

Dimensiones comunitarias de la Atención Primaria Integral en Salud

Community dimensions of Integral Primary Health Care

David Sanders¹, Ronald Labonté², Corinne Packer³, Nikki Schaay⁴

Introducción

¹ Profesor Emérito en la Escuela de Salud Pública, University of the Western Cape – South Africa.
dsanders@uwc.ac.za

² Presidente de Canada Research; Profesor de Globalización/Equidad en Salud en la Facultad de Medicina, Instituto de Salud Poblacional, University of Ottawa – Ontario, Canada.
rlabonte@uottawa.ca

³ Investigador Asociado, Instituto de Salud Poblacional, University of Ottawa – Ontario, Canada.
cpacker@uottawa.ca

⁴ Investigador principal en la School of Public Health, University of the Western Cape – South Africa.
nschaay@uwc.ac.za

La Atención Primaria de Salud (APS) fue reafirmada durante 2008, en su 30º aniversario, como la estrategia global clave para lograr una óptima salud (WHO; UNICEF, 1978). El “Informe sobre la Salud en el Mundo 2008” de la Organización Mundial de la Salud (WHO, 2008) estuvo dedicado a la APS, y el periódico *The Lancet* produjo un número temático sobre la misma (THE LANCET, 2008b). Sin embargo, persiste la confusión y la controversia sobre la APS en términos de contenido, énfasis y aplicación.

Este artículo resume los factores que afectan el progreso en la implantación de APS como un abordaje integral para el desarrollo de los sistemas de salud. Primero, se revisó el discurso actual, revelando diferentes interpretaciones que ponen en peligro la revitalización de APS como una estrategia para el desarrollo de la salud, de la justicia social, y de la equidad. Segundo, brevemente fueron discutidos ejemplos seleccionados obtenidos del proyecto de investigación multinacional “Revitalización de la salud para todos”, con enfoque en las dimensiones comunitarias de APS, excluyendo de esta discusión proyectos propios latinoamericanos, que se presentan en otros artículos de la revista *Saúde em Debate*. Finalmente, se concluye con una breve discusión de los hallazgos y de las implicaciones que éstos tienen sobre las reformas en los sistemas de salud basados en atención primaria, enfatizando en las necesidades y preocupaciones impulsadas por la comunidad.

Orígenes y orientación de la Atención Primaria de Salud

El concepto de APS evolucionó durante la década de los 1970, influenciado por e influenciando el enfoque de las necesidades básicas para el desarrollo social (HOADLEY, 1981). Así, informados tanto por los avances como por los retrocesos en la implementación del enfoque de los servicios básicos de salud, la OMS y UNICEF concibieron la estrategia de la APS como el medio para alcanzar la salud para todos para el 2000.

La orientación de la APS fue fuertemente influenciada por el concepto de justicia social, e integró simultáneamente el enfoque de atención básica de salud con la acción sobre los factores sociales y ambientales locales. Los principios nucleares de la

APS fueron: cobertura y acceso universal con base en la necesidad; atención integral con énfasis en la prevención de la enfermedad y promoción de la salud; acción intersectorial por la salud; participación y autosuficiencia individuales y comunitarias y tecnología apropiada y costo-efectiva (TARIMO; WEBSTER, 1994). Se advirtió que una implementación exitosa requería la redistribución de los recursos (financieros, materiales y humanos) para la salud, una ampliación de las competencias del personal del sector salud que les permitiera funcionar como equipos, y a la vez con trabajadores de otros sectores y las comunidades; y asegurar que la colaboración intersectorial, la vinculación de las comunidades y la descentralización estuvieran integradas en el diseño, en la planeación y en la gestión del sistema de salud.

Progreso y contexto

A partir de Alma Ata se han logrado significativos avances en salud global, con un importante incremento en la esperanza de vida. Sin embargo, el aumento de las inequidades en salud entre y dentro de los países e inclusive algunos retrocesos en África y los países del antiguo Bloque soviético, han forzado re-examinar el contexto y el contenido de las políticas en salud y el por qué la APS ha fallado en alcanzar la salud para todos (COMMISSION ON SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH, 2008).

¿Sigue siendo la APS, como fue originalmente elaborada en Alma Alta, una estrategia viable para el desarrollo de la salud? El análisis indica que una serie de proyectos de reforma, con varias características básicas comunes, han distorsionado la misión de la APS retirando el enfoque sobre las condiciones que determinan la mala salud y alterando el funcionamiento de los sistemas de salud. Estos incluyen: la APS selectiva, la reforma al sector salud y las alianzas globales en salud público-privadas.

Como ha sido subrayado, la estrategia integral formulada en Alma Ata buscaba la integración de las intervenciones de rehabilitación, terapéuticas, preventivas y de promoción, con énfasis en los dos últimos componentes. La APS Selectiva (APS-S) privilegió cier-

tas intervenciones médicas, en su mayoría terapéuticas y de prevención personal, tales como el monitoreo del crecimiento, la terapia de rehidratación oral, la lactancia materna y la inmunización; como fue establecido en la revolución en pro de la supervivencia infantil de UNICEF en 1980, la cual, según se argumentó, iría a la vanguardia de la APS, postergando un enfoque más integral para una fase posterior. El olvido relativo de otros programas de APS y la pérdida de énfasis en las equidades social y económica, la participación comunitaria y la colaboración intersectorial reflejan las perspectivas conservadoras de desarrollo de los años 1980 (RIFKIN; WALT, 1986).

La visión de APS de Alma Ata fue observada aún más disminuida por la crisis de la deuda de los años 1970, el ajuste estructural y el ascenso de la política económica neoliberal en el mundo. La austeridad fiscal y los rápidos y costosos avances tecnológicos a lo largo de los últimos 20 años generaron las reformas del sector salud en los países de bajos y medianos ingresos (PBMI) y en aquellos industrializados. En tanto no ha sido consistente la aplicación del paquete mínimo universal, 'la reforma del sector salud' a menudo incluyó la reestructuración de las agencias nacionales de salud, la planificación de la más costo-eficiente implementación de estrategias y monitoreo de sistemas, la introducción de cuotas para los usuarios de los servicios públicos de salud, la introducción de la competencia regulada entre proveedores de servicios, y la participación del sector privado a través de la contratación, regulación y concesión de franquicias a diferentes proveedores privados (CASSELS, 1995). La reforma del sector salud ha evolucionado a ritmos diferentes y en diferentes grados entre los países y, en ocasiones, ha agravado las desigualdades. La disminución del gasto real en salud pública y la dependencia cada vez mayor de donantes, incluido el gasto ordinario en salud sobre los salarios, equipos y suministros, han llevado al deterioro de las instalaciones y equipos de salud, la escasez de medicamentos y otros suministros y a la disminución de la asistencia de los pacientes a los servicios públicos con el empeoramiento en la calidad de la atención (SEGALL, 2003).

La emergencia a finales de 1990 y 2000 de cerca de 100 alianzas en salud global (ASG) o de iniciativas en salud global (ISG) como la "Alianza global en vacunas

e inmunización” (GAVI-por sus siglas en inglés), el “Fondo Global para la Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria” (GFATM-por sus siglas en inglés) y “Detener la TB y Reducir la Malaria”, han aumentado la financiación para enfermedades prioritarias, al mismo tiempo que han reforzado el enfoque selectivo de la APS, privilegiando la implementación y el manejo vertical de los programas, los cuales principalmente hacen énfasis en lo terapéutico (por ejemplo, tratamiento antirretroviral) y en intervenciones para la prevención individual (por ejemplo, prevención de la transmisión vertical de VIH), mientras olvidan los determinantes relevantes de esas enfermedades. Esos programas también han desplazado a los profesionales de la salud (a menudo inadecuados, en la mayoría de PBMI) de la atención general en salud, fragmentando los servicios dentro de un conjunto de programas ‘verticales’ paralelos (BRUGHA, 2008).

Ejemplos de innovación y progreso en la Atención Primaria de Salud

A pesar de que el contexto global ha fallado en apoyar la visión integral de la APS (APS-I), la hipótesis del estudio fue que (basados en alguna evidencia y en la experiencia) los diferentes países o grupos, a través del mundo en desarrollo, estuvieron continuamente luchando por las metas de Alma Ata. Así, se dispusieron recursos para explorar cómo estos esfuerzos se llevaron a cabo, invitando a participar en un programa de investigación de cuatro años financiado por el Programa Canadiense Teasdale-Corti de Iniciativas para la Investigación en Salud Global. Participaron más de 20 proyectos de 16 países de los cinco continentes, generando un considerable nuevo conocimiento y un estudio retrospectivo respecto de las diferentes características de la APS Integral y los contextos sociopolíticos que permitieron o dificultaron su implementación. Este artículo revisó sólo dos de dichas características: la acción de los trabajadores comunitarios en salud y la participación comunitaria en los sistemas de salud, a partir de una selección de estudios que ofrecen re-

sultados matizados de estas dos dimensiones de la APS-I.

Los trabajadores comunitarios de salud como base fundamental de la Atención Primaria de Salud

Los trabajadores comunitarios de salud (TCS) han sido considerados la base fundamental de la APS, proveyendo el vínculo entre las comunidades, a menudo pobres o marginadas, y los sistemas formales de salud. También han sido parte integral de la organización o soporte de las acciones comunitarias sobre los determinantes locales de la salud, además de actuar como intermediarios en el apoyo para las acciones derivadas de los sistemas de salud y de otros sectores (LEHMANN; SANDERS, 2007; ROSATO *et al.*, 2008). Por lo tanto, la mayoría de los 20 equipos de investigación tenían algún componente de los TCS en sus estudios; de hecho, varios estuvieron centrados casi exclusivamente en este grupo de trabajadores de la salud.

En el “Programa para Activistas Sociales Acreditados en Salud” (ASAS) de la India, se aprendió que el papel y el entrenamiento atribuidos a los TCS son claves para asegurar lo reconocimiento y, por tanto, la credibilidad y efectividad dentro de las comunidades que sirven. Este estudio, realizado por la Asociación del Hospital Emmanuel, se centró en el estado Indio de Bihar del Norte. Entre sus hallazgos están: si el pago está vinculado a resultados específicos (como vacunación o asegurar las visitas prenatales), la capacidad de ASHA para comprometer a la comunidad en la definición de sus determinantes sociales es limitada. Si se proporcionara entrenamiento de calidad y una remuneración adecuada o incentivos no monetarios, los TCS pueden actuar como promotores de salud, precisamente donde la promoción debe dirigirse: dentro de las comunidades locales, escuelas e, incluso, en los hogares. Darles voz en la planificación de la atención en salud también es importante, dado que éstos son interlocutores de la comunidad que sirven. Las debilidades encontradas en el programa ASAS llevan a requerir de ASAS y de los miembros de las comunidades mejoras en el entrenamiento e implementación del programa, incluyendo, por parte de ASAS y de los miembros de la comunidad, mayor interés en su papel como animadores sociales y no simplemente como facilitadores de la APS.

El estudio iraní de los behvarz (el nombre persa, farsi, de los TCS, que significa 'buenas habilidades') examinó las barreras y los factores facilitadores de los TCS rurales en la prestación de APS-I en las últimas tres décadas (JAVANPARAST *et al.*, 2011). Los behvarz están igualmente representados entre hombres y mujeres (los hombres se encargan de la salud ambiental y las mujeres de la materno-infantil). Los behvarz son originarios de las comunidades que sirven y deben haber terminado los estudios secundarios, además, reciben entrenamiento por dos años y cursos anuales de actualización; son nombrados por consejos comunales; reciben pago y trabajan en casas saludables para la comunidad; y son el primer contacto personal con la prestación de servicios de salud en la unidad más básica del sistema de APS iraní. Ellos actúan como importantes agentes de cambio en sus comunidades mediante la movilización de los recursos de la comunidad, asistiendo a eventos sociales, consultando los líderes religiosos, actuando como defensores en variados temas para sus comunidades, y construyendo equipos de acción intersectorial y colaborativa. Una mejora significativa en los resultados en salud rural está fuertemente relacionada con el programa behvarz, aunque no es posible establecer una causalidad directa. Las conclusiones del equipo iraní reforzaron la importancia de emplear a estos trabajadores dentro de las comunidades geográficas o culturales, garantizando formación continua y desarrollo profesional, proporcionando formas monetarias y no monetarias de retribución; en tanto, se advierte, también, sobre la carga de una lista mayor de funciones para estos trabajadores que va desde la atención primaria a los determinantes sociales de la salud.

En Etiopía, el equipo basado en Tigray investigó la contribución de los trabajadores extensores de la salud en la mejora de la utilización de los servicios de salud materna, en tres distritos al Norte del país. Tales servicios incluyen planificación familiar, atención prenatal, asistencia del parto y posparto y la prueba para VIH. Los Trabajadores Extensores de Salud son una nueva categoría de trabajador laico de la salud, asalariado por el gobierno quienes supervisan una serie de voluntarios comunitarios en salud (FEDERAL MINISTRY OF HEALTH, 2005; NEGUSSE; MCAULIFFE; MACLACHLAN, 2007). Las posiciones de los traba-

jadores extensores de la salud fueron creadas al reconocer el fracaso de los servicios esenciales para llegar a la gente en el nivel básico. El Programa de Extensión de la Salud fue diseñado específicamente para ofrecer APS Integral a estas comunidades apartadas. El equipo de Tigray encontró que mientras que los trabajadores extensores de la salud eran altamente efectivos en asuntos de planificación familiar, era necesario un mejor soporte de estos para las mujeres embarazadas en la planificación del parto, el control prenatal y la preparación del parto, dado que la mayoría de las mujeres (81%) daban a luz con la ayuda de familiares y sólo un 7% eran ayudadas por un trabajador extensor de la salud. Además, se requería fortalecer la remisión de los trabajadores extensores de la salud a las parteras en los centros de salud. En efecto, varios de los equipos de Teasdale-Corti encontraron que la falla de los trabajadores sanitarios laicos para derivar sus pacientes hacia profesionales de la salud, con un mayor entrenamiento, era un obstáculo significativo para una atención sanitaria adecuada. El bajo nivel de estos trabajadores de la salud en la jerarquía de los profesionales de la salud a menudo significa falta de capacidad para hacer las remisiones, a pesar de que normalmente ellos son el principal o, incluso, el único recurso de salud frecuentado por las comunidades que sirven.

En un esfuerzo por mejorar la APS en Sudáfrica, en 2004 se introdujo un Programa Nacional de Trabajadores Comunitarios de Salud, basado, principalmente, en organizaciones no gubernamentales (ONG) y de base comunitaria para gestionar las actividades de éstos trabajadores comunitarios. Debido a que este grupo de recursos humanos en salud se introdujo con la intención particular de proporcionar un rango crítico de servicios relacionados con el VIH/SIDA y la tuberculosis de una manera costo-efectiva, el papel más amplio de estos, como comprometerse con sus comunidades en temas como la disposición de las aguas, el acceso al agua potable, a la planificación familiar y a los alimentos nutritivos, ha estado considerablemente relegado. El equipo sudafricano realizó un estudio en tres espacios: un proyecto pequeño de base comunitaria en el área rural de Gauteng; uno de una ONG más grande iniciado por la provincia de Gauteng; y uno liderado por una ONG centrado en

el cuidado de niños y jóvenes ubicados en un pequeño pueblo del Cabo Oriental.

Los TCS en ambos sitios de Gauteng reportan, comúnmente, frustraciones derivadas de inadecuada formación, limitado acceso/invitación para participar en el proceso de gobernanza de la atención sanitaria, y falta de reconocimiento por parte de los profesionales de la salud en los servicios de salud. En el caso del Cabo Oriental el programa de capacitación fue visto como un facilitador del papel de los TCS, y de su capacidad en participar en el trabajo intersectorial para hacer frente a una gama más amplia de determinantes sociales de la salud. Además, un fuerte liderazgo organizacional y apoyo financiero permitieron a los TCS del Cabo funcionar por fuera del contexto limitado de los gobiernos locales. Sin embargo, algunos de ellos en los dos casos de Gauteng manifestaron un mayor deseo de participar en el afrontamiento de los determinantes sociales de la salud en sus comunidades, aunque explicaron que la falta de empoderamiento les dificultaba hacerlo. Los hallazgos del equipo demostraron tanto el potencial de los TCS como las barreras que rápidamente pueden limitarlos.

En Kenia, el estudio examinó programas comunitarios de salud en seis distritos en el Oeste de Kenia. Parte de la investigación examinó el papel de los TCS Extensores (TCSEs), que apoyan el trabajo de hasta 25 TCS voluntarios, los cuales actúan como facilitadores del diálogo entre los hogares a los que sirven y las estructuras comunitarias y de salud formales. “Los días de Diálogo” tienen periodicidad mensual en los niveles del hogar, la comunidad y los servicios de salud; y los miembros de la comunidad vienen y dicen lo que saben acerca de su centro de salud y cómo piensan se pueden mejorar los servicios. Así, después de discutir las preocupaciones de la comunidad se avanza hacia el trabajo consensuado en cuanto a lo que no es aceptable y lo que necesita mejorarse. Los TCS desarrollan planes de acción con metas que deben lograrse en el período que transcurre hasta la próxima sesión de diálogo. A su vez, ellos también presentan estos planes a sus distritos en un comité de planeación donde participa un grupo de TCSE de mayor rango y asalariados, garantizando así un vínculo formal con el proceso de toma de decisiones en el sistema de salud. Existe la obligación de repor-

tar cualquier decisión en salud tomada con base en los temas identificados en las comunidades. El proceso es efectivo cuando las sesiones de diálogo son frecuentes y cuentan con buena participación, y cuando los trabajadores en salud se comprometen con los planes de acción desarrollados con la comunidad. En conclusión, el estudio encontró que los trabajadores laicos de la salud son importantes para el éxito de un enfoque comunitario e integral para mejorar la salud.

Participación comunitaria en los sistemas de salud

Como lo reflejan los resultados de los estudios en Kenia y Sudáfrica descritos, la participación de la comunidad en los sistemas de salud es importante. La revisión narrativa de literatura que dio inicio al estudio global mostró que las reformas a los sistemas de salud a partir de la APS-I (en contraste con la atención primaria selectiva en salud que se concentra en enfermedades e intervenciones específicas) fueron más viables cuando hubo participación comunitaria activa, que forzó a los gobiernos a la rendición de cuentas. En América Latina, los argumentos basados en las obligaciones nacionales frente a los derechos humanos también probaron ser útiles en mejorar el acceso equitativo a sistemas de salud más integrales en tratar y prevenir la enfermedad (ACOSTA *et al.*, 2011).

La investigación en las afueras de Bangladesh, que estudió diferentes aspectos de APS-I contrastando distritos con alto y bajo rendimientos, encontró que en los distritos de salud rural con bajo rendimiento la ausencia de oportunidades para los miembros de la comunidad para participar en los procesos de toma de decisión en temas de salud en sus comunidades (incluso a partir de la presencia de un buzón de quejas y reclamos) tuvo un impacto directo en el uso de las instalaciones y en la recepción de los mensajes de promoción de la salud. En contraste, un centro de salud urbano en el distrito periurbano de salud con alto rendimiento, que sostuvo reuniones diarias sobre las premisas ‘de educación para la salud’ con los asistentes de salud para retroalimentación, atrajo fuerte parti-

participación comunitaria, y los participantes expresaron su satisfacción con la administración del hospital por incluir a la comunidad y educar para la salud.

El estudio en Kenia encontró también una fuerte relación entre el creciente empoderamiento comunitario (capacidades) y la reducción de vulnerabilidades en salud; específicamente la comunidad participante aseguró que las necesidades de los grupos vulnerables fueron escuchadas e incorporadas en la planeación a partir de estructuras específicas que incluyeron un consejo de reclamos en las localidades, una posición en la junta directiva de salud o del hospital ocupada por un trabajador en salud comunitaria pago y con experiencia, así como el requerimiento de la retroalimentación pública sobre cómo el sistema de salud responde a las preocupaciones identificadas por los miembros de la comunidad. La funcionalidad de estas estructuras en Kenia se relacionó directamente con la cantidad y la frecuencia de las reuniones y la asistencia a estas. Este “Enfoque de Estrategia Comunitaria” en Kenia se acreditó con la cuadruplicación del cuidado prenatal, el aumento del número de nacimientos en instalaciones de salud, el aumento en el número de hogares con acceso a agua potable y el incremento en la ingesta de vitamina A. Durante los “Días de Diálogo” mensuales organizados por los trabajadores de salud, los miembros discutían sobre los factores sociales y económicos que influyen la salud y los problemas y soluciones que reflejaban los planes de acción que los trabajadores de salud crearon con los miembros de la comunidad. El estudio encontró además que desarrollar relaciones entre los trabajadores de salud y la comunidad tomaba tiempo y generalmente requería solucionar temas identificados por la comunidad, incluso si no fueran considerados prioridades para los proveedores de salud.

El equipo en Sudáfrica examinó cómo las estructuras de gobernanza en salud de los lugares estudiados afectan a la puesta en marcha de la APS-I. Se encontró que aunque hay estructuras gubernamentales formales de participación a nivel local como los comités de barrios, estos tienen un funcionamiento deficiente. Como resultado, dos de las tres comunidades estudiadas no tenían mecanismos de participación para expresar sus necesidades y preocupaciones en salud, lo que se traduce en necesidades no atendidas. En contraste, la ini-

ciativa en el Cabo Oriental dio respuestas efectivas a las necesidades de la comunidad, principalmente como resultado de un proceso bien establecido que no habría comenzado alrededor de temas de salud, pero que atrajo a las comunidades por un período relativamente largo. El principal reto de la APS-I en Sur África continúa siendo la implementación vertical. La falta de procesos de consulta puede resultar en que el personal socave las reformas de política o en que las implemente selectivamente. Un estudio previo en otras comunidades en Cabo Oriental, por ejemplo, encontró que los gerentes de las clínicas con frecuencia seleccionaron aspectos de la política de APS-I con los que se identificaron o quisieron implementar, interpretando la política de la manera más reducida posible (LEHMANN; MATWA, 2008).

Tres modelos de gobernanza del sistema de salud fueron estudiados por el equipo de Pakistán para identificar cuál era el más propicio para la APS-I y, específicamente, el más conducente al compromiso comunitario con el sistema de salud. Se encontró lo siguiente: en primer lugar, el modelo comunitario (usado en un barrio marginal de 7.000 habitantes) fue efectivo, beneficiando a la comunidad con un conocimiento creciente sobre temas de salud, sus causas y formas de prevención. El modelo permitió a la comunidad tomar decisiones sobre su salud y a esbozar el tipo de programa APS-I requerido. Un sistema de evaluación y seguimiento se implementó a través de la participación activa de la comunidad. En segundo lugar, el institucional (usado en un barrio marginal de 60.000 habitantes) contribuyó de manera similar al comunitario, excepto que la participación de la comunidad era pasiva. El equipo en terreno encargado de proveer APS tomó todas las decisiones respecto a su establecimiento y gestión. La autosuficiencia y el empoderamiento no fueron altos. El sistema de seguimiento simplemente registró la morbilidad y la mortalidad. Finalmente, el modelo co-asociativo (usado en un lugar con población estimada de 85.000 habitantes) se consideró el mejor, presentando un número de ventajas como mayor énfasis en desarrollo social, construcción de capacidades, autosuficiencia y empoderamiento comunitario. El proceso fue consultivo y colaborativo, y el programa estuvo enfocado tanto a la salud como al desarrollo.

Discusión

El entrenamiento es un componente importante en la práctica de los TCS. Un tema a considerarse es su tipo: ¿qué tanto entrenamiento en atención en salud (las responsabilidades del cuidado primario proveído por el TCS en muchos de los países estudiados) debe incluirse? y ¿qué tanto entrenamiento en trabajo social, desarrollo comunitario y en prácticas de empoderamiento comunitario debe incluirse? El empoderamiento es un elemento importante en el trabajo de los TCS estudiados, pero está de alguna manera limitado por el requerimiento que muchos TCS deben prestar atención primaria directamente. El interrogante sobre el balance en el entrenamiento hace referencia a la responsabilidad dual de los TCS respecto a su papel – ante el sistema de salud formal (como consecuencia, conocimiento en atención primaria es requerido) pero también ante las comunidades que sirven (en consecuencia, habilidades en empoderamiento comunitario son esenciales). Ambos tipos de entrenamiento son necesarios pero generalmente se hace énfasis en el conocimiento en atención en salud, más que en las habilidades de empoderamiento comunitario. Los TCS podrían estar mejor capacitados para administrar mejor su doble responsabilidad cuando esta sea entendida por el sistema de salud formal, principalmente por sus gerentes (cuando son empleados formalmente) o financiadores (cuando son empleados informalmente o contratados para programas específicos).

Mientras nuestros estudios demuestran la importancia fundacional de los TCS en un sistema de APS Integral, dos temas permanecen pendientes e inconclusos: el estatus de los TCS en los sistemas de salud, y si deben pugnar por formalizarlo y convertirlo en una profesión regulada, como los *behvarz* en Irán. Existen puntos de vista a favor y en contra de la formalización, aunque es importante que los sistemas de salud formales desarrollen en sus políticas un reconocimiento explícito de los TCS, lo que podría incluir la consideración de un entrenamiento mínimo o criterios de experiencia para su designación como TCS en los sistemas de salud formales. El otro tema importante tiene que ver con si los TCS deben ser voluntarios o remunerados; si los estudios propios dan evidencia y argumentan a favor de ambos.

Como trabajadores remunerados, sus posibilidades aumentan para conectarse con el sistema de salud formal (u otra protección social), aumentando también las demandas de rendición de cuentas a estos sistemas con una posible pérdida de capacidad de respuesta a las comunidades locales. No obstante, este riesgo no es automático y puede ser manejado si los sistemas de servicio social y de salud comprenden bien la doble responsabilidad de los TCS; además, si la proporción de TCS es muy baja, las demandas del programa y de la prestación de servicios pueden menguar los esfuerzos de los TCS en comprometerse con solicitudes desde la comunidad.

Los modelos de dos niveles en Etiopía y Kenia (donde hay un alto nivel de TCS asalariados – los TSEs y los TCSEs respectivamente – que supervisan a los voluntarios) pueden ayudar a superar este problema. Por otra parte, si las acciones sobre los determinantes sociales de la salud identificados por la comunidad son considerados parte del mandato del sistema de salud, debe evitarse ligar el pago a productos (como se evidenció en el estudio ASAS), en la medida que ligar el pago al servicio crea incentivos para la prestación de servicios médicos y desincentivos para las acciones de respuesta de las comunidades. El voluntariado en los servicios de salud comunitaria existe y ha penetrado en varias esferas en diferentes países e incluye la participación en educación gestionada por el sistema de salud y en la promoción y cobertura de los programas. El trabajo como voluntario se usa con frecuencia como un escalón para llegar al empleo formal. Debido a que la financiación de los programas de salud comunitaria puede ser sometida a presión fiscal, puede aparecer la tendencia desde los sistemas formales de explotar este voluntariado, evidenciando un tema importante de igualdad de género, pues los voluntarios son generalmente mujeres. No hay respuesta inequívoca sobre voluntariado/remuneración, aparte de la necesidad de una conciencia cuidadosa y explícita de género, equidad y otros temas de empleo inherentes en cualquier dependencia en una fuerza de trabajo basada en TCS voluntario (o mal pago).

Varios de los estudios advirtieron la existencia de estructuras formales de participación dentro de los sistemas de APS-I estudiados, aunque no todas fueron efectivas y, sólo cuando funcionaban correctamente,

hubo evidencias de retornos en términos de resultados en salud o en el uso de las instalaciones de salud. Es difícil identificar una plantilla para estructuras funcionales dado que dependerá del contexto local. La participación formal se da generalmente a partir del involucramiento en juntas directivas y comités de proyectos o programas, o atendiendo consultas de los servicios de salud y de otros entes gubernamentales. Hay una rica historia de estudio de caso sobre participación comunitaria en salud. Algunos comentarios resumidos, similares a aquellos surgidos de los estudios de APS-I, capturan bien la esencia de esta historia:

- asegurar múltiples formas de participación;
- prestar atención a la creación de nuevas acciones y no solo a las reuniones (las comunidades florecen, prosperan, en la acción pero mueren en un comité);
- organizar la participación alrededor de la programación y sedes de miembros de la comunidad y no de instalaciones de salud y de su personal pago;
- reconocer y responder a las barreras (incluyendo la 'dependencia' o 'indefensión aprendida/impotencia') que las comunidades marginales o sus miembros frecuentemente enfrentan;
- consultar solo cuando es necesario y no como una forma de dilación de la acción;
- responder de manera oportuna a los rumores o a las situaciones de la comunidad que afectan decisiones de las políticas y los programas del sistema de salud.

Estos preceptos también capturan el novedoso hallazgo de Pakistán: la co-asociación era más efectiva y comprensiva que el modelo comunitario de abajo hacia arriba. Esta no fue la hipótesis inicial de investigación del equipo, la cual fue que el modelo comunitario tenía un mejor rendimiento que los otros dos tipos. Aunque no se elaboró completamente, es probable que el modelo de co-asociación fuera más efectivo precisamente debido a que combina las fortalezas del modelo

institucional (notablemente con recursos sostenibles y predecibles y el uso de conocimiento 'experto'), junto a aquellos del modelo comunitario (ciudadanía movilizadora, fuerte conocimiento local y sentido de pertenencia). Incluso el modelo de Kenia, aunque más vertical, mostró elementos de compromiso activo de abajo hacia arriba.

Como advirtió el caso Sudafricano, una aproximación completamente vertical (incluso en un sistema de APS progresivo o potencialmente empoderador) puede llevar a su implementación selectiva, a menos que haya además demanda organizada. En efecto, el compromiso exitoso de la relación gobernanza/comunidad depende tanto de la oferta (recursos institucionales y conocimientos) como de la demanda (ciudadanía movilizadora). El dilema surge cuando no hay demanda, instancia en la que la parte de la 'oferta' trabaja con miembros de la comunidad para organizar la demanda, que es una función que remite a la importancia de TCS socialmente enfocados y bien apoyados.

Conclusiones

En 2008 la OMS y la mayoría de sus estados miembros se comprometieron a revitalizar la APS y a centrar la estrategia en el desarrollo de sus sistemas de salud (THE LANCET, 2008a). A pesar de las tensiones y contradicciones en las diferentes interpretaciones de APS, el presente proyecto de investigación multicéntrico encontró evidencia de iniciativas que priorizan los enfoques comunitarios, notablemente el uso de trabajadores comunitarios en salud y los esfuerzos que involucran a los miembros de la comunidad en el proceso de toma de decisiones. Estos ejemplos estuvieron presentes cuando existieron estructuras funcionales de representación comunitaria y cuando simultáneamente se daba soporte técnico vertical en términos de entrenamiento, incentivos, y apoyo. Hallazgos indirectos de estos estudios (no reportados en este artículo) sugieren que este compromiso comunitario es importante en mejorar los resultados en salud, aunque la atribución a las mejorías al nivel de población permanece metodológicamente vaga. ■

Referências

- ACOSTA, N. *et al.* Comprehensive Primary Health Care (CPHC) in South America: Contexts, Achievements and Policy Implications. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 10, p. 1875-1890, 2011.
- BRUGHIA, R. Global Health Initiatives and Public Health Policy. In: HEGGENHOUGEN, K.; QUAH, S.R. (Org). *International Encyclopedia of Public Health*. San Diego, CA: Academic Press, 2008, p. 72-81.
- CASSELS, A. Health sector reform: key issues in less developed countries. *Journal of International Development*, S.L., v. 7, n. 3, May/Jun. p. 329-347, 1995.
- COMMISSION ON SOCIAL DETERMINANTS OF HEALTH. *Closing the Gap in a Generation: health equity through action on the social determinants of health*. Commission on Social determinants of health. Final report of the commission on social determinants of health. Geneva: World Health Organization, 2008.
- FEDERAL MINISTRY OF HEALTH. *Planning and Program Department: Health Sector Development Program III (2005/6-2009/10)*. Addis Ababa: Federal Ministry of Health, 2005.
- HOADLEY, J.S. The Rise and Fall of the Basic Needs Approach. *Co-operation and Conflict*, Karlstad, Sweden, v. 16, n. 3, p. 149-164, set. 1981.
- JAVANPARAST, S. *et al.* Community Health Workers' Perspectives on Their Contribution to Rural Health and Well-Being in Iran. *American Journal of Public Health*, Washington, DC., v. 101, n. 12, p. 2287-2292, dez. 2011.
- LEHMANN, U.; MATWA, P. *Exploring the Concept of Power in the Implementation of South Africa's New Community Health Worker Policies: a case study from a rural sub-district*. EQUINET Discussion Paper 64. Harare: EQUINET/CHP, 2008.
- LEHMANN, U.; SANDERS, D. *Community Health Workers - what do we know about them? A Policy Brief*. Evidence and Information for Policy, Department of Human Resources for Health. Geneva: World Health Organization, 2007.
- NEGUSSE, H.; MCAULIFFE, E.; MACLACHLAN, M. Initial Community Perspectives on the Health Service Extension Programme in Welkait, Ethiopia. *Human Resources for Health*, S.I., v. 5, p. 21, 2007. doi:10.1186/1478-4491-5-21. Disponível em: <<http://www.human-resources-health.com/content/5/1/21>>. Acesso em: 20 abr. 2012.
- RIFKIN, S.B.; WALT, G. Why Health Improves: Defining the Issues Concerning Comprehensive Primary Health Care and Selective Primary Health Care. *Social Science and Medicine*, S.I., v. 23, n. 6, p. 559-566, 1986.
- ROSATO, M. *et al.* Community Participation: Lessons for Maternal, Newborn and Child Health. *The Lancet*, London, v. 372, n. 9642, Sept. 13, 2008, p. 962-971.
- SEGALL, M. District Health Systems in a Neoliberal World: a Review of Five Key Policy Areas. *The International Journal of Health Planning and Management*, S.I., v. 18, n. S1, p. S5-S26, oct./dec. 2003.
- TARIMO, E.; WEBSTER, E.G. *Primary Health Care Concepts and Challenges in a changing world: Alma-Ata revisited*. Geneva: World Health Organization, 1994.
- THE LANCET. Editorial: Margaret Chan puts Primary Health Care Centre Stage at WHO. *The Lancet*, London, v. 371, n. 9627, Mp. 1811, 2008a.
- _____. Editorial: A Renaissance in Primary Health Care. *The Lancet*, London, v. 372, n. 9642, p. 863, 13 set. 2008b.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *The World Health Report 2008*. Primary Health Care - Now More than Ever. Geneva: World Health Organization, 2008.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO); UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND (UNICEF). *Report of the International Conference on Primary Health Care Alma-Ata*, USSR, 1978 September 6-12. Geneva: World Health Organization, 1978.

Recebido para publicação em: Julho/2012
 Versão definitiva em Agosto/2012
 Suporte financeiro: não há
 Conflito de interesse: inexistente