



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



44.º CONSEJO DIRECTIVO

55.ª SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL

Washington, D.C., EUA, 22 al 26 de septiembre de 2003

Punto 4.6 del orden del día provisional

CD44/9 (Esp.)

18 julio 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.

El Comité Ejecutivo aprobó la resolución CE132.R5 que ahora se somete a la consideración del Consejo Directivo.

CONTENIDO

	<i>Página</i>
Introducción	3
Antecedentes	4
Impacto de la Atención Primaria de Salud en la salud de las Américas.....	6
Enseñanzas extraídas	8
Desafíos para el futuro	13
Intervención del Consejo Directivo	15
Referencias	
Anexo: Resolución CE132.R5	

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.^a 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, 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. La década de los setenta se caracterizó, en lo sanitario, por los 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.

10. El contexto económico era crítico. 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.

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 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 resaltó 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. Ante algunos intentos de reducir la estrategia de APS a un conjunto de intervenciones simplificado y de bajo costo, llamada APS “selectiva”, la visión prevalente en la región es contraria a esa visión y categórica: APS no es un paquete de “intervención limitado para la gente pobre”, sino la estrategia básica de los sistemas para el logro de mayores cobertura y equidad.

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 se podría considerar un indicador indirecto sobre la influencia positiva 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: crecimiento poblacional, urbanización y envejecimiento demográfico.

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. 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.

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. 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.

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. Aspectos directamente asociados a la ejecución de la estrategia de APS, como el gasto público en salud, el acceso a agua

potable, el parto atendido por personal capacitado o el alfabetismo, entre otros, 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.

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. 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.

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 y abrió 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 mayor en la formación de recursos humanos de enfermería que 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 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 una falta de coordinación 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. 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, 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. La expectativa inherente de que la estrategia de APS iba a diseminar naturalmente los beneficios de salud de forma equitativa, no ocurrió. Del mismo modo, otra limitación fue asumir que la integración social sería alcanzada mediante la implantación de intervenciones dirigidas a reducir la fragmentación 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 sostenibles y 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 de prestaciones de salud garantizado, 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 estrategias de promoción 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 y la comunidad para evaluar y atender las necesidades, expectativas y demandas de salud de la población en el marco de los procesos de descentralización. Esto requiere un esfuerzo sostenido tanto para desarrollar y mejorar las aptitudes del personal, mediante acciones educativas, como para la generación y sostenimiento de sistemas de incentivos para atraer y mantener personal de buena calidad en la práctica sanitaria en los niveles locales de atención. 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 programas de desarrollo de recursos humanos y prácticas gerenciales actuales 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. Los valores que sustentaron hace 25 años la definición de la meta de SPT y la estrategia de APS siguen vigentes, así como muchos de los problemas y desafíos que les dieron origen. Sin embargo la realidad sanitaria y su contexto han cambiado en muchas de sus dimensiones esenciales. 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; y como ‘nivel de atención’, la APS se debe identificar como eje central del desarrollo de los sistemas de servicios de salud en la Región.

39. 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 el estatuto de ciudadanía en salud y 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.

40. 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 macro determinantes 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.

41. 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 la equidad en salud, 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.

42. Un balance de más de una década de procesos de cambio (reformas sectoriales) de los sistemas de salud en la Región permite identificar un conjunto de objetivos no alcanzados y cuestiones no abordadas en su plenitud. Estas asignaturas pendientes configuran una nueva agenda de las reformas en el futuro cercano y un nuevo marco político para la estrategia de APS y en el cual su contribución debe ser esencial. La lucha contra las inequidades en salud, la transformación de los modelos de atención hacia la promoción y la prevención, el aseguramiento de modos solidarios de financiar la atención, la institucionalización de sistemas de protección social en salud, el desarrollo de recursos humanos de calidad y la construcción de una capacidad rectora eficiente y efectiva para la dirección y la gestión del desarrollo sanitario, enmarcan el futuro escenario político y estratégico para la APS.

43. 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.

44. 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 estrategia para la acción fundamental para el mejoramiento de la salud de los habitantes del Continente.

45. El cumplimiento de los 25 años del lanzamiento de APS es una oportunidad adecuada para una reflexión colectiva sobre la experiencia acumulada en la región y para una mirada al futuro inmediato, considerando la validez y la vigencia de APS para enfrentar los nuevos desafíos. El Secretariado propone a los Estados Miembros que en todos los niveles de los sistemas de salud y en diversos ámbitos de la sociedad se

promueva y desarrolle un proceso de un año de duración, que iniciándose en la ocasión del Consejo Directivo del presente año culmine en setiembre del año 2004. Este proceso se orientará no sólo a la conmemoración de la efemérides, sino a la reflexión, al análisis y al debate amplio y democrático tanto sobre las contribuciones como sobre los problemas y limitaciones de la puesta en práctica en la Región de la estrategia de APS

46. El Secretariado promoverá activamente:
- a) la formulación de una Declaración Regional, similar en su espíritu a la de Alma Ata, que plantee un llamado al desarrollo y puesta en práctica de políticas públicas y estrategias efectivas, tanto regionales como nacionales, para mejorar la salud de los pueblos de las Américas. Se trataría de un documento concertado de compromiso político con el desarrollo de la APS, la lucha por la equidad y la protección social, el fortalecimiento de la promoción de la salud, la mejoría de la calidad de la atención y la realización de acciones e intervenciones para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio.
 - b) la organización y puesta en práctica de un programa para un año, concertado con los países, que contenga actividades diversas para resaltar la importancia de la APS. Para ello se ha previsto un conjunto de intervenciones con medios masivos de comunicación, la preparación y difusión de materiales, la realización de estudios especiales y la participación de la OPS en reuniones, foros, congresos, tanto de índole política como técnica para difundir la contribución y vigencia de la estrategia de APS y el objetivo de Salud para Todos.

Intervención del Consejo Directivo

47. Se solicita al Consejo Directivo que proponga actividades en conmemoración de los 25 años de APS y promueva la realización de los mismos en sus países.

48. Asimismo, se invita al Consejo a que considere la resolución CE132.R5, que figura en el anexo, recomendada por el Comité Ejecutivo.

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.

Anexo



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



132.^a SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO

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

CD44/9 (Esp.)
Anexo

RESOLUCIÓN

CE132.R5

ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD EN LAS AMÉRICAS

LA 132^a SESIÓN DEL COMITÉ EJECUTIVO,

Visto el documento CE132/13 sobre la atención primaria de salud en las Américas,

Tomando nota de las lecciones aprendidas en los 25 años de implementación de la atención primaria de salud, así como de los desafíos de su renovación para el futuro en la Región,

Reconociendo la vigencia de la atención primaria como estrategia global para el mejoramiento de la salud poblacional y el desarrollo humano, y

Tomando nota además de la Resolución WHA56.6 adoptada por la Asamblea Mundial de la Salud en Mayo de 2003,

RESUELVE:

Recomendar al 44° Consejo Directivo de la OPS la adopción de una resolución en los siguientes términos:

EL 44° CONSEJO DIRECTIVO,

Visto el documento CD44/9 sobre la atención primaria en las Américas;

Considerando la Declaración de Alma-Ata (1978), así como las resoluciones CD27.R20 y CD27.R21 sobre las estrategias regionales de salud para todos en el año 2000 y CD28.R11 sobre el plan de acción para la instrumentación de las estrategias regionales de SPT2000, las resoluciones CSP21.R12 y CSP21.R20 relativas al Plan de Acción

Regional de Salud para Todos para el año 2000 (SPT2000); las resoluciones CD31.R27, CD33.R17 y CD35.R19 sobre el monitoreo y la evaluación de las estrategias de SPT2000, y las resoluciones CD39.R4 y CD40.R11 relativas a la renovación al llamado de SPT y las estrategias de salud para todos;

Observando las repercusiones de un entorno cambiante en la atención primaria de salud en las Américas, y

Reconociendo los esfuerzos desplegados por los países de la Región para establecer políticas y programas de atención primaria como eje central de sus sistemas de servicios de salud, en los que han jugado un papel el Estado, las organizaciones no gubernamentales y las organizaciones de base comunitaria para alcanzar la meta de Salud para Todos,

RESUELVE:

1. Solicitar a los Estados Miembros que:
 - a) velen por que el desarrollo de la atención primaria cuente con los recursos necesarios que asegure su contribución a la reducción de las desigualdades en salud;
 - b) renueven su compromiso con el fortalecimiento a largo plazo de las capacidades en lo que respecta a los recursos humanos requeridos para la atención primaria de salud;
 - c) reconozcan el potencial de la atención primaria de salud para llevar a cabo una reorientación de los servicios con criterio de promoción de la salud;
 - d) promuevan el mantenimiento y fortalecimiento de los sistemas de información y vigilancia en la atención primaria de salud;
 - e) respalden la participación activa de las comunidades locales en la atención primaria de salud.
2. Solicitar a la Directora que:
 - a) tenga en cuenta los principios de la atención primaria de salud en las actividades de todos los programas de cooperación técnica, en particular en lo concerniente a la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio;

- b) evalúe los diferentes sistemas basados en la atención primaria de salud e identifique y difunda información sobre las mejores prácticas con miras a mejorar la aplicación de las políticas pertinentes;
- c) siga prestando apoyo a los países para mejorar la capacitación del personal de salud en las actividades prioritarias de la atención primaria de salud;
- d) ponga énfasis renovado en el apoyo para la aplicación de modelos de atención primaria de salud localmente determinados que sean flexibles y adaptables;
- e) promueva y organice una celebración con actividades dedicadas a resaltar en toda la Región la trascendencia de los 25 años de experiencia de la Atención Primaria en las Américas. Dicho proceso se extenderá durante 1 año y utilizará entre otros, debates, conmemoraciones nacionales, foros subregionales y actividades regionales;
- f) organice una consulta regional para la definición de futuras orientaciones estratégicas y programáticas en relación con la atención primaria de salud.

- - -