



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD  
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



## 132.<sup>a</sup> SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO

*Washington, D.C., EUA, 23-27 de junio de 2003*

*Punto 4.5 del orden del día provisional*

CE132/13 (Esp.)

9 mayo 2003

ORIGINAL: ESPAÑOL

### **ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN LAS AMÉRICAS: LAS ENSEÑANZAS EXTRAÍDAS A LO LARGO DE 25 AÑOS Y LOS RETOS FUTUROS**

En 1978, la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud celebrada en Alma-Ata definió y otorgó reconocimiento internacional al concepto de atención primaria de salud (APS). La Conferencia identificó a la atención primaria de salud como la principal estrategia para alcanzar la meta de Salud Para Todos en el Año 2000 (SPT-2000), adoptada por los Estados Miembros de la OMS en 1977 (Resolución WHA30.43) y su subsecuente plan de acción. La visión de la APS elaborada en Alma-Ata, expresada en los principios y las recomendaciones contenidos en la Declaración de Alma-Ata y en un conjunto de 22 recomendaciones, marcó el inicio de una nueva estrategia para mejorar la salud colectiva de los pueblos del mundo y el establecimiento de una renovada plataforma de política sanitaria internacional.

En la Región de las Américas, los países hicieron suyos los cuatro principios básicos de la APS reconocidos en la Conferencia de Alma-Ata: i) accesibilidad y cobertura universales en función de las necesidades de salud; ii) compromiso, participación y autosostenimiento individual y comunitario; iii) acción intersectorial por la salud, y iv) costo-eficacia y tecnología apropiada en función de los recursos disponibles. Desde entonces, los Estados Miembros han establecido y puesto en marcha estrategias nacionales de atención primaria basadas en el desarrollo de componentes prioritarios: extensión de la cobertura con servicios de salud y mejoramiento del ambiente; organización y participación de la comunidad para su bienestar; desarrollo de la articulación intersectorial; desarrollo de la investigación y de tecnologías apropiadas; disponibilidad y producción de productos y equipos críticos; formación y utilización de recursos humanos; financiamiento sectorial, y cooperación internacional.

Veinticinco años después del hito histórico establecido en Alma-Ata, las poblaciones de las Américas han acumulado ganancias en salud atribuibles al impacto de las actividades prioritarias de APS en educación y promoción de la salud, alimentación y nutrición, abastecimiento de agua y saneamiento, asistencia materno-infantil y planificación familiar, inmunizaciones, prevención y control de endemias, tratamiento de enfermedades y traumatismos prevalentes, y acceso a medicamentos esenciales. La experiencia colectiva ganada en la puesta en práctica de la atención primaria ha enriquecido la teoría y la práctica de la salud pública a la vez que ha generado nuevos desafíos y prioridades, tanto en el campo de las políticas públicas de salud como en el de las intervenciones sanitarias poblacionales, para el alcance de la equidad en salud, renovando con ello la vigencia del componente redistributivo inherente a la meta de SPT.

Se invita a los Miembros del Comité Ejecutivo a analizar y discutir el presente documento, así como a proporcionar comentarios y sugerencias que asistan a la Organización en la definición de políticas y ejecución de estrategias para la renovación del compromiso con la atención primaria de salud en la formulación e instrumentación de las políticas nacionales de desarrollo de la salud y las correspondientes iniciativas de cooperación técnica internacional.

## CONTENIDO

	<i>Página</i>
Introducción .....	3
Antecedentes .....	4
Impacto de la APS en la salud de las Américas.....	6
Enseñanzas extraídas .....	8
Desafíos para el futuro .....	13
Referencias	

## Introducción

1. En el presente año se cumplen 25 años de la Declaración de Alma-Ata sobre la atención primaria de salud (APS) de 1978, que, junto con la definición de la meta universal de Salud Para Todos en el Año 2000 (SPT-2000), constituyeron la más importante plataforma de política sanitaria de la Organización Mundial de la Salud y de la Organización Panamericana de la Salud, así como de numerosos países de la Región de las Américas y del mundo, por muchos años. En la 30.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud, del año 1977, los Estados Miembros decidieron de manera unánime que el principal objetivo social que debía alcanzarse en sus respectivos países era un nivel de salud para todos sus ciudadanos que les permitiera desarrollar una vida social y económicamente productiva para el año 2000.
2. La atención primaria de salud, como fuera definida en el punto VI de la Declaración de Alma-Ata, fue adoptada casi universalmente como la estrategia esencial para alcanzar la meta de SPT-2000 y constituyó, desde aquella fecha, la piedra angular en la reorientación y reestructuración de muchos sistemas de salud. Según esta definición original, la atención primaria de salud es “la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada etapa de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación”.
3. Pasado un cuarto de siglo no puede soslayarse la trascendencia histórica de dicha Conferencia y de las definiciones, compromisos y mandatos que produjo. Es necesario resaltar su contribución tanto a la conceptualización de la APS como a la legitimidad política que le dio al vincularla orgánicamente a la SPT-2000.
4. Muchas cosas han cambiado en el mundo y en cada uno de nuestros países desde 1978. Los contextos económicos, políticos y sociales se han modificado no sólo como consecuencia de los procesos históricos nacionales, sino, y de manera creciente, por la configuración de un mundo cada vez más interdependiente y sujeto a vertiginosos cambios en todas las dimensiones de la vida humana. Han cambiado los patrones epidemiológicos y los perfiles demográficos de las poblaciones, en un marco de mayor exposición a riesgos y transformaciones en el ambiente social y económico. Se han experimentado también importantes cambios en los sistemas de salud, en las funciones del Estado y en el protagonismo de los ciudadanos ante la responsabilidad por el cuidado de su salud.
5. En todo ese complejo proceso, la APS y la SPT-2000 han estado presentes, con diferente grado de protagonismo en cada caso y en cada país, como un referente político y ético en el centro de las definiciones que los gobiernos y las sociedades han debido afrontar.

6. Los valores que sustentan la APS y la SPT-2000 siguen vigentes y muchos de los problemas y desafíos que las originaron están todavía por ser superados. Esta es otra razón, además de la importancia de la efemérides, para un ejercicio de balance, reflexión y proyección al futuro. Es una oportunidad para pensar sobre la vigencia y pertinencia de la APS y la SPT-2000 de cara a los desafíos que nuestros países y el mundo confrontan, algunos de los cuales se recogen en los Objetivos de Desarrollo del Milenio, el Programa 21, las resoluciones de la Cumbre de Johannesburgo y, de manera casi unánime, en las constituciones políticas de los Estados Miembros de la Organización Panamericana de la Salud.

### **Antecedentes**

7. A fines de la década de los setenta, más de la mitad de la población en el mundo no recibía una atención de salud adecuada, según señalaba el punto V de la Declaración de Alma-Ata. En la Región de las Américas, esta condición se había convertido en una gran preocupación de los gobiernos, las sociedades y la Organización Panamericana de la Salud.

8. En la III Reunión Especial de Ministros de Salud, realizada en Santiago de Chile en 1972, se llegó a la conclusión de que los servicios de salud no lograban hacer llegar sus beneficios a toda la población. Se estimaba que un tercio de la población de la Región no tenía acceso a servicios de salud. Esto generó la política de ampliación de la cobertura para resolver lo que en aquella época se llamó crisis de accesibilidad. La baja accesibilidad era considerada la más importante de las llamadas crisis que afrontaban los sistemas de salud (crisis de costos, de eficacia y de acceso).

9. El contexto económico era también crítico. La gran mayoría de los países confrontaba con dificultad las consecuencias de la crisis del petróleo de la época, con economías débiles e inestables emergiendo del modelo desarrollista y de sustitución de exportaciones. La población empezaba a ser mayormente urbana, en plena transición demográfica. El contexto político se caracterizaba por dictaduras militares en muchos países y democracias inestables en otros, con algunas excepciones.

10. La década de los setenta estuvo caracterizada, en lo sanitario, por esfuerzos nacionales para ampliar el acceso de la población a los servicios de salud. El advenimiento de la APS y el compromiso de SPT-2000, en la Región de las Américas significó un reforzamiento de las políticas y estrategias para la ampliación de la cobertura en toda la Región.

11. Debe señalarse que en la organización de servicios de la época predominaban los enfoques centralistas. Sin embargo, la política de ampliación de la cobertura, los enfoques de planificación vigentes (el llamado modelo CENDES-OPS, con su criterio de apertura programática local), y sobre todo la APS promovieron el progresivo fortalecimiento de

unidades de servicios y de la capacidad local (que en varios países tomara la denominación de nivel primario de atención), y que posteriormente servirían de base a nuevos enfoques de políticas sociales.

12. La década de los ochenta se caracterizó por un panorama regional muy difícil, con un escaso crecimiento del ingreso nacional, disminución de las tasas de inversión, déficit sostenidos de las balanzas de pagos, elevada deuda externa y recrudecimiento de las presiones inflacionarias. En ese contexto, la estrategia de APS marcó la principal orientación de las políticas de salud en los países de la Región. No obstante, hay que destacar que el sector de la salud de la mayoría de los países se caracterizaba también por falta de coordinación interna y con los otros sectores, déficit de recursos financieros y débil participación de la población en las decisiones, entre otros problemas.

13. Durante esta década, los progresos de las metas sanitarias fueron menores de lo previsto. En el contexto general de los sistemas de salud, al revés de las declaraciones y compromisos asumidos, la importancia real que se asignó al “nivel primario” fue menor que la otorgada a los otros niveles de la organización de servicios. El grueso de los gastos públicos se siguió concentrando en los hospitales.

14. Hacia la segunda mitad de la década de los ochenta, los países decidieron fortalecer el papel de la APS como uno de tres ejes que había que desarrollar. En 1988, el 33.º Consejo Directivo de la OPS aprobó la Resolución XV referida al desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud. En el marco de los conceptos y estrategias para el desarrollo de sistemas locales de salud, se le asignó mayor importancia relativa al nivel primario de atención. El énfasis en la descentralización, participación social, desarrollo de nuevos modelos de atención y desarrollo de capacidad gerencial como condiciones para el desarrollo de sistemas locales de salud, significó un impulso para resaltar el papel de la APS en la organización de los sistemas nacionales de salud.

15. La puesta en práctica de la estrategia de APS en la Región de las Américas se caracterizó por su heterogeneidad y sus discontinuidades. En el plano conceptual, la APS ha estado sujeta desde un inicio a diferentes interpretaciones que reflejan perspectivas políticas y sanitarias divergentes.

16. La definición original de APS la planteaba de manera implícita como una estrategia para el desarrollo de la salud, así como también un nivel de atención de servicios de salud. En las Américas, la atención primaria de salud fue adoptada y adaptada por cada país de acuerdo a sus propias realidades y condiciones sanitarias y socioeconómicas. Bajo tal perspectiva, numerosos países han concebido la APS como el nivel primario de atención, es decir, como el punto de contacto con la comunidad y puerta de entrada de la población al sistema de salud. Esta concepción ha tendido a predominar en países que han alcanzado niveles de cobertura de los servicios básicos de salud adecuados.

17. En otra perspectiva —en el contexto de una atención a la salud segmentada, crecientemente basada en el desarrollo tecnológico y la especialización, pero con amplios sectores sociales excluidos de este modelo— en algunos países se ha considerado que la APS es una estrategia para una atención sanitaria basada en principios de justicia social. La APS ha sido visualizada como la posibilidad de brindar atención de salud a las poblaciones pobres y marginadas, sin acceso a servicios.

18. En otra dirección del desarrollo de la APS se concibe al médico o a la enfermera generalista como los guardianes o encargados de gestionar el acceso al sistema de salud. Es una visión que valora la capacidad de la unidad y del personal para manejar una amplia variedad de problemas de salud que constituyen la mayoría de las causas de demanda de atención. Se resalta la acción de filtro de los casos que requieren atención especializada por otros niveles de la organización del sistema.

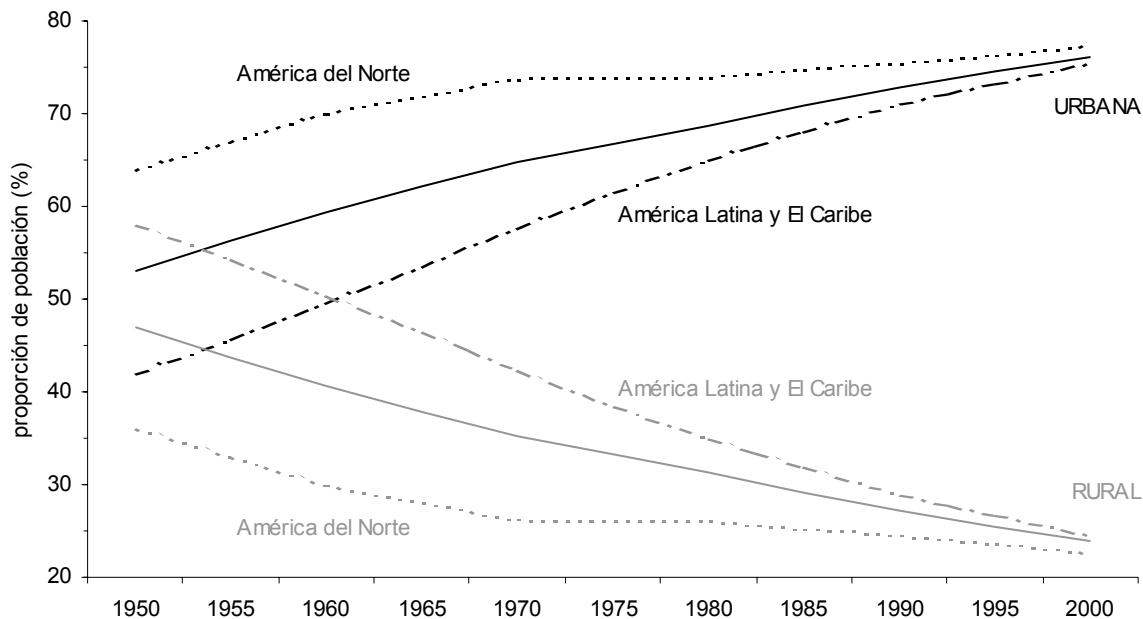
19. En muchos sistemas nacionales de salud, caracterizados por un desarrollo de complejidad creciente, que buscan dar respuesta a poblaciones con características diferentes y con arreglos organizativos donde predomina la segmentación, estas diversas interpretaciones y formas de aplicación coexisten, lo que genera no pocos conflictos y confusiones, con las consecuentes falta de eficacia y de eficiencia.

### **Impacto de la APS en la salud en las Américas**

20. Desde una perspectiva histórica, la estrategia de APS se constituyó en elemento central de las políticas nacionales de salud y las respuestas sectoriales a los problemas de salud en los países de las Américas en los 25 años transcurridos desde Alma-Ata. Los países pusieron énfasis en que "el núcleo conceptual y operacional de la atención primaria es el de obtener el *impacto* deseado en la salud de las poblaciones, con el máximo de eficiencia social y de productividad de los recursos asignados al sector". En tal sentido, la ganancia neta en la esperanza de vida al nacer obtenida en la Región en dicho periodo es un indicador global del impacto positivo en la salud poblacional de la estrategia de APS.

21. Desde 1980 hasta 2000, la población regional se incrementó en 217 millones, alcanzando un total de 833 millones de personas. La tasa de crecimiento demográfico regional es hoy del 1,3% anual, pero la de la población urbana, que representaba el 76% de la población total en 2000, alcanza el 1,7%. La población de 65 y más años crece a un ritmo que supera el 2% anual y la población de 85 y más años, el grupo poblacional de crecimiento más rápido, a un ritmo de 3 a 5% anual. Esta constatación da cuenta de tres tendencias demográficas de especial importancia en el escenario temporal de evaluación del impacto poblacional de la estrategia de APS: el crecimiento poblacional, la urbanización (figura 1) y el envejecimiento demográfico.

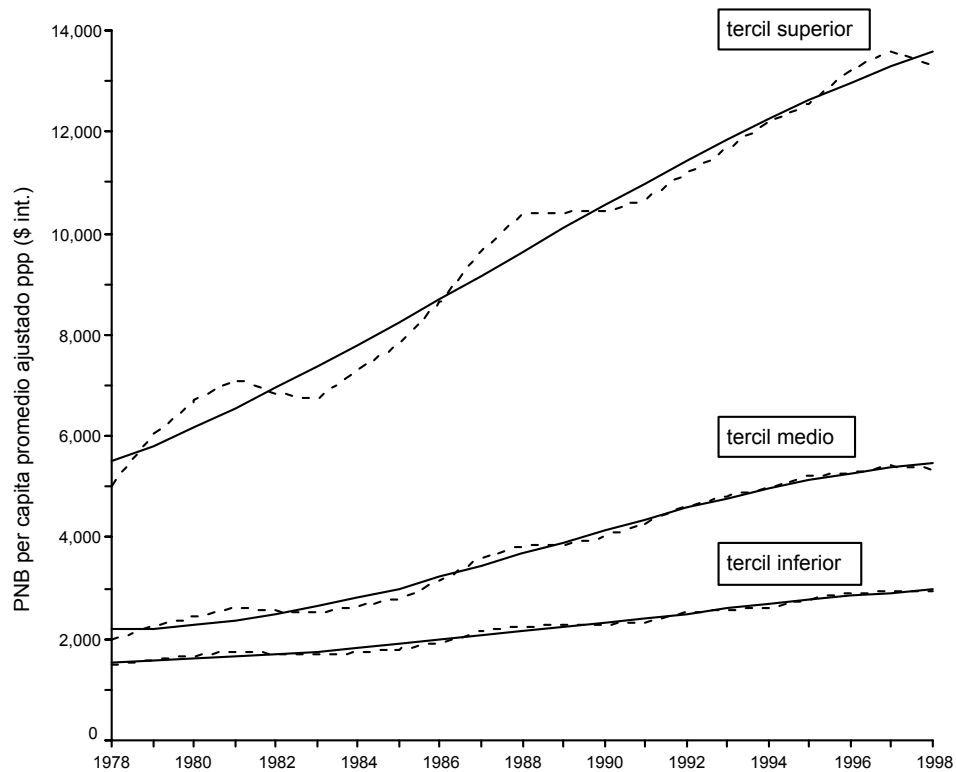
**Figura 1. Evolución de las poblaciones urbana y rural en las Américas; 1950-2000.**



Fuente: La Salud en las Américas, edición 2002. Organización Panamericana de la Salud. Washington DC, 2002.

22. En las últimas dos décadas del siglo XX, los países de las Américas experimentaron un crecimiento económico real, a juzgar por la tasa de crecimiento del producto nacional bruto (PNB) por habitante. Alrededor de 1980, el valor mediano del PNB anual regional por habitante, ajustado por paridad del poder adquisitivo de la moneda, fue de US\$ 2.349 (intervalo de \$1.300 a \$15.000); alrededor del 2000, dicho valor alcanzó \$4.614 (intervalo de \$1.600 a \$25.000); es decir, el nivel de ingreso se duplicó. Sin embargo, esta tendencia macroeconómica favorable no se distribuyó equitativamente, favoreciendo en forma desproporcionada a poblaciones en el tercil de ingreso más alto. Como consecuencia, la brecha de ingreso absoluta entre el tercil poblacional más rico y el más pobre se triplicó, de \$3.551 en 1978 a \$10.361 en 1998 (figura 2). La evolución del contexto socioeconómico durante el periodo de aplicación de la estrategia de APS en las Américas permite ilustrar la presencia y persistencia de desigualdades que hay que tomar en cuenta al evaluar el impacto de la estrategia de APS.

**Figura 2.** Tendencias del crecimiento económico por terciles de ingreso. Región de las Américas; 1978-1998.

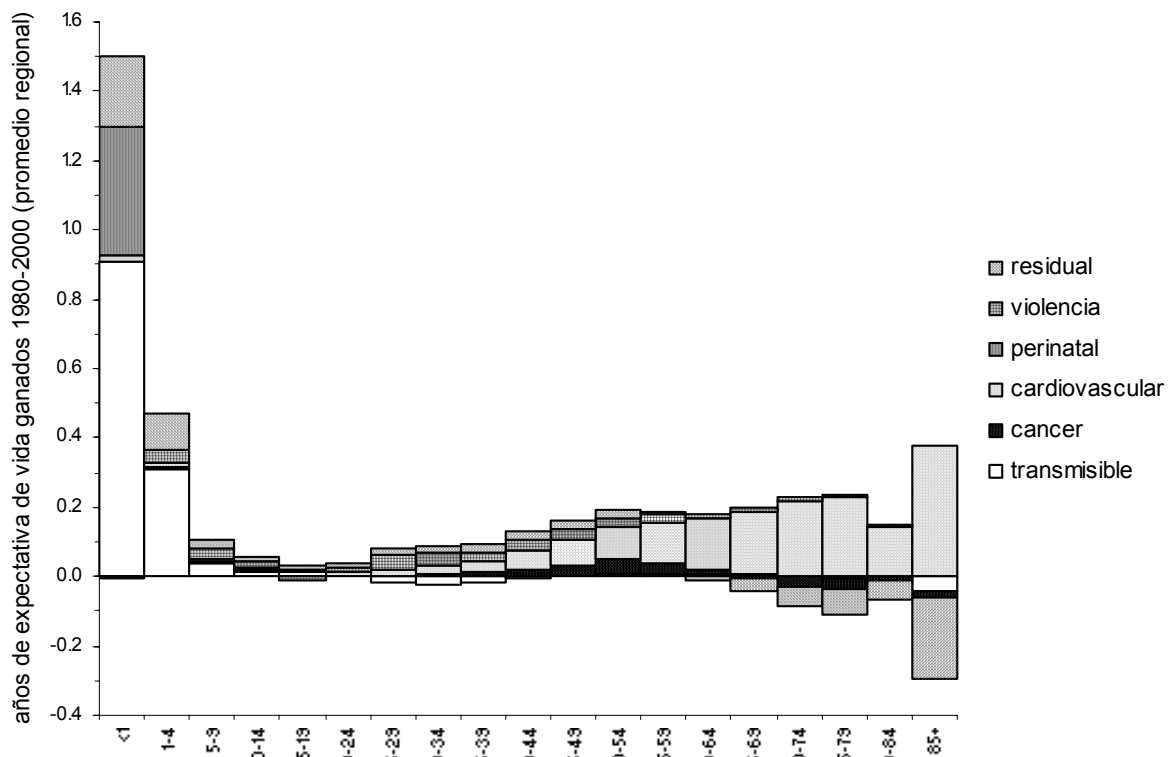


Fuente: La Salud en las Américas, edición 2002. Organización Panamericana de la Salud. Washington DC, 2002.

23. En los 25 años transcurridos desde la Conferencia de Alma-Ata, en las Américas se verificó una reducción del 25% en el riesgo de morir (de 9 a 7 por 1.000 habitantes) y, con ello, la esperanza de vida al nacer en ambos sexos se incrementó, en promedio, 6 años (de 66 a 72 años). Cerca del 50% de este aumento en la esperanza de vida es atribuible a la reducción de los riesgos de morir por causas transmisibles y cardiovasculares experimentada en dicho periodo (figura 3). De hecho, al menos se ganaron dos años de esperanza de vida a nivel regional únicamente por la reducción del riesgo de morir por causas transmisibles (60%) y enfermedades perinatales (25%) en las poblaciones menores de cinco años de edad (figura 4).

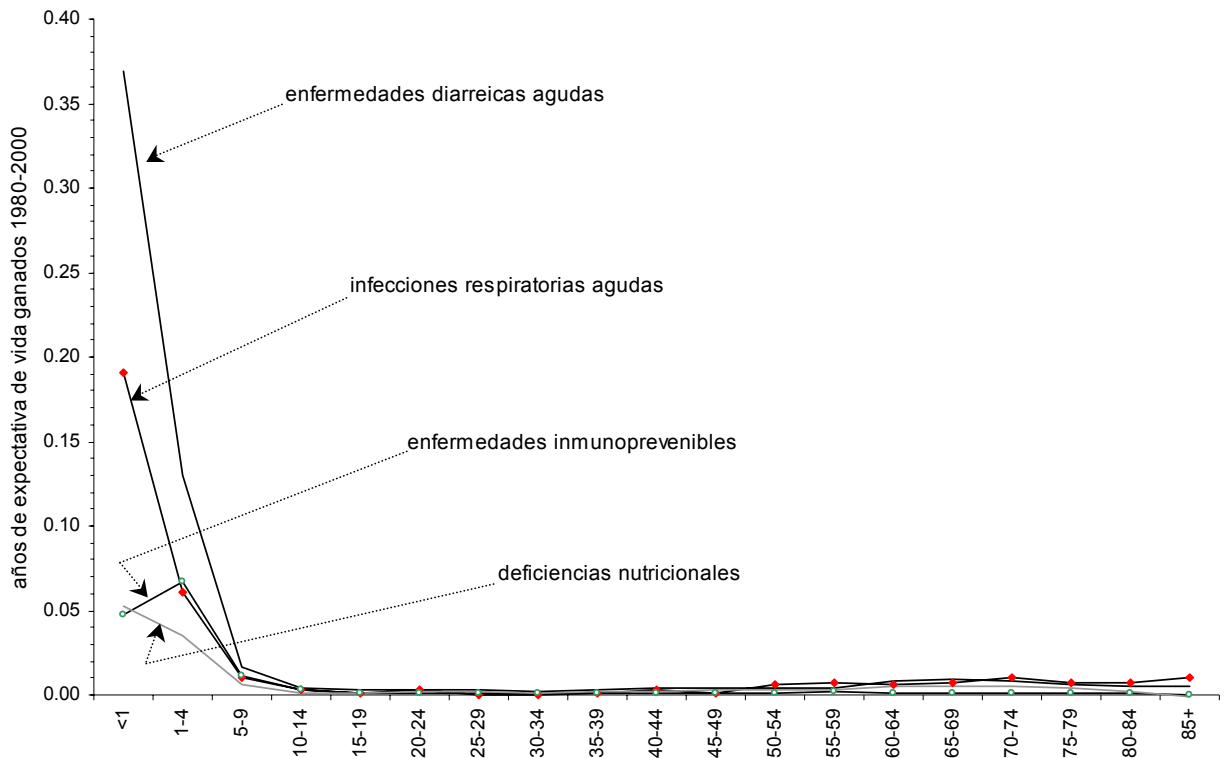


**Figura 3. Impacto en salud poblacional: distribución de la ganancia de expectativa de vida masculina. Región de las Américas; 1980-2000.**



Fuente: La Salud en las Américas, edición 2002. Organización Panamericana de la Salud. Washington DC, 2002.

**Figura 4. Impacto del control de enfermedades prioritarias en APS en la expectativa de vida al nacer; Región de las Américas, 1980-2000.**



Fuente: La Salud en las Américas, edición 2002. Organización Panamericana de la Salud. Washington DC, 2002.

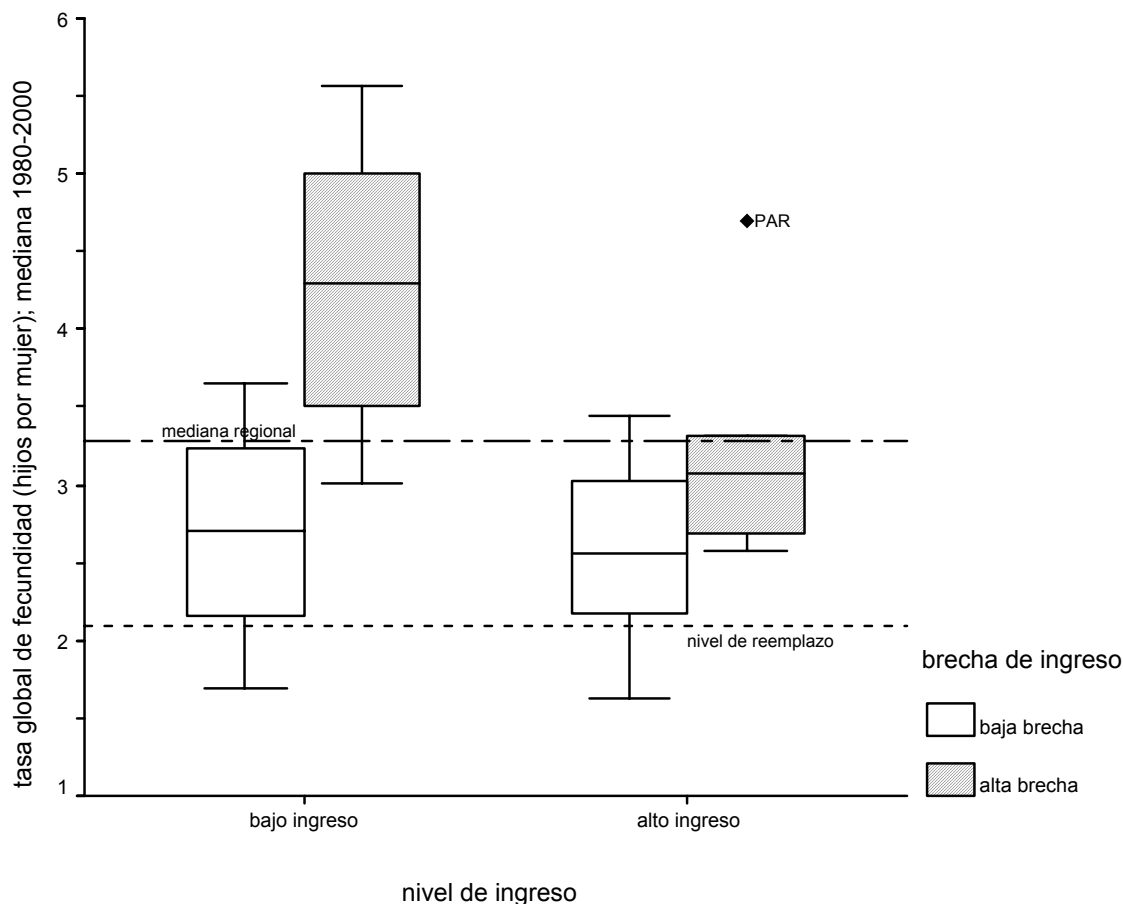
24. El impacto de la estrategia de APS ha sido mayor en aquellos países con menor desigualdad en la distribución de su ingreso, incluso independientemente del nivel absoluto de ingreso; por contraste, el impacto de la APS ha sido mucho menor en países pobres y con alta desigualdad en la distribución de su ingreso. Por ejemplo, se alcanzaron tasas de fecundidad global más cercanas al nivel de reemplazo, indicando un estado de transición demográfica más avanzada, en países con redistribución de ingreso más equitativa y no necesariamente en los países más ricos (figura 5). Aspectos directamente asociados a la ejecución de la estrategia de APS, como el gasto público en salud (figura 6), el acceso a agua potable (figura 7), la atención institucional del parto (figura 8) o el alfabetismo (figura 9), entre otras, ven reflejadas importantes desigualdades geográficas, de género y

socioeconómicas al ser desagregadas por nivel y, sobre todo, por brecha de ingreso. Esta constatación documenta la vigencia de la meta de SPT y la necesidad de incorporar una perspectiva de equidad en la APS, inspiración fundamental de la Declaración de Alma-Ata.

**Figura 5. Distribución resumen de la fecundidad global según grupos de países por nivel de ingreso y brecha de ingreso. Región de las Américas; 1980-2000**

bajo ingreso y baja brecha:

Cuba, Guyana, Jamaica, Perú



bajo ingreso y alta brecha:

Bolivia, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá, República Dominicana

alto ingreso y baja brecha:

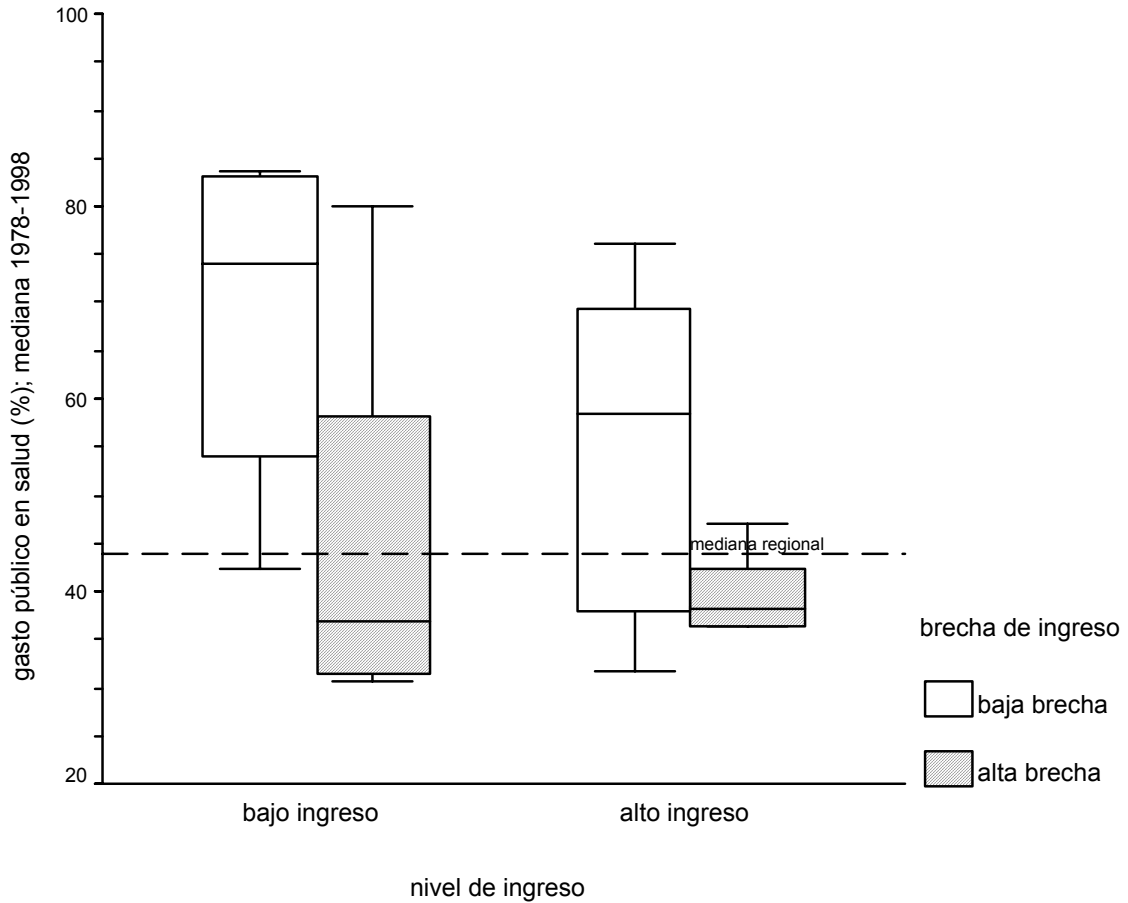
Argentina, Bahamas, Canadá, Costa Rica, Estados Unidos, Trinidad y Tobago, Uruguay, Venezuela

alto ingreso y alta brecha:

Brasil, Chile, Colombia, Mexico, Paraguay

Fuente: La Salud en las Américas, edición 2002. Organización Panamericana de la Salud. Washington DC, 2002.

**Figura 6.** Distribución resumen del gasto público en salud según grupos de países por nivel de ingreso y brecha de ingreso. Región de las Américas; valor mediano 1978-1998

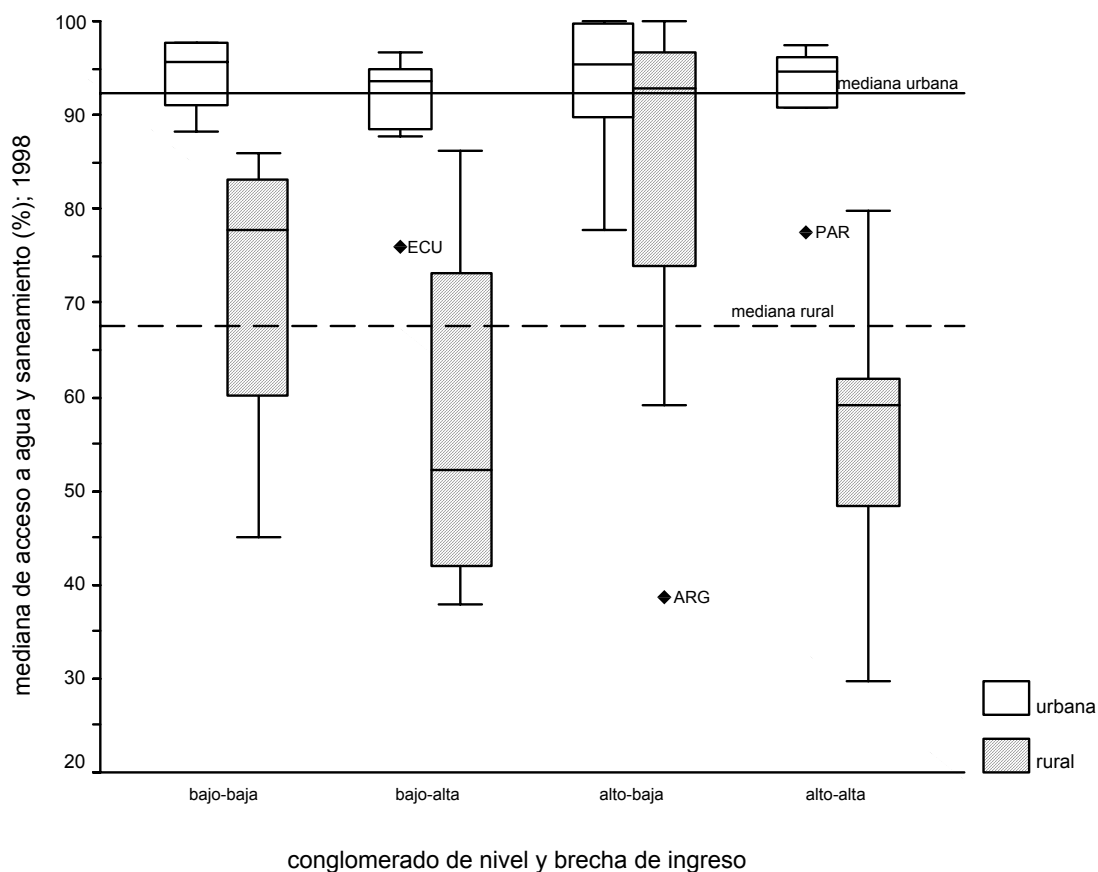


bajo ingreso y baja brecha:  
bajo ingreso y alta brecha:  
alto ingreso y baja brecha:  
alto ingreso y alta brecha:

Cuba, Guyana, Jamaica, Perú  
Bolivia, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá, República Dominicana  
Argentina, Bahamas, Canadá, Costa Rica, Estados Unidos, Trinidad y Tobago, Uruguay, Venezuela  
Brasil, Chile, Colombia, Mexico, Paraguay

Fuente: La Salud en las Américas, edición 2002. Organización Panamericana de la Salud. Washington DC, 2002.

**Figura 7. Distribución resumen de la cobertura de acceso a servicios de agua y saneamiento según grupos de países por nivel de ingreso y brecha de ingreso. Región de las Américas; 1998.**

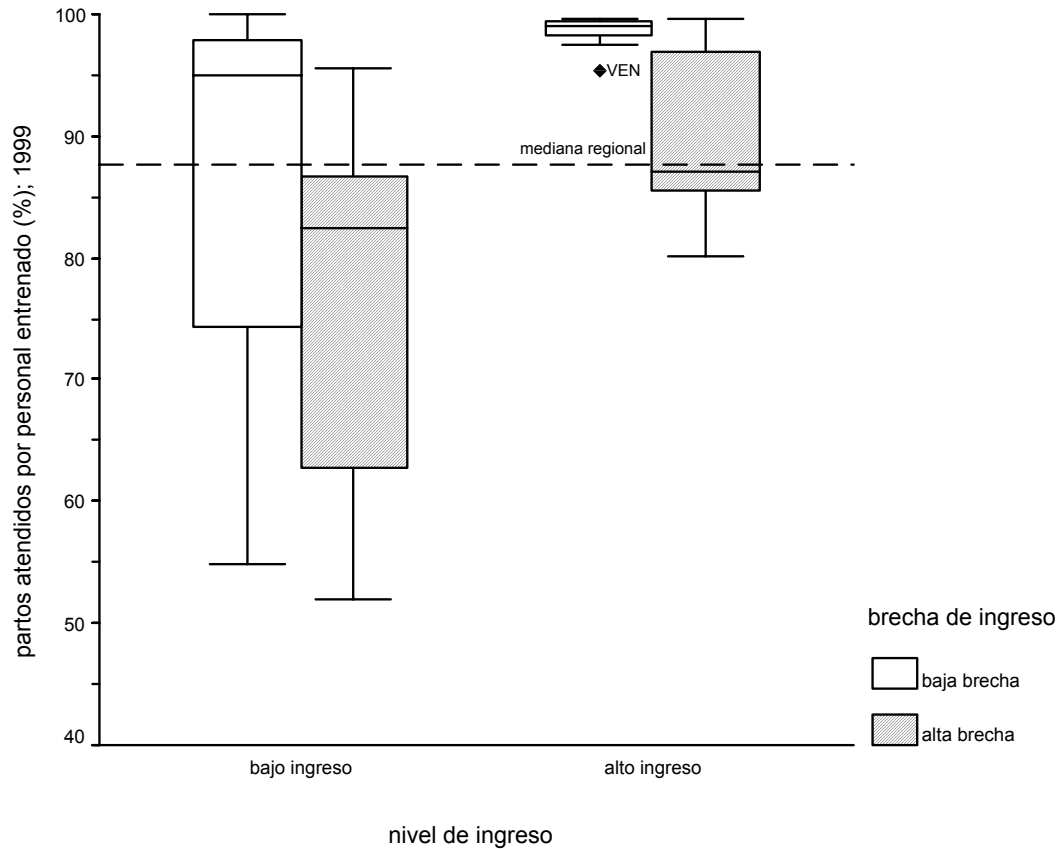


bajo ingreso y baja brecha:  
 bajo ingreso y alta brecha:  
 alto ingreso y baja brecha:  
 alto ingreso y alta brecha:

Cuba, Guyana, Jamaica, Perú  
 Bolivia, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá, República Dominicana  
 Argentina, Bahamas, Canadá, Costa Rica, Estados Unidos, Trinidad y Tobago, Uruguay, Venezuela  
 Brasil, Chile, Colombia, Mexico, Paraguay

Fuente: La Salud en las Américas, edición 2002. Organización Panamericana de la Salud. Washington DC, 2002.

**Figura 8.** Distribución resumen de la cobertura de atención institucional del parto según grupos de países por nivel de ingreso y brecha de ingreso. Región de las Américas; 1999.

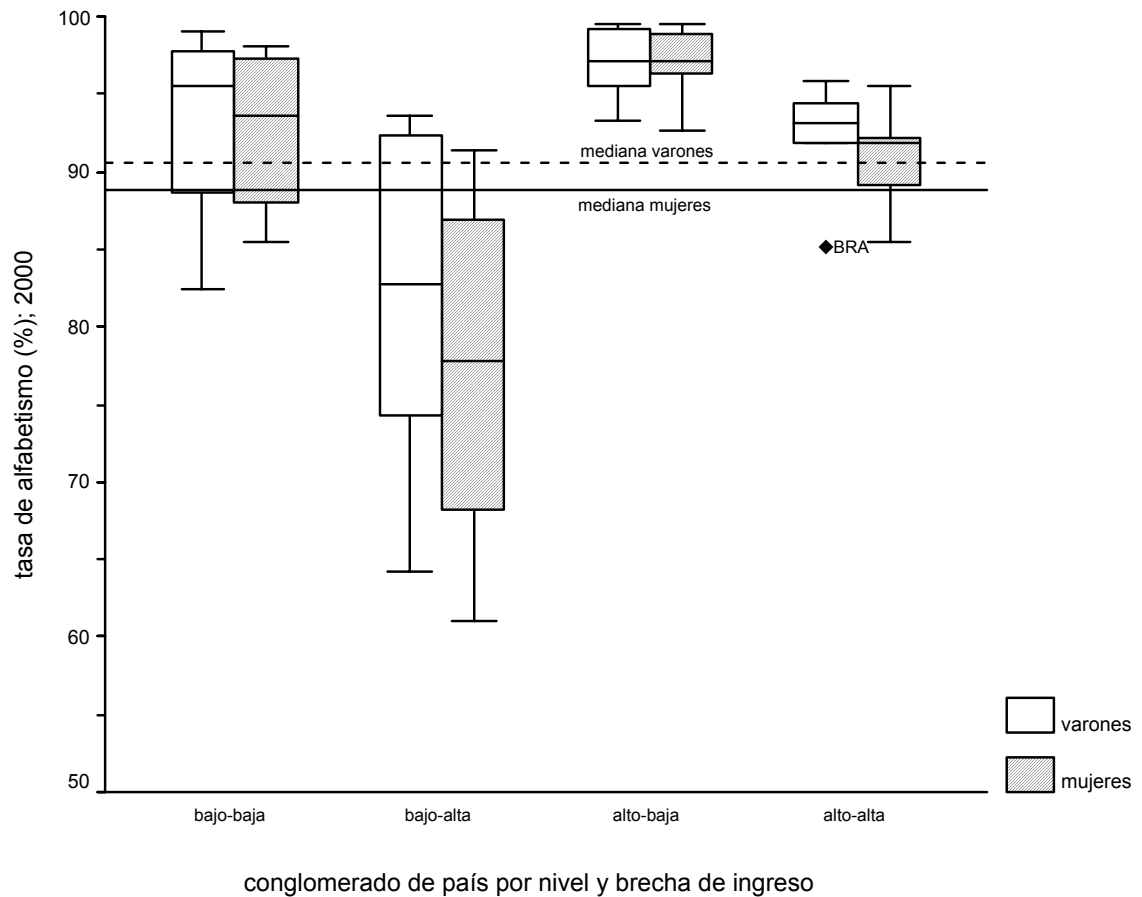


bajo ingreso y baja brecha:  
 bajo ingreso y alta brecha:  
 alto ingreso y baja brecha:  
 alto ingreso y alta brecha:

Cuba, Guyana, Jamaica, Perú  
 Bolivia, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Panamá, República Dominicana  
 Argentina, Bahamas, Canadá, Costa Rica, Estados Unidos, Trinidad y Tobago, Uruguay, Venezuela  
 Brasil, Chile, Colombia, Mexico, Paraguay

Fuente: La Salud en las Américas, edición 2002. Organización Panamericana de la Salud. Washington DC, 2002.

**Figura 9.** Distribución resumen de la tasa de alfabetismo según sexo y conglomerado de país por nivel de ingreso y brecha de ingreso. Región de las Américas; año. 2000



Fuente: La Salud en las Américas, edición 2002. Organización Panamericana de la Salud. Washington DC, 2002.

### Enseñanzas extraídas

25. En la Región de las Américas, la APS se constituyó en una experiencia pionera de desarrollo de políticas de salud. En muchos aspectos, la APS marcó el inicio de un cambio de paradigmas en la práctica de la salud pública. De hecho, la APS ha sido una estrategia central, ya que múltiples iniciativas sanitarias subsecuentes han apuntado a metas dirigidas en el mismo sentido definido ya en la SPT-2000. La APS, al plantear un cambio en el modelo de prestación de servicios, se anticipó a los procesos de reforma sectorial emprendidos en la década de los noventa. Del mismo modo, la APS se adelantó a los procesos de

racionalización al proponer un conjunto de prestaciones esenciales de salud. De manera novedosa, la APS incorporó la participación social y comunitaria y la coordinación intersectorial como componentes estratégicos del cambio en salud. La APS priorizó la promoción de la salud, reivindicando el carácter anticipatorio de la acción sanitaria y desmedicalizando la salud pública. Por encima de todo, la APS mantuvo la preocupación política en la salud como un elemento de integración social, eso es, destacando su universalidad.

26. En diversos grados de amplitud e intensidad, los países de la Región adoptaron la estrategia de APS como marco para el desarrollo de recursos humanos en salud. La APS constituyó un marco de referencia para la adopción e implementación de políticas de reasignación de recursos humanos hacia los servicios de salud comunitaria. Estableció las condiciones y promovió la constitución de equipos multiprofesionales a nivel local, cuyo desempeño conjunto recreó y enriqueció la discusión sobre la interdisciplinariedad. La APS aproximó al personal de salud a la comunidad posibilitando un redimensionamiento del saber técnico y el saber popular en salud y abriendo las puertas al trabajo comunitario. En algunas experiencias el trabajo interdisciplinario y la participación comunitaria facilitaron la definición, desarrollo y evaluación de competencias de atención integral de salud a nivel local, produciéndose una renovación e integración de capacidades clínicas y de salud pública en los equipos.

27. La incorporación de contenidos de APS en los planes de estudio básicos de profesionales y técnicos en salud fue importante en la formación de recursos humanos de enfermería y en menor grado en la de médicos. Estudios recientes indican que buena parte de las escuelas de enfermería de América Latina adoptó la APS como eje curricular e hizo un amplio desarrollo de sus contenidos en la enseñanza. En las escuelas de medicina, en cambio, fue integrada, por lo común, en asignaturas específicas. Se ha abierto una fuerte discusión concerniente al impacto que tuvo en los servicios de salud, la inclusión del componente de APS en la formación básica del personal. Algunas experiencias indican que fue determinante en la producción y organización de servicios de APS y, en cambio, otras muestran que la misma no tuvo los efectos esperados, ni en la reorientación general de la educación, ni en la de los servicios de salud.

28. A la experiencia regional en el desarrollo de la APS se le acreditan en varios países progresos en la ampliación de la cobertura de los servicios básicos de salud con mayor proyección en la comunidad, mayor movilización de recursos y mayor participación de actores comunitarios, como son los programas de inmunizaciones, atención materna e infantil, medicamentos esenciales, educación sanitaria, abastecimiento de agua y saneamiento básico. Sin embargo, aun persiste la falta de equidad en el acceso a los servicios de salud y hay un notable grado de exclusión con relación a los mecanismos de protección social en salud. Tradicionalmente, las poblaciones con menor acceso a los servicios de salud han sido las de bajos ingresos económicos, las que viven en zonas rurales y las que



pertenecen a ciertos grupos étnicos marginados de la sociedad. Más recientemente, se han puesto de manifiesto las dificultades de acceso de la población que vive en los cordones periurbanos de las grandes ciudades. Estas inequidades son causadas por una gran variedad de factores, entre los que figuran las barreras de tipo geográfico, cultural, económico, social y de calidad percibida de los servicios.

29. También la experiencia de la APS ha representado en muchos países de la Región la revisión de sus modelos de atención para incorporar los contenidos preventivos y de educación sobre la salud y de acción comunitaria, incluyendo actividades intersectoriales. Pero aun prevalece el énfasis curativo de los modelos de atención de salud. A pesar de los planteamientos de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad contenidos en la Declaración de Alma-Ata y el llamado a la reorientación de los servicios de salud contenido en la Carta de Ottawa, en la Región todavía predominan los modelos asistenciales de tipo curativo, de especialidad médica y de atención intrahospitalaria. En los establecimientos asistenciales del primer nivel de atención predominan las acciones curativas por delante de las acciones preventivas y de fomento como la educación para la salud y la asesoría sobre la salud. Del mismo modo, las iniciativas de coordinación intersectorial no han logrado plasmarse suficientemente en el quehacer diario de los niveles locales de salud en todos los países. En algunos casos específicos, existe también un hiato entre los servicios de salud de las personas y los servicios de salud pública, entre las actividades promocionales en la comunidad y las clínicas en los establecimientos hospitalarios.

30. Con los cambios en los contenidos, formas y recursos de atención implicados en la aplicación de la APS en la Región, ha emergido la preocupación por el problema de la baja calidad de la atención de salud. Todos los países de la Región enfrentan grandes desafíos en esta materia. Los desafíos incluyen aspectos de calidad técnica y de calidad percibida por los usuarios. Los problemas en la calidad se expresan mediante deficiencias en la eficacia, eficiencia, aceptabilidad, legitimidad y seguridad de los servicios de salud. Sus manifestaciones son múltiples e incluyen, entre otros problemas, la baja resolutivez del nivel primario de atención, la falta de coordinación entre los distintos niveles asistenciales, el uso ineficiente de los recursos, y la insatisfacción de los usuarios con los servicios. La experiencia regional nos señala que parte de los problemas de calidad se deben a los factores condicionantes que impone el modelo de atención de salud.

31. Aún cuando la Región ha puesto énfasis en la incorporación de personal comunitario y de la participación social en la atención sanitaria que es parte del concepto de la estrategia de APS, se reconoce la necesidad de seguir fortaleciendo la participación social en la salud. La Región ha hecho importantes avances en materia de desarrollo de una fuerza de trabajo no médica y de agentes comunitarios y en el fortalecimiento de la participación social en la salud. Sin embargo, estos progresos son insuficientes en muchos de los países de la Región. Todavía existen muchas realidades locales donde la participación comunitaria se restringe a procesos consultivos de carácter esporádico. Del mismo modo, no todos los países de la

Región cuentan con los marcos políticos e institucionales que garanticen la incorporación del personal comunitario, de la medicina tradicional y de una participación social adecuadas.

32. Una limitación enfrentada por la estrategia de APS fue la visión implícita de que los procesos de derrame natural permitirían alcanzar la equidad en salud. Otra limitación se hizo patente en cuanto a la intensidad de las acciones dirigidas no solamente a reducir la fragmentación social sino, fundamentalmente, a alcanzar la integración social. La APS no prestó adecuada previsión a los dramáticos cambios en los perfiles demográficos —particularmente el envejecimiento demográfico— y a la evolución epidemiológica, acontecidos en las Américas en las últimas décadas del siglo pasado. Asimismo, la aplicación de la estrategia no fue acompañada de una estimación apropiada de los costos reales implícitos en el cambio en salud propuesto por la APS y la meta de SPT-2000.

33. La experiencia de aplicación de la estrategia de APS en algunos de los países de la Región nos señala que es posible hacer avances en el acceso equitativo a los servicios de salud mediante:

- a) un fuerte compromiso político de lucha contra las desigualdades en el acceso a los servicios de salud que esté enmarcado dentro de una estrategia nacional de superación de las desigualdades socioeconómicas. Este compromiso es más eficaz cuando adquiere el carácter de política de Estado y no está circunscrito exclusivamente a los esfuerzos de una determinada administración de gobierno;
- b) la asignación de recursos financieros suficientes y de incentivos de todo tipo que sean coherentes con los objetivos propuestos. Además, es necesario aplicar fórmulas de asignación de los recursos que estén basadas en criterios de la necesidad poblacional más que en criterios de la oferta existente de servicios;
- c) mecanismos centrados en la mejora cuantitativa y cualitativa del gasto en salud y en la provisión de servicios de salud a las poblaciones excluidas, y
- d) la profundización de la aplicación de planes de aseguramiento de un conjunto básico de prestaciones de salud, ya sea para la población en general o para grupos de población específicos, que contribuyan a la ampliación de la protección social en salud a partir de un diálogo social.

34. La experiencia regional apunta en la dirección de que es posible reorientar los servicios de salud hacia la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad mediante:

- a) una firme voluntad política para reformular el modelo de atención de salud. En este caso, la transformación del modelo asistencial no sólo implica modificar el contenido de los servicios de salud, incorporando servicios de fomento y prevención, sino también la búsqueda de modelos asistenciales que promuevan la atención ambulatoria, la facilitación de servicios de salud en ambientes no clínicos (por ejemplo, escuelas, lugares de trabajo, domicilio, etc.) y la aplicación de los enfoques familiar y comunitario, que posibilitan un conocimiento adecuado de la realidad física, social, económica y cultural de la población usuaria;
- b) la asignación de las funciones de coordinación intersectorial a nivel de los gobiernos local, regional y nacional, según sea el caso, y
- c) la integración o coordinación de los servicios de salud de las personas con los servicios de salud pública. Aun cuando es cierto que existen muchas acciones de salud pública que no son de la competencia del ámbito asistencial de la salud, existen también muchas instancias en donde ambos tipos de servicios pueden ser potenciados mediante su integración en el nivel asistencial local.

35. Las tendencias mundiales y regionales observadas en estos 25 años, señalan que es posible mejorar la calidad de los servicios de salud mediante:

- a) el desarrollo y aplicación de modelos asistenciales centrados en la familia y la comunidad. Esta tendencia se complementa con la búsqueda de modelos de suministro de servicios de salud más integrales, exhaustivos, coordinados y regulares;
- b) el fortalecimiento de la capacidad de los equipos locales de salud para evaluar y atender las necesidades, expectativas y demandas de salud de la población en el marco de los procesos de descentralización. Al mismo tiempo, se debe procurar fortalecer la capacidad de gestión del cambio en el nivel local (por ejemplo, ajustar la oferta de servicios de salud a los cambios en los perfiles demográfico y epidemiológico de la población usuaria);
- c) el establecimiento de un marco político e institucional que considere e integre las estrategias de garantía de la calidad con las estrategias de mejoramiento continuo de la calidad, y

- d) la motivación adecuada y el desarrollo de las competencias técnicas, clínicas y de salud pública y administrativas del personal de salud. Este esfuerzo debe incluir también las competencias para el trabajo en equipo. Para ello, es necesario revisar y ajustar los planes de formación y capacitación en uso para que incorporen los cambios propuestos.
36. La experiencia regional demuestra que es posible fortalecer la participación social en salud mediante:
- a) el establecimiento de un marco político e institucional que oriente y facilite la incorporación de trabajadores comunitarios y la participación social en las instancias nacionales, regionales y locales;
  - b) la instauración de un proceso que se construye paulatinamente en el tiempo y que requiere que la autoridad sanitaria transfiera poderes de decisión a las instancias de participación social, y
  - c) el desarrollo de modelos de atención y de gestión de la atención de salud que relacione en un continuo integrado los diferentes niveles, programas y agentes de atención.

### **Desafíos para el futuro**

37. Los procesos de monitoreo y evaluación de la meta de Salud Para Todos en el Año 2000 han permitido reconocer importantes avances en la salud de las poblaciones de las Américas atribuibles a la adopción y puesta en práctica de los principios contenidos en la estrategia de atención primaria. Por otro lado, se ha reconocido también la persistencia de condiciones adversas al logro pleno de la meta y, con ello, la necesidad de renovar la vigencia de la SPT como poderosa visión de salud requerida para orientar las políticas sanitarias y lograr niveles de salud que permitan alcanzar una vida social y económicamente productiva para todos los habitantes de las Américas. La renovación de la SPT exige por consiguiente revisar los principios de la APS y reafirmar su adopción como estrategia fundamental para el desarrollo de la salud.

38. La renovación del compromiso con la APS implicará atender modificaciones y ajustes en sus dos grandes acepciones: como ‘enfoque de política’, la APS se ha de visualizar como promotora y sustentadora del desarrollo de políticas de equidad en salud; como ‘nivel de atención’, la APS se debe identificar como eje central del desarrollo de los sistemas de servicios de salud en la Región. En el contexto de las transformaciones acontecidas en las Américas y la renovada perspectiva de Salud Para Todos, la APS tiene un gran potencial como vehículo pertinente para satisfacer cinco desafíos que se le presentan del futuro de la salud de las Américas: i) una intensificación de los esfuerzos dirigidos a garantizar la

universalidad de acceso al tiempo que se da una atención prioritaria a la salud de los grupos menos privilegiados, a la reducción de las desigualdades en salud y en los sistemas de atención de salud; ii) una mejoría general de la salud de la población, con reducciones significativas de los riesgos de muerte infantil y materna, aumento en la esperanza de vida y mejoría de la calidad de vida; iii) una atención de salud, bajo una red de servicios de calidad y eficacia, que satisfaga a individuos, familias y comunidades y en la cual participen todos ellos, iv) el desarrollo articulado de los diversos proveedores de la atención en salud, y v) el fortalecimiento de la infraestructura y de las capacidades institucionales para el desempeño adecuado de las funciones esenciales de salud pública.

39. Elementos de contexto particularmente pertinentes para la renovación de la estrategia de APS en las Américas son las transformaciones en los perfiles demográficos y epidemiológicos en la Región. En particular, la urbanización y el envejecimiento demográfico; las enfermedades crónicas, violencia y discapacidades; el SIDA y otras enfermedades emergentes; la vulnerabilidad a desastres y a otras circunstancias de impacto ambiental; la diversidad cultural, étnica, de género, de modos de vida y el impacto de otros macrodeterminantes de la salud; la descentralización político-administrativa; los cambios en los modelos de atención y de gestión de los servicios de salud, y la diversificación de las respuestas sanitarias tradicionales.

40. En el marco mayor de la APS como estrategia de desarrollo orientada a mejorar las condiciones de vida de las comunidades, reducir la carga de enfermedad y favorecer el acceso equitativo de la población a la atención de salud con servicios y recursos de calidad, eficiencia y eficacia, los principios de la APS requieren ser alineados, armonizados y ajustados a los Objetivos de Desarrollo del Milenio. Por su capacidad de fortalecimiento de los servicios de salud, la APS puede constituirse como una estrategia básica para el logro de estos objetivos internacionalmente acordados.

41. En forma análoga, se hace necesario vincular el desarrollo de la estrategia de APS con el desempeño de las funciones esenciales de salud pública, tanto en los planos operativos como en el plano normativo —rectoría en salud— de la autoridad sanitaria en los niveles nacionales. De manera particular, se destaca la importancia estratégica del mantenimiento de los sistemas de información y vigilancia de la salud, el fortalecimiento de la capacidad institucional de análisis de la salud, la producción de inteligencia sanitaria para la gestión y el monitoreo y evaluación de intervenciones demográficas, y el apoyo a la capacitación de los recursos humanos en los equipos locales de salud.

42. En este contexto, las líneas principales de acción de la estrategia renovada de APS deberán de ser profundizadas como ejes de la política corporativa de la OPS, al mismo tiempo que se renueve el compromiso en los Estados Miembros con esta ayuda para la acción que resulta fundamental para el mejoramiento de la salud de los habitantes del Continente.

## Referencias

Organización Panamericana de la Salud. *Salud para Todos en el año 2000: estrategias*. Documento Oficial N° 173; Washington, DC, 1980.

World Health Organization. *Primary health care concepts and challenges in a changing world: Alma-Ata revisited*. WHO/SHS/CC/94.2. Geneva, 1994.

Organización Panamericana de la Salud. *Las Condiciones de Salud en las Américas*, edición 1994. Washington, DC, 1994.

Organización Panamericana de la Salud. *Tercera evaluación de la aplicación de la estrategia de Salud Para Todos en el Año 2000*. Documento Oficial CD40/24. Washington, DC, 1997.

Organización Panamericana de la Salud. *La Salud en las Américas*, edición 1998. Washington, DC, 1998.

Organización Panamericana de la Salud. *Simposio sobre estrategias nacionales para la renovación de Salud para Todos*. Informe Técnico OPS/DAP/98.3.39. Washington, DC, 1998.

Organización Panamericana de la Salud y Universidad de Chile. *Revisión de las políticas de atención primaria de salud en América Latina y el Caribe: informe final*. Santiago de Chile & Washington, DC, 2002.

Organización Panamericana de la Salud. *La Salud en las Américas*, edición 2002. Washington, DC, 2002.