supervisada en las cuatro materias básicas: ginecología, pediatría, cirugía, clínica médica. No es médico todavía, es estudiante practicante del último año y lo que hace es una rotación de seis a ocho semanas en las cuatro asignaturas básicas y en atención primaria durante cinco años, donde tiene prácticas en ginecología, pediatría, cirugía, clínica médica y atención primaria. El estudiante hace 36 semanas de rotación, es decir que se pasa nueve meses en el mismo sitio. ¿Cómo es ese sitio? Puede ser en la provincia de Buenos Aires agrandada, porque es muy grande, tiene 18 millones de habitantes, y este es nuestro partido de General Pueyrredón, vendría a ser algo parecido, no es el departamento, es un poquito más que el municipio, allá un partido significa como diez o quince municipios, no es la misma

definición; eso nosotros le llamamos partido. La provincia de Buenos Aires tiene 135 municipios.

Entonces, ¿qué hacemos nosotros? Yo necesito la práctica para todos los médicos y médicas. Necesito que toquen, hagan el uno a uno entre paciente y estudiante, no me alcanzan las camas, entonces, ¿qué estrategia nosotros inventamos porque no nos alcanzan las camas? No quisimos que quedara gente sin estudiar, dijimos vamos a hacer convenios y a mandar a los estudiantes del último año a un lugar que tenga las condiciones mínimas, donde haya un tutor responsable por cada área. Además, que haya un convenio firmado con el intendente, el gobernador, el que sea. Ahí vamos a mandar a los estudiantes a que hagan sus prácticas, supervisadas con la hoja de ruta de lo que tienen que hacer. Entonces, obviamente eso puede quedar a 100, 200, 300, 500 o 2000 kilómetros. ¿Por qué? Porque nosotros, como les dije antes, nuestro querido país, acá al norte no quiere ir nadie. Entonces, desde el norte había uno que me hacía un chiste, me decía que si pasaba el heladero vestido de bata blanca, lo metía con los docentes de la facultad porque no tenía médicos para que atendieran a la gente. Claro, porque en esos lugares desolados la gente no quiere ir. Entonces, ¿qué hacemos? Hacemos un convenio con el Intendente municipal y le decimos, ¿vos necesitás médicos? Sí, estos no son médicos, pero son del último año. Yo necesito un lugar de práctica. Listo, se juntaron el hambre y las ganas de comer, los dos ahí. Entonces, hacemos un convenio y el intendente nos da el techo y la comida, los estudiantes no pagan, la universidad les paga el pasaje, así sea de 2000 kilómetros, una sola vez, no se lo pagan para ir y volver, los nueve meses tienen que estar ahí, y le dan de comer en el hospital y les dan un alojamiento, les alquilan una casa, un lugar decente que tenga baño, ducha y cama limpia, nada más.

Y ahí están los nueve meses. ¿Qué sucede ahí? Si en ese tiempo el estudiante o la estudiante consigue un novio, una novia y esa es la ventaja que tiene el que pagó el techo y la comida, que el estudiante no va a querer salir de ahí. Él tiene que jugar con la conquista de decirlo, porque ese desierto que es Santiago del Este, es el lugar más lindo del mundo y que el estudiante no conocía dos meses antes, ni sabía de casualidad que estaba en el mapa, porque él no tiene médicos y tiene que convencer así.

Este programa lleva tres años, es el tiempo en el que nos desbordó, tenemos 65 ciudades, 12 provincias del país (la mitad de este país) y en esos tres años tenemos un montón de historias. Ha habido noviazgos, casamientos, me han invitado y todo al casamiento, ahí estuvimos, y se han quedado ya chicos en esos lugares desérticos, o en esos lugares fríos, calientes o alejados, se han quedado a ser médicos. Entonces, yo hago la pregunta, si nosotros no teníamos este dispositivo en la escuela, ¿ese médico estaría ahí? No estaría.

Comparto esta publicación que hicimos con la Organización Panamericana de la Salud (OPS), "Aportes a la promoción de la salud desde las currículas innovadas en medicina: experiencia en Argentina", es una publicación gratuita, producto de un grupo de integrantes de la Red Iberoamericana de Universidades Promotoras de Salud, amigos de Costa Rica y Colombia. En dicho contenido se encuentra mucho material, incluido el libro "Promoción de la Salud en Latinoamérica - Abya Yala Caja de herramientas", y un capítulo que escribí con la profesora Consuelo Chapela que se llama "Las promociones de la salud que hacemos?", el cual está hecho desde las universidades, con el enfoque del trabajo en el territorio, en la universidad, porque tenemos que escribir y publicar; por acuerdo de los autores, este libro es de descarga gratuita, no se vende, está en papel también, impreso, obviamente uno imprimió con la editorial de la universidad, porque el único que te va a imprimir algo gratis es la universidad, porque eso en la universidad pública es importante. ¿Una universidad privada te va a imprimir un libro gratis?, ¿te va a permitir que vos lo pongas gratis para descargar? No te lo va a permitir. Defendamos la universidad pública.

Ahora quiero dejar estas preguntas, que podemos tratar de conversarlas, que son algunas que yo me hago por haber tenido la fortuna de viajar, trabajar y compartir en toda América Latina y en Centroamérica, he estado en todos lados trabajando, he estado en Cuba; en Venezuela, en las brigadas médicas, en Barrio Adentro; en Ecuador y también en el Amazonas. Entonces, como trabajador de la salud, estas preguntas son, para mi criterio, un cierre de lo que les acabo de presentar. ¿Qué conocimientos y habilidades son los que necesitan nuestros estudiantes de cara a nuestras comunidades?, ¿Qué aspectos debemos incluir en su formación?, ¿Qué

bibliografías utilizamos?, ¿Qué autores leemos?, ¿Los temas sobre los cuales investigamos quienes los promueven?, Resultan de análisis y trabajos propios, ¿O seguimos líneas de otros lugares?, ¿Qué países y contextos influyen en nuestras prácticas? Finalmente, comparto esta reflexión, que es una pequeña convicción, “la educación médica y universitaria debe contribuir a mejorar la vida de nuestras comunidades”, pienso que si la educación médica, de enfermería, de promotores, tecnólogos, no contribuye a mejorar la vida de nuestras comunidades, la verdad, perdónenme, no sirve para carajos, y creo que con esto he llegado al final.

Muchas gracias.

**Palabras clave:** Promoción de la salud; atención primaria de salud; educación en salud. (Fuente: DeCS, Bireme).

## Referencias

1. Alasino AE. Aportes a la Promoción de salud desde las curriculas innovadas en medicina: experiencia en Argentina. En Obra colectiva: Promoción de la salud en Latinoamérica - Caja de Herramientas. 2019. Disponible en: <https://www.promocion-saludregionamericas.com/a>

## Experiencias gerenciales en la promoción de la salud: Una visión positiva, proactiva e innovadora

Lidia Isabel Picado-Herrera. PhD.



1. Consultora independiente.  
San Ramón, Alajuela, Costa Rica.

Desde el año 2000, la Dirección Regional Rectora de la Salud Central de Occidente en Costa Rica ha implementado un proceso integral de reconstrucción y análisis para fortalecer la promoción de la salud (PS), caracterizado por un enfoque positivo, proactivo e innovador, fundamentado en la gerencia social pública. Este esfuerzo ha buscado redefinir y optimizar la gestión y operacionalización de la PS, orientado a mejorar los resultados en salud para la población. En esta ponencia se presentan experiencias significativas surgidas de la implementación de diversas estrategias y herramientas gerenciales, desarrolladas en conjunto con diferentes actores sociales.

La metodología aplicada incluye principalmente recopilación de documentos vinculados con la aplicación de herramientas y estrategias, entre los que destacan informes, sistematizaciones, planes y proyectos e investigaciones, análisis de contenido y selección de las experiencias más significativas. En cuanto a las estrategias, se encuentran: intersectorialidad, alianzas estratégicas, cartas de intenciones o compromisos, abogacía y negociación, participación social, foros, encuentros, reconocimiento de experiencias, participación social, entre otras.

La colaboración y articulación entre instituciones y comunidades ha sido clave en este proceso de reconstrucción, permitiendo que actores del sector público, privado y la comunidad se conviertan en coprotagonistas de la PS. Este enfoque integral resalta la importancia de abordar la salud desde los determinantes socioeconómicos, ambientales y políticos, contribuyendo así al desarrollo humano y a la mejora de las condiciones y calidad de vida de la población.

En este marco, se han alcanzado hitos significativos que reflejan el compromiso con la innovación y la colaboración intersectorial, tales como: desarrollo e implementación de enfoques y metodologías innovadoras en PS, dirigidas a actores sociales intersectoriales; formulación de perfiles y proyectos de PS, centrados en la identificación y abordaje de determinantes y factores protectores de la salud; elaboración de decretos y ajuste de marcos legales clave, junto a la implementación de otras herramientas de gerencia social y estrategias innovadoras; aportar las bases y contribuir en la formulación del modelo de rectoría en PS (MRPS); capacitación de representantes institucionales en tres niveles de gestión y desarrollo de seis proyectos en cada nivel, para aplicar el MRPS adaptado a la realidad local; empoderamiento de gobiernos locales, con firma de cartas de entendimiento (acuerdos) entre diversas autoridades; desarrollo de proyectos específicos y un programa de PS; establecimiento de comisiones intersectoriales locales e integración de experiencias comunitarias en planes estratégicos; planificación estratégica, implementación y evaluación de tres planes estratégicos dentro de un enfoque sostenible de catorce (14) años en la Comisión Regional Intersectorial de Promoción de la Salud

(CRIPS), conformada para tal fin; innovación, georreferenciación y desarrollo del Observatorio Geográfico en Salud (OGES) para análisis y seguimiento en la población; fortalecimiento para la toma de decisiones informadas; investigaciones y consolidación de alianzas con universidades; capacitación en sistemas de información y realización de investigaciones en PS; organización y conducción de dos ferias de rectoría; encuentros de actores sociales afines a PS con experiencias exitosas; producción de materiales informativos como trípticos, directorios y calendarios de PS; proyección internacional, establecimiento de alianzas con instituciones académicas internacionales y consultorías que amplíen el alcance global de las iniciativas de PS.

En conclusión, estas prácticas permitieron construir métodos de trabajo articulados y prospectivos, fortaleciendo los procesos en un contexto determinado. Mediante la integración de estas herramientas y estrategias, se logró no solo alcanzar los objetivos planteados, sino también fomentar un ambiente colaborativo y participativo, crucial para la sostenibilidad de estas iniciativas.

Este resumen destaca los logros en capacitación, desarrollo de proyectos, investigación, innovación y alianzas, mostrando un impacto significativo en la PS a nivel local e internacional. Por otra parte, se observa no solo el esfuerzo por mejorar la salud pública, sino también se subraya la importancia de la colaboración e innovación en la construcción de comunidades más saludables.

Se propone un nuevo paradigma gerencial que invita a diversos actores sociales y a la población a reorientar su percepción y actuaciones, desde la visión positiva e innovadora de PS que enriquezcan el bienestar y el desarrollo humano e integral de las comunidades.

**Palabras clave:** Promoción de la salud; Planificación social ; herramientas; estrategias; experiencias . (Fuente: DeCS, Bireme).

## Reflexiones de la filosofía de la liberación en la promoción de la salud

Jairo Corchuelo-Ojeda.MSc, PhD. <sup>1</sup>



1. Universidad del Valle. Cali, Colombia.

La filosofía de la liberación latinoamericana surge como un movimiento intelectual a mediados del siglo XX, con el objetivo de analizar y transformar las estructuras de opresión que afectan a los pueblos latinoamericanos. Inspirada en las realidades de desigualdad, pobreza y explotación de la región, esta corriente filosófica se enfoca en promover una comprensión crítica y auténtica de las condiciones de vida de sus habitantes.

Entre sus principales aportes destaca la crítica al colonialismo y al eurocentrismo, que históricamente han invisibilizado las voces y conocimientos locales. La filosofía de la liberación enfatiza la necesidad de una identidad cultural y política propia, que valore y rescate el conocimiento de pueblos originarios y las tradiciones populares. Esta perspectiva fomenta el fortalecimiento de las comunidades al defender sus derechos culturales, territoriales y económicos, teniendo en cuenta la sabiduría ancestral, el respeto por la tierra y la naturaleza y las dinámicas comunitarias

La filosofía de la liberación hace énfasis en la "praxis", o acción transformadora. Filósofos como Enrique Dussel y Leopoldo Zea defienden que la liberación debe ser un proceso en el que las personas construyan su propio bienestar desde sus realidades, fomentando la justicia social, la equidad y el respeto por la diversidad cultural. La salud, entendida como una herramienta de lucha por la justicia social, es un espacio clave para la resistencia y la transformación. Al movilizarse para exigir políticas de salud más justas e inclusivas, las comunidades pueden desafiar las estructuras de poder que perpetúan la exclusión y la desigualdad.

La filosofía de la liberación aplicada a la promoción de la salud en los territorios ofrece una visión profundamente humana, crítica y transformadora, reconociendo la multidimensionalidad del territorio. La filosofía de la liberación crítica los sistemas de salud que reproducen desigualdades y se centra en el fortalecimiento de las comunidades como agentes de su propio bienestar.

En conclusión, la filosofía de la liberación latinoamericana aporta al bienestar de los pueblos al ofrecer un marco de pensamiento que defiende sus derechos y cultura, critica las estructuras de opresión y promueve la acción colectiva hacia una sociedad más justa y autónoma.

**Palabras clave:** Promoción de la salud; justicia social; participación comunitaria; equidad en salud; determinantes sociales de la Salud (Fuente: DeCS, Bireme).

### ¿Tienen cabida los cuidados en la *praxis* de la Atención Primaria en Salud?

Beatriz Elena Arias-López. PhD. <sup>1</sup>



1. Universidad de Antioquia. Envigado, Colombia.

En este documento se hace una reflexión sobre los cuidados en la Atención Primaria en Salud (APS) a partir de los aportes del pensamiento feminista latinoamericano. Para ello, se posicionan los elementos clave de esta pregunta, recorriendo los debates en torno a la economía y la ética del cuidado, la noción del cuidado como derecho y la manera en que estas perspectivas interpelan una visión territorializada de la APS. Finalmente, se presentan dos provocaciones: la primera, asumir los cuidados como moralidad y como política en la APS; y la segunda, considerar la búsqueda de los comunes como un propósito convergente entre los cuidados y la APS.

La pregunta que orienta este escrito pone al centro la Atención Primaria en Salud APS, interrogando si en su *praxis* tienen cabida los debates contemporáneos sobre los cuidados. El interrogante pone en conexión un elemento polisémico como la APS, un elemento ético y político como la *praxis* y uno ampliamente debatido en los últimos años como es el tema de los cuidados. Esto implica un camino arriesgado, pero quizás por ello necesario, para reflexionar sobre estos entrelazamientos y posibles integraciones, desde una mirada compleja y crítica.

Como ya lo ha mencionado Rovere<sup>(1)</sup>, la gran encrucijada de la APS es el movimiento pendular que ha experimentado desde su surgimiento en 1978, entre el potencial transformador de sus

aspiraciones garantistas del derecho a la salud y su lucha contra las exclusiones, de un lado, y la ofensiva privatizadora que tiende a atraparla en dinámicas instrumental-funcionalistas y reducir sus alcances a un modelo de atención focalizado costo-efectivo, por el otro.

El valor de la APS reside en su posicionamiento en la interface salud-sociedad, donde las relaciones interpersonales e intergeneracionales se reconocen como recursos de atención y de cuidado, afirmación que abre la inclusión del debate sobre los cuidados, desde una perspectiva desmedicalizada, que entiende la salud como un proceso histórico social, donde se torna clave la participación activa de la comunidad y la convergencia intersectorial e interinstitucional<sup>(1,2)</sup>, que si bien contempla múltiples agentes sociales y comunitarios de salud, parece no considerar aún el papel de *lxs cuidadorxs* familiares e informales en su ecosistema.

Esta ausencia en el discurso y la práctica de la APS, contrasta con las cifras. A pesar de que no existe un sistema de datos en Colombia que permita conocer de forma contundente la magnitud del papel de *lxs cuidadorxs* informales de personas en situación de dependencia, la Defensoría del Pueblo en el Foro Internacional “Hablemos del Cuidado” de noviembre de 2024 mencionó una cifra de 3.3 millones de personas dedicadas a esta labor de forma no remunerada en el país, de las cuales un 70 % son mujeres, dedicando 3 veces más de tiempo que los hombres.

Según el censo oficial del DANE del 2018 la población dependiente de cuidados por edad equivale al 31,7 %, en manos principalmente de mujeres. La Encuesta Nacional de Uso del Tiempo (ENUT) de 2013 destacó en la agenda pública la preocupación sobre el trabajo no remunerado dentro de los hogares y su impacto económico desde una perspectiva de género. Gracias a este estudio, se visibilizó el tiempo y el esfuerzo que las mujeres dedican a la sociedad en actividades no remuneradas y de apoyo, así como las desigualdades que esto genera en el ejercicio pleno de sus derechos<sup>(3)</sup>.

La APS debe considerar los debates de los movimientos feministas de los últimos 20 años en América Latina alrededor de los cuidados. Es menester considerar la necesidad de ese ejercicio

de reflexión transformadora, que supere el hacer repetitivo y se dirija a una práctica creativa, en pugna con las formas convencionales de su práctica. Intuimos que una APS basada en los cuidados tendrá que superar la visión reduccionista del cuidado circunscrito a lo humano, y lo humano limitado a lo tecno médico; pero además considerar las consecuencias del antropocentrismo radical que toma a la especie humana como valor supremo. Igualmente tendrá que interrogar desde su *praxis* la erosión de la comunidad producto de la expansión del espacio doméstico sin redefinir lo público, pero también la tendencia autosuficiencia del individuo que niega la codependencia y la vulnerabilidad, cuya instrumentalización, incluso en nombre de la APS, puede posicionar una versión hiperindividualizada a través de las retóricas vacías del autocuidado y de las nociones de resiliencia y superación personal que pretenden reemplazar las ideas colectivas del bienestar (o del vivir bien, del vivir sabroso *Ubuntu*, del buen vivir andino o de la solidaridad vecinal).

### Los cuidados y sus demandas

Desde distintas orillas de los feminismos desde 1970 y con gran desarrollo en el siglo XXI, se ha planteado la imperiosa necesidad de hacer visible el sostenimiento cooperativo de la vida a partir de la confluencia de colectivos sociales y materiales que se interconectan para sostener y restaurar la vida de personas, comunidades y ecosistemas. Esta propuesta desafía la noción de que el sostenimiento de la vida depende exclusivamente del capital económico. En lugar de centrarse en los procesos productivos, pone el énfasis en aquellos que garantizan la reproducción de la vida social, los cuales se desarrollan en contextos relacionales y adoptan diversas formas sociales que, aunque no están totalmente mediadas por el capital, generan riqueza tangible<sup>(4)</sup>.

Este ecosistema de cuidados de la especie humana ha pasado desapercibido (quizás estratégicamente) y ha sido invisibilizado. Solo muy recientemente los Estados han empezado a preguntarse quién cuida, para qué cuida, cómo cuida y cuánto vale ese cuidado, consolidando un campo de análisis conocido como el de la Economía del cuidado y que para el caso de la APS se liga con las necesidades derivadas de cambios demográficos relacionados con el aumento

en la esperanza de vida o el envejecimiento poblacional, pero también con ciertos cambios epidemiológicos. Con el tiempo las situaciones de dependencia tienden a incrementarse y con ello la necesidad de cuidados, en un contexto adverso donde las disposiciones para cuidar están en crisis por cambios en las familias y los sistemas de trabajo. Así, parece perentorio el llamado a que la APS migre de su lógica funcionalista biomédica a una *praxis* transformadora basada en la perspectiva del cuidado.

La palabra "cuidado" viene del latín *cogitatus* que significa interés reflexivo sobre algo o alguien, pero no solo de manera afectiva, sino reflexiva y relacional<sup>(5)</sup>. Esto quiere decir, que el cuidado se propone como un acto de reciprocidad ética y no una imposición afectiva, que posibilita diversas formas de intercambio socio-material, dando origen a lo colectivo<sup>(6)</sup>.

En ese sentido los cuidados aparecen en su doble dimensión de disposición y práctica concreta orientada a atender necesidades de cuerpos vulnerados del mundo humano y más allá de este, cuya expresión es una actitud, pero también una aptitud<sup>(4,5,7,8)</sup> que incluye:

- Tomar conciencia de la importancia de atender y proteger a alguien o algo, guiados por una sensibilidad ética que nos permite valorar y comprometernos con el sujeto de cuidado, comprender y facilitar el fortalecimiento de su agencia y en ese sentido "preocuparnos" genuinamente.
- Hacernos cargo de la responsabilidad moral de responder a la necesidad, esto es "ocuparnos" genuinamente.
- Responder concretamente, desplegando competencias y capacidades, es decir "prestar cuidados" genuinos, a partir de la lógica de la solidaridad.
- Finalmente ser capaz de "recibir cuidados" con confianza y bajo la convicción de la interdependencia y la propia fragilidad y precariedad.

Estos elementos permiten entender la tercera dimensión del cuidado y es su carácter colectivo, el carácter interdependiente de los sujetos y de la vida social y por tanto la corresponsabilidad colectiva para identificar las alternativas para vivir de la mejor manera a partir de la cooperación, los

cuidados mutuos, el cuidado de lo común y la centralidad de relaciones de reciprocidad. Todo esto además en contextos y territorios concretos, donde precisamente la APS adquiere su sentido.

El cuidado como disposición y práctica de carácter colectivo se contraponen precisamente a las falacias que ponen la vida social como una cuestión individual de autodisciplina, de emprendedurismo y autosuficiencia, en la cual se restringen los círculos de cuidado a la familia nuclear bajo la insistencia neoliberal en sólo cuidar de uno mismo y de los parientes más cercanos. Una *praxis* transformadora de la APS deberá insistir en contextos colectivos cuidadores, que le apuestan a comunidades interdependientes y no indiferentes. Esto implica igualmente huir de la tendencia a generizar y esencializar el cuidado como un asunto de las mujeres, que desconoce el orden social y cultural de interdependencia antes señalado, pero además las lógicas racistas y clasistas de los trabajos de cuidado. Es decir, el llamado no es a que la APS instrumentalice o incluso precarice más los trabajos de cuidado, sino que los incorpore y dignifique en la plena valoración de sus aportes.

### El cuidado como derecho

La frase con la que terminé el apartado anterior es una conexión clave para posicionar el cuidado como un derecho, del que han sido pioneras muchas activistas y académicas latinoamericanas. Precisamente Batthyany<sup>(9)</sup> es enfática en afirmar que posicionar el cuidado como derecho implica acceder a él, independiente del nivel de ingresos económicos y la disponibilidad de redes vinculares. De allí que acceder a los cuidados no debe supeditarse a las lógicas del mercado, ni a los círculos familiares y por tanto deben estar garantizados por el Estado. Esto implicará poner el cuidado al nivel de los derechos económicos, sociales y culturales, cuya garantía es una responsabilidad colectiva y pública, que debe traducirse en políticas públicas de cuidado particulares o en un enfoque de cuidado transversal a todas las políticas.

Las primeras pueden constituirse en estrategias gubernamentales para garantizar el derecho al cuidado, tanto para quienes lo reciben (personas dependientes, infancia, personas mayores, personas con discapacidad) como para quienes lo brindan (trabajadoras del hogar, familiares,

comunidad). Pueden incluirse allí servicios/ espacios de cuidado (guarderías, centros de día, asistencia domiciliaria), regulación del trabajo de cuidados (derechos laborales para cuidadores y cuidadoras), estrategias de corresponsabilidad (políticas que promueven la participación equitativa entre mujeres, hombres y el Estado en el trabajo de cuidados) y/o apoyos económicos (subsidios, licencias por cuidado, pensiones para cuidadoras informales).

El enfoque transversal de cuidado en el diseño e implementación de todas las políticas públicas, no solo estaría dirigido en las de salud o asistencia social, sino en políticas laborales, ordenamiento territorial, educación, transporte y vivienda, asegurando que todos los ámbitos permitan y faciliten el trabajo de cuidado, superado la mirada de responsabilidad individual o solo de las mujeres, para posicionarlo como una cuestión colectiva, esencial para la sostenibilidad de la vida. A esto quizás apunten las propuestas de las llamadas sociedades del cuidado<sup>(10)</sup>.

En términos de integración de políticas, la APS deberá incluirlo como un elemento del curso de vida, desde la infancia hasta la vejez; como un trabajo reconocido y valorado; como una disposición y práctica de mujeres y hombres; como una responsabilidad pública y como un elemento de su ecosistema. El derecho a brindar cuidados, deberá ser por elección no por obligación de género, deberá hacerse en condiciones dignas y de seguridad social para realizar el trabajo de cuidado atendiendo medidas equitativas de retribución y remuneración, pero también de transformación cultural de la división sexual del trabajo.

### Cuidados, APS y territorios

El ecosistema de la APS podrá tener como prioridad una mirada territorializada y crítica sobre las redes, las asociatividades y los grupos de apoyo; sobre los soportes disponibles para el cuidado y las personas cuidadoras; sobre las lógicas de reconocimiento de los trabajos de cuidado y sobre las estrategias de cuidado a las personas cuidadoras, entre otras cuestiones.

Para ello, una posible herramienta es la perspectiva especular a través del denominado diamante del cuidado, un enfoque analítico que facilita la comprensión de cómo el Estado, el mercado, la familia y las organizaciones de la sociedad

civil participan en la producción y provisión del cuidado<sup>(11)</sup>. Las instituciones que conforman este modelo se interrelacionan de manera compleja, con límites flexibles y en constante transformación. Una mirada general del contexto colombiano nos muestra una distribución desigual de tareas con sobrecarga en las mujeres; una respuesta acelerada a las demandas de manera privatizada y excluyente; el papel clave de la comunidad en la provisión de cuidados, pero aun marginal en su reconocimiento, no solo retórico, sino legal y económico; además de marginalidad en las políticas públicas, aunque ya se haga visible en las agendas. Los debates alrededor de la universalidad, la focalización, la igualdad de género, la intersectorialidad y la transversalización hacen parte del panorama de discusión.

La mirada territorial al diamante del cuidado exige superar la concepción jurídica administrativa referida a un área física delimitada, controlada por el Estado, para problematizar las disputas, las múltiples formas de apropiación y ordenamiento del territorio que coexisten en tiempo y espacio y las formas de relacionamiento que buscan dominación, apropiación, comensalidad, solidaridad o cualquier otra manifestación en la producción de cuidados colectivos: organizaciones e instituciones formales, no formales e informales; prácticas, costumbres, ritmos, ritos; vínculos, conexiones, límites, superposiciones, supresiones; imaginarios, identidades, pertenencias, memorias, sueños, inclusiones, exclusiones.

### **Provocaciones para el cierre**

Esta reflexión empezó con una pregunta: ¿Tienen cabida los cuidados en la *praxis* de la APS? Recogiendo los aportes de académicas latinoamericanas que vienen debatiendo el tema en el contexto de nuestras geografías y territorios, con sus patrimonios, sus contradicciones y disputas puse en diálogo las posibles articulaciones entre APS, su *praxis* y los cuidados. Cierro el texto con dos provocaciones: la primera es asumir los cuidados como moralidad y como política y la segunda es poner como bisagra la búsqueda de los comunes.

Con la primera provocación quiero insistir en el cuidado como un valor humano que muestra

nuestra interdependencia y por lo tanto la necesidad del cuidado mutuo como una forma de organizar la vida colectiva. Las dinámicas de cuidado implican inevitablemente relaciones de poder, es decir, son ineludiblemente políticas y suponen un reparto de responsabilidades; por tanto, democratizar las prácticas de los cuidados exige reflexionar sobre las jerarquías de los cuidados y generar procesos pedagógicos para garantizar que los cuidados se distribuyan de forma igualitaria, sin que se asuma como un trabajo improductivo y principalmente femenino por naturaleza, ni que, cuando sea remunerado, sea realizado mayoritariamente por mujeres pobres, inmigrantes o racializadas. A los procesos pedagógicos deben sumarse estrategias de reconocimiento que superen la retórica y se traduzcan en asignación de recursos y legitimidad pública. Todo esto es consecuente con el nacimiento de la APS en Alma Ata con su declaratoria del derecho a la salud de las poblaciones más postergadas, además de la lucha contra la inequidad, la exclusión y las violencias.

En la segunda provocación ubico como punto de convergencia la búsqueda de los comunes. Esta perspectiva se nutre de las propuestas feministas latinoamericanas sobre la relevancia de la reproducción social y del giro afectivo al considerar cómo las subjetividades construyen relaciones con su entorno. Esto implica darle lugar a la vida sobre el mercado y por tanto a las prácticas comunales y principios ético-políticos que circulan fuera de los límites de la mercantilización o del valor de la transacción comercial como eje de las relaciones sociales.

“El supuesto de que los humanos somos criaturas de mercado malinterpreta la naturaleza humana. En lugar de pensar en las personas como *homo economicus*, tiene mucho más sentido entenderlas como *homines carens*, es decir, como personas que viven en relaciones de cuidado mutuo”<sup>(7)</sup>.

Los espacios, estrategias y prácticas de cuidado recíproco fortalecen los encuentros afectivos socio-naturales y la subsistencia material. Desde esta mirada, el afecto se erige como el vínculo que cohesiona a la colectividad, cuyo patrimonio común se fortalece y enriquece mediante prácticas de cuidado<sup>(4)</sup>. La identificación de los comunes nos permite identificar las escalas del

cuidado, las formas de producir e intercambiar cuidados, la diferencialidad y desigualdad en los cuidados. Igualmente nos permiten reconocer las prácticas y saberes de cuidado que se territorializan, desterritorializan y/ se reterritorializan. Es así como el cuidado fortalece nuestra capacidad individual y común de proporcionar las condiciones políticas, sociales, materiales y emocionales que permitirán que la gran mayoría de personas, seres y criaturas vivos de este planeta prosperemos, junto con el propio planeta.

**Palabras clave:** Teoría feminista; atención primaria de salud; derechos socioeconómicos. (Fuente: DeCS, Bireme).

## Referencias

1. Rovere M. La atención primaria en la encrucijada: desplegar su potencial transformador o quedar instrumentados en una nueva ofensiva privatizadora. *Saúde Debate* [Internet]. 2018; 42(spe1). DOI: 10.1590/0103-11042018S121
2. Elorza ME, Moscoso NS, Lago FP. Delimitación conceptual de la atención primaria de salud. *Rev Cubana Salud Pública* [Internet]. 2017; 43(3). Disponible en: [http://www.scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662017000300011](http://www.scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662017000300011)
3. García-Vásquez GA, Macías CM. Economía del cuidado: comparación de las encuestas de usos del tiempo Colombia - Algunos países de América Latina. *Soc Econ* [Internet]. 2022; (46):e10711285. DOI: 10.25100/sye.v0i46.11285
4. Zambra-Álvarez A. El cuidado y lo común: reflexiones sobre el sostenimiento cooperativo de la vida desde y más allá de lo humano. *Rev Pensam Acción Interdiscip* [Internet]. 2023; 9(2):56-71. DOI: 10.29035/pai.9.2.56
5. Caballero-Muñoz E, Alves-Pereira V. Del cuidado humano al cuidado del ambiente. *Index Enferm* [Internet]. 2023; 32(2):e14274. DOI: 10.58807/indexenferm20235412
6. Cárdenas-Vargas JO. El cuidado, entre el humanismo y la ciencia. *Rev CuidArte* [Internet]. 2018; 7(13):58-73. DOI: 10.22201/fesi.23958979e.2018.7.13.69150
7. Domínguez-Alcón C, Kohlen H, Tronto J. El futuro del cuidado: comprensión de la ética del cuidado y de la práctica enfermera [Internet]. Barcelona (ESP): Ediciones San Juan de Dios-Campus Docent; 2017. Disponible en: <https://www.coib.cat/Rendering/Render/ca-ES/d23d4137-42f4-4331-924e-b660473acf64>
8. Testa M. Decidir en salud: ¿quién?, ¿cómo? y ¿por qué? *Salud Colect* [Internet]. 2007; 3:247-257.
9. Batthyány K. El cuidado en el centro de los nuevos acuerdos sociales. *Anál Carolina* [Internet]. 2024; (6):1-12. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/9566392.pdf>
10. Esquivel VR. El cuidado: de concepto analítico a agenda política. *Nueva Soc* [Internet]. 2015;(256). Disponible en: [https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/47075/CONICET\\_Digital\\_Nro.ece522b0-226f-4865-a0e8-22550d5d2432\\_A.pdf](https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/47075/CONICET_Digital_Nro.ece522b0-226f-4865-a0e8-22550d5d2432_A.pdf)
11. Razavi S. The political and social economy of care in the development context: conceptual issues, research questions and policy options [Internet]. Geneva (CHE): UNRISD; 2007. Disponible en: <https://cdn.unrisd.org/assets/library/papers/pdf-files/razavi-paper.pdf>