



La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas

*Documento de Posición de la
Organización Panamericana de la
Salud/Organización Mundial
de la Salud (OPS/OMS)*



**Organización
Panamericana
de la Salud**

*Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud*

OPS



Dra. Barbara Starfield
Universidad Johns Hopkins

Dra. Mirta Roses
Directora de la OPS/OMS

Dra. Carissa Etienne
Subdirectora de la OPS/OMS

Atención Primaria de Salud en las Américas

Ceremonia de apertura de la primera reunión del Grupo de trabajo en APS, Washington, D.C., EEUU, en junio de 2004.



La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas

*Documento de Posición de la
Organización Panamericana de la
Salud/Organización Mundial de la Salud
(OPS/OMS)*



**Organización
Panamericana
de la Salud**

Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

Versión original en inglés (2007) con el título:
Renewing Primary Health Care in the Americas, 2007 Edition
ISBN 92 75 12698 4

Biblioteca Sede OPS–Catalogación en la fuente

Organización Panamericana de la Salud
Renovación de la atención primaria de salud en las Américas:
documento de posición de la Organización
Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS).

Washington, D.C: OPS, © 2007.

ISBN 92 75 32699 1

I. Título

1. ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD – tendencias
2. SISTEMAS DE SALUD – tendencias
3. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD

NLM W 84.6

Agradecimientos

Este documento fue elaborado por James Macinko, de la Universidad de Nueva York, y Hernán Montenegro y Carme Nebot, de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Su contenido se enriqueció en gran parte gracias a la orientación y asesoría y a los debates del Grupo de Trabajo de la OPS en Atención Primaria de Salud y a los que tuvieron lugar en los países de las Américas y en la Consulta Regional celebrada en Montevideo en julio de 2005. Los miembros del Grupo de Trabajo de la OPS en Atención Primaria de Salud son: (expertos externos a la OPS) Barbara Starfield, Enrique Tanoni, Javier Torres Goitia, Sarah Escorel, Yves Talbot, Rodrigo Soto, Alvaro Salas, Jean Jacob, Lilia Macedo, Alcides Lorenzo y James Macinko; (expertos de la OPS) Carissa Etienne, Fernando Zacarías, Pedro Brito, María Teresa Cerqueira, Sylvia Robles, Juan Manuel Sotelo, Socorro Gross, Humberto Jaime Alarid, José Luis di Fabio, Monica Brana, Carme Nebot y Hernán Montenegro. Comentaron en detalle las versiones iniciales de este documento diversos profesionales, entre los que se citan: Jo E. Asvall, Rachel Z. Booth, Nick Previsich, Jeannie Haggerty, John H. Bryant, Carlos Agudelo, Stephen J. Corber, Beatrice Bonnevaux, Jacqueline Gernay, Hedwig Goede, Leonard J. Duhl, Alfredo Zurita, Edwina Yen, Jean Pierre Paepe, Jean Pierre Unger, José Ruales, Celia Almeida, Adolfo Rubinstein, Fernando Amado, Luis Eliseo Velásquez, Yuri Carvajal, Rubén Alvarado, Luciana Chagas, Julio Suarez, Carmen Teixeira, Paz Soto, Ilta Lange, Antonio González Fernández, María Angélica Gomes, Raúl Mendoza Ordóñez, Marisa Valdés, Federico Hernández, Jaime Cervantes, Elwine Van Kanten, Cesar Vieira, Kelly Saldana, Lilian Reneau–Vernon, Krishna K. Sundaraneedi, Germán Perdomo, Beverly J. McElmurry, Roberto Dullak, Javier Uribe, Freddy Mejía, Nidia Gómez, Gustavo S. Vargas, Cristina Puentes, Roman Vega y Miguel Melguizo. También reconocemos y agradecemos los importantes aportes y sugerencias de Barbara Starfield y Rafael Bengoa.

Agradecemos en especial a María Magdalena Herrera, Frederico C. Guanais, Lisa Kroin, Lara Friedman, Soledad Urrutia, Juan Feria, Ety Alva, Elide Zullo, Maritza Moreno, Quyen Nguyen y Blanca Molina.

Las opiniones expresadas en este documento no representan necesariamente los puntos de vista de los individuos mencionados anteriormente o de las instituciones a las que representan.



Julio 2007



Índice

Carta de la Directora	i
Resumen Ejecutivo	iii
I. ¿Por qué renovar la Atención Primaria de Salud?	1
Tabla 1: Enfoques de la Atención Primaria de Salud	4
II. La construcción de sistemas de salud basados en la Atención Primaria de Salud	7
A. Valores	8
Figura 1: Valores, principios y elementos esenciales en un sistema de salud basado en Atención Primaria de Salud ...	9
B. Principios	10
C. Elementos	12
Cuadro 1: La Renovación de la Atención Primaria de Salud: implicaciones para los servicios de salud	12
Cuadro 2: Sistemas de salud basados en la Atención Primaria de Salud y desarrollo humano	15
D. ¿Cuáles son los beneficios de un sistema de salud basado en la Atención Primaria de Salud?	15
III. El camino a seguir	17
A. Lecciones aprendidas	18
Cuadro 3: Recursos humanos en las Américas: principales desafíos	19
B. Construcción de alianzas para el cambio	19
C. Líneas de acción estratégica	21
Apéndice A: Metodología	24
Apéndice B: Declaración regional sobre las nuevas orientaciones de la Atención Primaria de Salud (Declaración de Montevideo)	25
Apéndice C: Algunos hitos de la Atención Primaria de Salud en las Américas, 1900–2005	27
Apéndice D: Factores facilitadores y barreras para la implementación efectiva de la Atención Primaria de Salud en las Américas	28
Referencias	29



Carta de la Directora

Jamás se ha logrado algo grande sin pasión

Hebbel (1818–1863)

En 2003, con motivo del 25º aniversario de la Conferencia de Alma Ata, y a solicitud de sus Países Miembros, la OPS decidió examinar de nuevo los valores y principios que décadas atrás inspiraron la Declaración de Alma Ata, a fin de formular sus futuras orientaciones estratégicas y programáticas en Atención Primaria de Salud (APS). La estrategia resultante, que se presenta en este documento, ofrece una perspectiva y una visión renovada para el desarrollo de los sistemas de salud: la de los sistemas de salud basados en la APS. Este documento de posición revisa el legado de Alma Ata en las Américas, articula los componentes de una nueva estrategia para la renovación de la APS y esboza la secuencia de pasos que deberán seguirse para alcanzar esta ambiciosa visión.

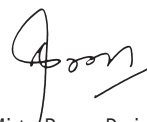
La idea de un sistema de salud basado en la APS encaja perfectamente con el espíritu de Alma Ata, además de incorporar nuevas iniciativas, como la Carta de Ottawa para la promoción de la salud, la Declaración del Milenio y la Comisión de los Determinantes Sociales de la Salud.

El proceso de desarrollo de este documento de posición ha revitalizado el debate sobre el sentido de los sistemas de salud así como su relación con otros determinantes de la salud y su distribución equitativa en la población. Los debates iniciales acerca de la renovación de la APS evolucionaron rápidamente desde conversaciones estrictamente técnicas sobre los servicios de salud hacia una reflexión sobre los valores sociales como determinantes fundamentales de la salud y de los sistemas de salud. Las diversas consultas y reuniones realizadas en los países pusieron de manifiesto la necesidad de que los debates técnicos sobre las políticas de salud reflejen el verdadero sentido que dichas políticas tienen sobre los ciudadanos de la Región.

Este documento es fruto del trabajo de muchas personas y organizaciones, por lo que el alcance y las aspiraciones de su propuesta reflejan la diversidad de sus autores. El documento de posición define los valores, principios y elementos esenciales que deben estar presentes en un enfoque renovado de APS, en lugar de describir un modelo rígido al que deban ajustarse todos los países. Cada país tendrá que encontrar su propio camino para crear una estrategia sostenible con el fin de basar sólidamente su sistema de salud en la APS.

El camino para alcanzar esta visión no será simple, pues pocas cosas importantes se consiguen sin esfuerzo. Entre los retos figura la necesidad de invertir en redes integradas de servicios sociales y de salud, que en muchos casos no han sido dotadas con el personal o el equipamiento adecuados o no han contado con el apoyo financiero necesario. Es preciso que esta actualización tenga lugar incluso en contextos de presupuestos reducidos, lo que requerirá una utilización de recursos más racional y equitativa, en especial si los países quieren llegar a las personas con mayores necesidades. La evidencia disponible avala el hecho de que una orientación firme hacia la APS es una de las vías más eficientes y equitativas de organizar un sistema de salud, aunque debemos continuar evaluando las innovaciones en APS, difundiendo las buenas prácticas y aprendiendo nuevas formas para maximizar y mantener su impacto en el tiempo.

El propósito del documento de posición “La Renovación de la APS en las Américas” es servir de referencia a todos los países que pretendan fortalecer sus sistemas de atención de salud, acercando la atención de la salud a las personas que viven en áreas urbanas y rurales, independientemente de su género, edad, grupo étnico, situación social o religión. Les invitamos a leer este documento, que recoge la opinión y el sentir de una gran diversidad de personas que viven y trabajan en las Américas, así como de muchos expertos de todo el mundo. Esperamos con interés continuar este diálogo mientras emprendemos juntos este ambicioso proyecto.



Mirta Roses Periago
Directora





Ceremonia de apertura de la Consulta Regional en Montevideo, Uruguay, en julio de 2005.

Dra. María Julia Muñoz
Ministra de Salud Pública
de la República Oriental de Uruguay
(1ª por la izquierda)

Dr. Tabaré Vázquez
Presidente de la
República Oriental de Uruguay

Sra. Nora Castro
Presidenta de la Cámara Baja del Congreso
de la República Oriental de Uruguay
(2ª por la derecha)

Sr. Eleuterio Fernández Huidobro
Vicepresidente de la Cámara Alta
del Congreso de la República Oriental de Uruguay
(2º por la izquierda)

Dra. Carissa Etienne
Subdirectora de OPS/OMS
(1ª por la derecha)

Resumen Ejecutivo

Desde hace más de 25 años se reconoce a la Atención Primaria de Salud (APS) como uno de los componentes fundamentales de un sistema de salud efectivo. Las experiencias en países desarrollados y en vías de desarrollo demuestran que la APS puede interpretarse y adaptarse a una amplia variedad de contextos políticos, sociales, culturales y económicos. La situación actual requiere de un examen exhaustivo de la APS —tanto en la teoría como en la práctica—, así como de una mirada crítica acerca de cómo puede “renovarse” con el fin de que refleje mejor las necesidades contemporáneas en materia de salud y de desarrollo de la población. Este documento, escrito por mandato de los Estados Miembros de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) mediante una resolución de 2003, define la posición de la OPS con respecto a la propuesta de renovación de la APS. Su objetivo es aportar ideas y recomendaciones que hagan posible esta renovación y ayuden a fortalecer y dar nuevo ímpetu a la APS, de forma que pueda liderar el desarrollo de los sistemas de salud más allá del próximo cuarto de siglo.

Existen varias razones que justifican la adopción de una estrategia renovada en cuanto a la APS: los nuevos desafíos epidemiológicos que se deben asumir; la necesidad de corregir las debilidades e incoherencias presentes en algunos de los diferentes enfoques respecto a la APS; el desarrollo de nuevos conocimientos e instrumentos sobre mejores prácticas y su contribución en la mejora de la efectividad de la APS; y por último, el reconocimiento creciente de que la APS es una estrategia para fortalecer la capacidad de la sociedad para reducir las inequidades en salud. Es más, se considera que un enfoque renovado de la APS es una condición esencial para cumplir con los compromisos internacionales vinculados a objetivos de desarrollo, incluidos los presentes en la Declaración del Milenio, así como para abordar los determinantes sociales de la salud y alcanzar el nivel de salud más alto posible para todos.

A partir del examen de los conceptos y componentes de la APS y la evidencia de su impacto, este documento, elaborado sobre el legado de Alma Ata y el movimiento de APS, condensa las lecciones aprendidas de las experiencias de la APS y de las reformas de los sistemas de salud, y propone un conjunto de valores, principios y elementos esenciales para crear los sistemas de salud basados en la APS. A su vez, plantea que tales sistemas

son indispensables para abordar la “agenda inconclusa de salud” en la Región de las Américas, así como para consolidar y mantener los logros alcanzados, y enfrentar los nuevos desafíos y compromisos en materia de salud y desarrollo del siglo XXI.

El objetivo último de la renovación de la APS es obtener resultados sostenibles de salud para todos. La propuesta contenida en este documento está llamada a ser visionaria, ya que la materialización de sus recomendaciones y del potencial de la APS dependerán solamente de nuestro nivel de compromiso y nuestra capacidad de innovación.

Mensajes principales:

- Durante el exhaustivo proceso de consulta que constituyó la base de este documento se evidenció que, aún hoy, la APS representa una fuente de inspiración y esperanza no sólo para el personal de los servicios de salud sino para la comunidad en general.
- Debido a los nuevos desafíos, conocimientos y contextos es necesario renovar y revitalizar la APS en la Región, de tal modo que pueda hacer realidad su potencial para afrontar los desafíos en materia de salud del momento y del próximo cuarto de siglo.
- La renovación de la APS supone reconocer y facilitar su importante papel en la promoción de la equidad en salud y del desarrollo humano.
- La renovación de la APS exige prestar más atención a las necesidades estructurales y operativas de los sistemas de salud tales como el acceso, la justicia económica, la adecuación y sostenibilidad de los recursos, el compromiso político y el desarrollo de sistemas que garanticen la calidad de la atención.
- Las experiencias exitosas en APS han demostrado que se requiere una reorientación de los sistemas de salud, por lo que es preciso un enfoque renovado de la APS, razonado y basado en la evidencia, para lograr una atención universal, integral e integrada.
- El mecanismo propuesto para la renovación de la APS es la transformación de los sistemas de salud, de modo que la APS desempeñe en ellos un papel central.
 - Un sistema de salud basado en la APS supone un enfoque amplio de la organización y operación de los sistemas de salud, que hace del derecho a alcanzar el mayor nivel de salud posible su principal objetivo, al tiempo que maximiza la equidad y la solidaridad del sistema. Un sistema de tal naturaleza se guía por los principios propios de la APS tales como



dar respuesta a las necesidades de salud de la población, orientación hacia la calidad, responsabilidad y rendición de cuentas de los gobiernos, justicia social, sostenibilidad, participación e intersectorialidad.

- Un sistema de salud basado en la APS está conformado por un conjunto de elementos estructurales y funcionales esenciales que garantizan la cobertura y el acceso universal a los servicios, los cuales son aceptables para la población y promueven la equidad. Presta atención integral, integrada y apropiada a lo largo del tiempo, pone énfasis en la prevención y la promoción y garantiza el primer contacto del usuario con el sistema, tomando a las familias y comunidades como base para la planificación y la acción.
- Un sistema de salud basado en la APS requiere un sólido marco legal, institucional y organizativo, además de recursos humanos, económicos y tecnológicos adecuados y sostenibles. Emplea prácticas óptimas de organización y gestión en todos los niveles del sistema para lograr calidad, eficiencia y efectividad, y desarrolla mecanismos activos con el fin de maximizar la participación individual y colectiva en materia de salud. Un sistema de salud de esta naturaleza promueve acciones intersectoriales para abordar otros determinantes de la salud y la equidad.
- La evidencia internacional sugiere que los sistemas de salud que se fundamentan en una sólida orientación a la APS alcanzan resultados mejores y más equitativos, son más eficientes, tienen menores costos de atención y logran una mayor

satisfacción del usuario en comparación con los sistemas de salud cuya orientación a la APS es escasa.

- La reorientación de los Sistemas de Salud hacia la APS requiere un mayor énfasis en la promoción y la prevención. Esto se ha conseguido mediante la asignación de funciones apropiadas a cada nivel de gobierno, la integración de los servicios de salud pública y de atención personal, la focalización en las familias y las comunidades, el uso de información precisa en la planificación y la toma de decisiones, y la creación de un marco institucional que incentive la mejora de la calidad de los servicios.
- El desarrollo pleno de la APS requiere prestar especial atención al papel de los recursos humanos, al desarrollo de estrategias para gestionar el cambio y a la alineación de la cooperación internacional con el enfoque de la APS.
- El paso siguiente para renovar la APS estriba en constituir una coalición internacional entre las partes interesadas. Las tareas de dicha coalición serán abogar porque la renovación de la APS sea una actividad prioritaria, desarrollar el concepto de los sistemas de salud basados en la APS, presentándolos como una opción políticamente factible y atractiva, así como encontrar fórmulas para capitalizar las actuales oportunidades que ofrecen la reciente celebración del 25° aniversario de la Declaración de Alma Ata y el consenso internacional sobre la necesidad de alcanzar los objetivos de Desarrollo del Milenio y de fortalecer los sistemas de salud.





Julio 2007

¿Por qué renovar la Atención Primaria de Salud?



La Organización Mundial de la Salud ha venido promoviendo la APS, desde antes de 1978, fecha en la que se adoptó como estrategia central para alcanzar el objetivo de “Salud Para Todos”. Desde entonces, el mundo y la APS han cambiado drásticamente. El propósito de la renovación de la APS es revitalizar la capacidad de todos los países de

organizar una estrategia coordinada, efectiva y sostenible que permita resolver los problemas de salud existentes, afrontar los nuevos desafíos en salud y mejorar la equidad. El objetivo último de un esfuerzo de esta naturaleza es lograr mejoras sostenibles en salud para toda la población.

Entre las razones que justifican la renovación de la APS se encuentran: los nuevos desafíos epidemiológicos que la APS debe asumir; la necesidad de corregir las debilidades e incoherencias presentes en algunos de los distintos enfoques de la APS; el desarrollo de nuevos conocimientos e instrumentos sobre buenas prácticas que pueden incorporarse para incrementar la efectividad de la APS; el reconocimiento creciente de la APS como estrategia para fortalecer la capacidad de la sociedad para reducir las desigualdades en materia de salud; y, por último, el creciente consenso respecto a que la APS es un enfoque sólido para abordar las causas de la falta de salud y de las desigualdades.

Por lo tanto, se considera que una estrategia renovada de APS es una condición esencial para lograr objetivos de desarrollo a nivel internacional, como los contenidos en la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas (los Objetivos de Desarrollo del Milenio¹ u ODM), así como para abordar las causas fundamentales de la salud —tal como ha definido la Comisión de la OMS sobre los Determinantes Sociales de la Salud— y para codificar la

llo humano. Los valores medios de los indicadores de salud han mejorado en casi todos los países: la mortalidad infantil se ha reducido en casi un tercio; la mortalidad por todas las causas ha disminuido en un 25% en términos absolutos; la esperanza de vida ha aumentado una media de seis años; las muertes por enfermedades transmisibles y afecciones del sistema circulatorio se han reducido en un 25% y la mortalidad perinatal ha descendido en un 35%¹. No obstante, aún persisten desafíos considerables: algunas enfermedades infecciosas, como la tuberculosis, continúan siendo importantes problemas de salud; la infección por el VIH/SIDA es una amenaza continua en casi todos los países de la Región, y están aumentando las enfermedades no transmisibles². Además, la Región ha experimentado cambios económicos y sociales generalizados que han tenido gran repercusión en la salud. Estas transformaciones incluyen aspectos como el envejecimiento de la población, los cambios en la dieta y la actividad física, la difusión de la información, la urbanización, y el deterioro de las estructuras sociales y los sistemas de apoyo, todo lo cual, directa o indirectamente, ha condicionado una serie de problemas de salud como la obesidad, la hipertensión y las enfermedades cardiovasculares, el aumento de los traumatismos y la violencia, los problemas relacionados con el consumo de alcohol, tabaco y drogas, y la constante amenaza de desastres naturales y de infecciones emergentes¹⁻³.

Lamentablemente, estas tendencias se producen en el contexto de un empeoramiento global de las desigualdades en lo que se refiere a la salud, cuestión de importancia clave para la renovación de la APS. Por ejemplo, el 60% de la mortalidad materna afecta al 30% de la población más pobre de los países; en algunos de ellos, la diferencia en la esperanza de vida entre los más ricos y los

En los veinticinco últimos años, la Región de las Américas ha experimentado grandes progresos; sin embargo, la sobrecarga persistente de los sistemas de salud y las desigualdades en materia de salud, cada vez más amplias, amenazan los logros obtenidos y ponen en peligro el progreso hacia un mayor nivel de salud y de desarrollo humano.

salud como un derecho humano, como han articulado algunas constituciones nacionales, grupos de la sociedad civil y otros. Para renovar la APS será necesario apoyarse en el legado de Alma Ata, aprovechar al máximo las lecciones aprendidas y las experiencias acumuladas durante más de un cuarto de siglo, además de reinterpretar y modernizar el enfoque y la práctica de la APS para estar en disposición de afrontar los desafíos del siglo XXI.

En la Región de las Américas se ha logrado un progreso importante en el campo de la salud y del desarro-

los más pobres ha llegado a ser de casi 30 años¹. La distribución desigual de las nuevas amenazas para la salud y de sus factores de riesgo ha agravado todavía más las desigualdades en materia de salud tanto al interior de los países como entre los diferentes países.

El aumento de las desigualdades no sólo representa el fracaso del sistema de salud, sino que señala la incapacidad de las sociedades de abordar las causas subyacentes de los problemas de salud y de su injusta distribución en ellas. Muchos países de las Américas han padecido guerras,

¹ *Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM): Los Objetivos del Desarrollo del Milenio se desarrollaron para guiar los esfuerzos encaminados a lograr los acuerdos establecidos en la Declaración del Milenio. Entre estos objetivos se encuentran: erradicar la pobreza extrema y el hambre; lograr la educación primaria universal; promover la equidad de género y empoderar a las mujeres; reducir la mortalidad infantil; mejorar la salud materna; combatir la infección por el VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades; velar por la sostenibilidad ambiental y desarrollar una alianza mundial en pro del desarrollo.*



revueltas políticas y regímenes totalitarios durante las décadas de los setenta y los ochenta. Desde entonces, la transición hacia la democracia ha traído nuevas esperanzas, aunque en el caso de muchos países los beneficios económicos y sociales de esa transición todavía no se hayan materializado. En la década pasada, los ajustes económicos, las presiones de la globalización y la repercusión de algunas políticas económicas, entre otros factores, contribuyeron a las disparidades en lo que se refiere a la riqueza, la situación social y la distribución del poder en los países de las Américas, lo que exacerbó aún más las inequidades en materia de salud⁴⁻⁶. Hoy en día, la rápida proliferación de nuevas tecnologías en el ámbito de la salud y la información puede contribuir a reducir o a aumentar todavía más estas injusticias. En el apéndice C se comentan algunos de los principales hitos de la APS en el mundo y en la Región de las Américas.

Un nuevo examen de los determinantes fundamentales de la salud y del desarrollo humano ha llevado al convencimiento creciente de que la salud debe ocupar un lugar central en la agenda para el desarrollo. El mayor apoyo a la salud se refleja en la manera en que se ha venido definiendo el desarrollo: si en tiempos pasados se consideró exclusivamente como un contribuyente al crecimiento económico, ahora la visión predominante es multidimensional y se fundamenta en el concepto de desarrollo humano⁷. Este nuevo enfoque parte del reconocimiento de la salud como una capacidad humana básica, un requisito para que los individuos realicen sus proyectos de vida, un elemento indispensable en la construcción de las sociedades democráticas y un derecho humano^{8,9}.

A medida que nuestra comprensión de la salud se ha ampliado, también lo ha hecho el reconocimiento de las limitaciones de los servicios de salud tradicionales para responder a las necesidades de la población¹⁰. Para muchos en la Región, "la salud es un fenómeno con implicaciones sociales, económicas y políticas y, sobre todo, un derecho fundamental, y las desigualdades, la pobreza, la explotación, la violencia y la injusticia están entre las causas más importantes de los problemas de salud que afectan a la gente pobre y marginada"¹¹.

Investigaciones recientes han dilucidado las complejas relaciones que existen entre los determinantes sociales, económicos, políticos y ambientales de la salud y su distribución en la sociedad¹². Ahora sabemos que cualquier enfoque para mejorar la salud debe articularse

en un contexto socio-económico y político más amplio y ha de colaborar con múltiples sectores y actores¹³.

En la mayoría de los países de las Américas se han realizado reformas de los Sistemas de Salud en los treinta últimos años; entre las razones que han propiciado dichas reformas se encuentran el aumento de los costos, los servicios ineficientes y de escasa calidad, las restricciones en los presupuestos públicos, el desarrollo de nuevas tecnologías, y los cambios producidos en el rol del estado¹⁴. A pesar de las enormes inversiones efectuadas, los resultados de la mayoría de las reformas han sido limitados, contradictorios o incluso negativos en lo que se refiere a la mejora de la salud y la equidad^{15,16}.

Renovar la APS significa algo más que el simple ajuste a la realidad del momento actual ya que para reformarla es preciso realizar un examen crítico de su significado y su finalidad. Las encuestas realizadas a profesionales de la salud de las Américas han corroborado la importancia del enfoque de la APS; asimismo confirman que abundan las discrepancias y los conceptos erróneos respecto a su significado, incluso en un mismo país¹⁷. En general, las ideas sobre el papel de la APS en el desarrollo del sistema social y de salud pertenecen a cuatro categorías principales (véase la tabla 1). En Europa y otros países industrializados, se ha considerado la APS principalmente como el primer nivel de los servicios de salud para toda la población^{18,19}, y comúnmente se la denomina "Atención Primaria"ⁱⁱ. En el mundo en vías de desarrollo, la APS ha sido sobre todo "selectiva", concentrando sus esfuerzos en unas pocas intervenciones de gran repercusión dirigidas a las causas más prevalentes de mortalidad infantil y algunas enfermedades infecciosas²⁰. Aunque sólo algunos pocos países han aplicado una estrategia de APS integral a nivel nacional, parece que otros están empezando a inclinarse por enfoques más integrales, dando lugar a muchas experiencias a pequeña escala a lo largo de la Región²¹⁻²³.

Varios observadores han intentado explicar por qué la APS difiere tanto de un país a otro. En la Región de las Américas en particular, no es extraño encontrar diferentes puntos de vista sobre la APS, debido a las peculiaridades del desarrollo histórico de la salud y la atención a la salud, así como al legado de diferentes sistemas políticos y sociales^{17,24}. Otros sugieren que la explicación a esta divergencia se encuentra en las definiciones ambiciosas y algo vagas de la APS contenidas en la Declaración de Alma Ata²⁵; algunos afirman que, mientras que muchas

ⁱⁱ En todo este documento, el término "atención primaria" se refiere al primer contacto con los servicios de salud y a la continuidad de la atención. Se considera que la atención primaria es sólo un aspecto de la Atención Primaria de Salud.



Tabla 1: Enfoques de la Atención Primaria de Salud

Enfoque	Definición o concepto de Atención Primaria de Salud	Énfasis
Atención Primaria de Salud selectiva	Se centra en un número limitado de servicios de gran repercusión para afrontar algunos de los desafíos de salud más prevalentes en los países en desarrollo ²⁹ . Los principales servicios, conocidos como GOBI (control del crecimiento, técnicas de rehidratación oral, lactancia materna e inmunización), a veces incluían los suplementos alimentarios, la alfabetización de la mujer y la planificación familiar (GOBI-FFF).	Conjunto específico de actividades de los servicios de salud dirigidas a los pobres
Atención Primaria	Se refiere a la puerta de entrada del sistema de salud y al lugar donde se operativiza la continuidad de la atención para la mayor parte de la población, la mayoría de las veces ²⁶ . Éste es el concepto de Atención Primaria de Salud más común en Europa y en otros países industrializados. En su definición más simple, este enfoque se relaciona directamente con la disponibilidad de médicos especializados en medicina general o medicina de familia.	Nivel de atención de un sistema de servicios de salud
"Atención Primaria de Salud integral" de Alma Ata	La Declaración de Alma Ata define la Atención Primaria de Salud como la "asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y las familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar [...]. Forma parte integral tanto del sistema nacional de salud [...] como del desarrollo social y económico de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad [...], llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia a la salud" ²⁷ .	Estrategia de organización de los sistemas de atención a la salud y la sociedad para promover la salud
Enfoque de Salud y Derechos Humanos	Concibe la salud como un derecho humano y destaca la necesidad de afrontar los determinantes sociales y políticos de la salud ¹¹ . Difiere de la Declaración de Alma Ata no tanto en los propios principios, sino en que pone énfasis en sus implicaciones sociales y políticas. Señala que el enfoque social y político de la Atención Primaria de Salud ha dejado atrás los aspectos específicos de las enfermedades y que las políticas de desarrollo debieran ser más "globales, dinámicas, transparentes y debieran estar apoyadas por compromisos legislativos y económicos" de modo de conseguir mejoras equitativas en materia de salud ²⁸ .	Filosofía que impregna el sector social y de salud

Fuente: categorías adaptadas de ²⁹, ³⁰

iniciativas efectivas de APS se desarrollaron en los años posteriores a dicha conferencia, el mensaje principal se distorsionó debido a los cambios de orientación que adoptaron las agencias internacionales de salud y a los procesos de globalización¹¹. Independientemente de las causas finales, lo cierto es que tras Alma Ata el concepto de APS se fue ampliando y haciendo más confuso, y la APS no ha conseguido todo lo que sus propulsores se habían propuesto.

A medida que la APS se relacionó con el objetivo de "Salud para Todos en el Año 2000", su significado y orientación también se ampliaron hasta incluir un amplio rango de resultados que excedían la responsabilidad directa del sistema de salud³¹. Lamentablemente, a medida que se acercaba el nuevo milenio se hacía cada vez más patente que no se alcanzaría la meta de la Salud para Todos. Para algunos, el hecho de no conseguir dicha meta se asoció al fracaso de la APS en sí misma.

Paradójicamente, en la medida que el significado de la APS se ampliaba hasta incluir múltiples sectores, su ejecución se hizo cada vez más estrecha. Aunque en principio se consideró que era una estrategia provisional, la APS selectiva se convirtió en la forma dominante de APS en muchos países. Este enfoque continuó como programas verticales para determinadas subpoblaciones o para enfermedades específicas. De alguna forma, la popularidad de la APS selectiva puede entenderse como una reacción a la idea de que la APS se había convertido en un concepto demasiado amplio y vago, cuya repercusión y cuyo

éxito eran difíciles de cuantificar y producían pocos dividendos a los ojos del público y de los encargados de formular políticas. Por el contrario, esta estrategia selectiva permitía focalizar los limitados recursos en objetivos específicos de salud, aunque en algunos casos la elección de esos enfoques parecía obedecer principalmente a estrategias para aumentar la captación de fondos de los donantes hacia los servicios de salud³².

Aunque exitosa en algunas áreas, como la vacunación, la APS selectiva ha sido criticada por ignorar el amplio contexto del desarrollo económico y social. Sin querer decir que la APS debe ser capaz de afrontar todos los determinantes de la salud, esta crítica reconoce la incapacidad, a menudo frecuente, del enfoque selectivo de abordar las causas fundamentales de los problemas de salud³³. También se ha argumentado que la APS selectiva, por dirigirse a un conjunto reducido de poblaciones y problemas de salud, puede generar brechas entre los programas, dejando desatendidos a ciertos individuos y familias. Además, preocupa el hecho de que la orientación casi exclusiva de la APS selectiva hacia las mujeres y los niños ignore la creciente importancia de otros problemas como las afecciones crónicas, las enfermedades mentales, las lesiones externas, las infecciones de transmisión sexual y la infección por el VIH/SIDA, así como a otras poblaciones vulnerables, como los adolescentes y los ancianos³⁴.

También se han planteado algunas críticas sobre la sostenibilidad de las intervenciones





dirigidas a una sola enfermedad o un grupo de población único, en la medida en que, una vez perdido el interés por esas enfermedades o grupos, puede peligrar el financiamiento de los programas de intervención. Por último, resulta preocupante que el enfoque selectivo de la APS no tenga en cuenta que es probable que muchos adultos (y en menor medida los niños) sufran más de un problema de salud al mismo tiempo —condición que es mucho más frecuente en los ancianos—³⁵. Por todas esas razones, el concepto renovado de la APS debe propugnar más enérgicamente un enfoque razonado y basado en la evidencia que permita lograr una atención universal, integral e integrada. Esto no quiere decir que se deban interrumpir todos los programas verticales o que éstos no sean necesarios. En efecto, los programas verticales son necesarios con frecuencia para atender brotes o “problemas de salud que afecten en tan alta proporción a la población que constituyan un factor que entorpezca de forma considerable el desarrollo económico y social de un país”³⁶.

Se espera que la renovación de la APS contribuya a robustecer los sistemas de salud en el mundo en desarrollo. Asimismo, nuevas iniciativas de salud mundial con un enfoque vertical —como el Fondo Global de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria (GFATM) y la Alianza Global para Vacunas e Inmunización (GAVI)— son nuevas

e importantes fuentes de inversión, promoción y movilización de recursos para numerosos países en desarrollo. Una estrategia renovada de APS deberá considerar en qué medida estas iniciativas pueden ayudar a fortalecer un enfoque más integral e integrado del desarrollo de los sistemas de salud, entendiendo que el logro y la sostenibilidad de los objetivos de dichas iniciativas requerirán este tipo de enfoques integrales^{21, 37}.

En septiembre de 2003, durante el 44° Consejo Directivo, la OPS/OMS aprobó la Resolución CD44.R6, invitando a los Estados Miembros a adoptar una serie de recomendaciones para fortalecer la APS. Además, la resolución instó a la OPS/OMS a: tener en cuenta los principios de la APS en las actividades de sus programas de cooperación técnica, en especial los relacionados con los objetivos de la Declaración del Milenio; evaluar diferentes sistemas basados en la APS; identificar y difundir las mejores prácticas; ayudar en la capacitación de los trabajadores de salud para la APS; apoyar modelos de APS definidos a nivel local; celebrar el 25° Aniversario de Alma Ata; y, por último, organizar un proceso de trabajo con miras a definir las futuras orientaciones estratégicas y programáticas de la APS. En respuesta a estos mandatos, en mayo de 2004 la OPS/OMS creó el “Grupo de Trabajo en APS” para asesorar a la Organización sobre futuras orientaciones estratégicas y programáticas en materia de APS (véase el apéndice A). El grupo de trabajo organizó un proceso consultivo con la comunidad internacional a través de una serie de conferencias internacionales y difundió un borrador en el que fijaba su posición y que se envió a todos los Países Miembros y a distintos expertos de todo el mundo. Además, en 20 países se celebraron reuniones de ámbito nacional para debatir acerca de la renovación de la APS. En julio de 2005 tuvo lugar una Consulta Regional en Montevideo (Uruguay), en la que participaron unas 100 personas en representación de más de 30 países de la Región, organizaciones no gubernamentales, asociaciones profesionales, universidades y otras agencias de las Naciones Unidas. El 29 de septiembre de 2005, en el 46° Consejo Directivo de la OPS se aprobó la Declaración Regional sobre la APS, conocida como Declaración de Montevideo (véase el apéndice B), y se aportaron nuevos comentarios para el documento de posición sobre APS. Este documento es el principal resultado de estos procesos.



Julio 2007

La construcción de sistemas de salud basados en la Atención Primaria de Salud



La posición planteada por la Organización Panamericana de la Salud considera que la renovación de la APS debe ser parte integral del desarrollo de los sistemas de saludⁱⁱⁱ y, a su vez, que los sistemas de salud basados en la APS son la mejor estrategia para promover mejoras equitativas y sostenibles en la salud de los pueblos de las Américas.

Definimos un sistema de salud basado en la APS como un enfoque amplio de la organización y operación de los sistemas de salud, que hace del derecho a alcanzar el mayor nivel de salud posible su principal objetivo, al tiempo que maximiza la equidad y la solidaridad del sistema. Un sistema de tal naturaleza se guía por los principios propios de la APS tales como dar respuesta a las necesidades de salud de la población, orientación hacia la calidad, responsabilidad y rendición de cuentas de los gobiernos, justicia social, sostenibilidad, participación e intersectorialidad.

Un sistema de salud basado en la APS está conformado por un conjunto de elementos estructurales y funcionales esenciales que garantizan la cobertura y el acceso universal a los servicios, los cuales son aceptables para la población y promueven la equidad. Presta atención integral, integrada y apropiada a lo largo del tiempo, pone énfasis en la prevención y la promoción y garantiza el primer contacto del usuario con el sistema, tomando a las familias y comunidades como base para la planificación y la acción.

Un sistema de salud basado en APS requiere un sólido marco legal, institucional y organizativo, además de recursos humanos, económicos y tecnológicos adecuados y sostenibles. Emplea prácticas óptimas de organización y gestión en todos los niveles del sistema para lograr calidad, eficiencia y efectividad, y desarrolla mecanismos activos con el fin de maximizar la participación individual y colectiva en materia de salud. Un sistema de salud de esta naturaleza promueve acciones intersectoriales para abordar otros determinantes de la salud y la equidad.

La esencia de la definición renovada de la APS sigue siendo la misma que la de la Declaración de Alma Ata^{iv}. Sin embargo, la nueva definición se centra en el sistema de salud en su conjunto; incluye a los sectores público, privado y sin fines de lucro, y es aplicable para todos los países. Distingue entre valores, principios y elementos, subraya la equidad y la solidaridad, e incorpora principios nuevos como la sostenibilidad y la orien-

tación hacia la calidad. Descarta la idea de que la APS sea un conjunto estipulado de servicios de salud, ya que éstos deben ser congruentes con las necesidades locales en materia de salud. De igual modo, descarta que la APS se defina por tipos específicos de personal de salud, puesto que los equipos que trabajan en la APS deben determinarse de acuerdo con los recursos disponibles, las preferencias culturales y la evidencia disponible. Por el contrario, la estrategia de renovación especifica un grupo de elementos estructurales y funcionales que pueden medirse y evaluarse y que constituyen una aproximación coherente y lógica hacia los sistemas de salud firmemente basados en la estrategia de APS. Esta estrategia está destinada a guiar la transformación de los sistemas de salud de manera que puedan alcanzar sus objetivos y ser suficientemente flexibles como para adaptarse a los nuevos desafíos que vayan surgiendo con el transcurso del tiempo. Reconoce que la APS es algo más que la prestación de servicios de salud en sentido estricto: su éxito depende de otras funciones del sistema de salud y de otros procesos sociales.

El marco conceptual que aquí se presenta pretende servir como base para organizar y comprender los componentes de un sistema de salud basado en la APS; esto no implica determinar exhaustivamente todos los elementos que se necesitarían para definir o constituir un sistema de salud. Cada país deberá desarrollar su propia estrategia para la renovación de la APS, de acuerdo con sus recursos económicos, circunstancias políticas, capacidades administrativas y desarrollo histórico del sector de la salud. Se espera que los valores, principios y elementos propuestos ayuden a este proceso.

En la figura 1 se presentan los valores, principios y elementos esenciales de un sistema de salud basado en la APS. A continuación se describen con mayor detalle.

A. Valores ^v

Los valores son esenciales para establecer las prioridades nacionales y para evaluar si los pactos sociales responden o no a las necesidades y expectativas de la población¹⁴. Proveen una base moral para las políticas y los programas que se formulan en nombre del interés público. Los valores que aquí se describen pretenden reflejar los de la sociedad en general. Algunos pueden tener prioridad sobre otros, o incluso se definen de manera ligeramente diferente de acuerdo con la cultura, la historia y las preferencias de la población. Al mismo tiempo, un creciente cuerpo de leyes internacionales ha

ⁱⁱⁱ Sistema de salud: La OMS define el sistema de salud como aquel que "comprende todas las organizaciones, las instituciones y los recursos que realizan acciones cuyo principal propósito es mejorar la salud"⁹⁸.

^{iv} Existen otros precedentes para basar los sistemas de salud en la Atención Primaria de Salud. Por ejemplo, la Carta de Liubliana para la Reforma de la Salud adoptada por la Unión Europea en 1996 establece que los sistemas de salud deben: guiarse por valores (dignidad humana, equidad, solidaridad, ética profesional), orientarse a los resultados en materia de salud, centrarse en las personas y promover su autoconfianza, orientarse a la calidad, contar con una financiación sólida, responder a la opinión y elección

de los ciudadanos, basarse en la evidencia, y exigir una gestión fortalecida, recursos humanos y la coordinación de políticas⁹⁹.

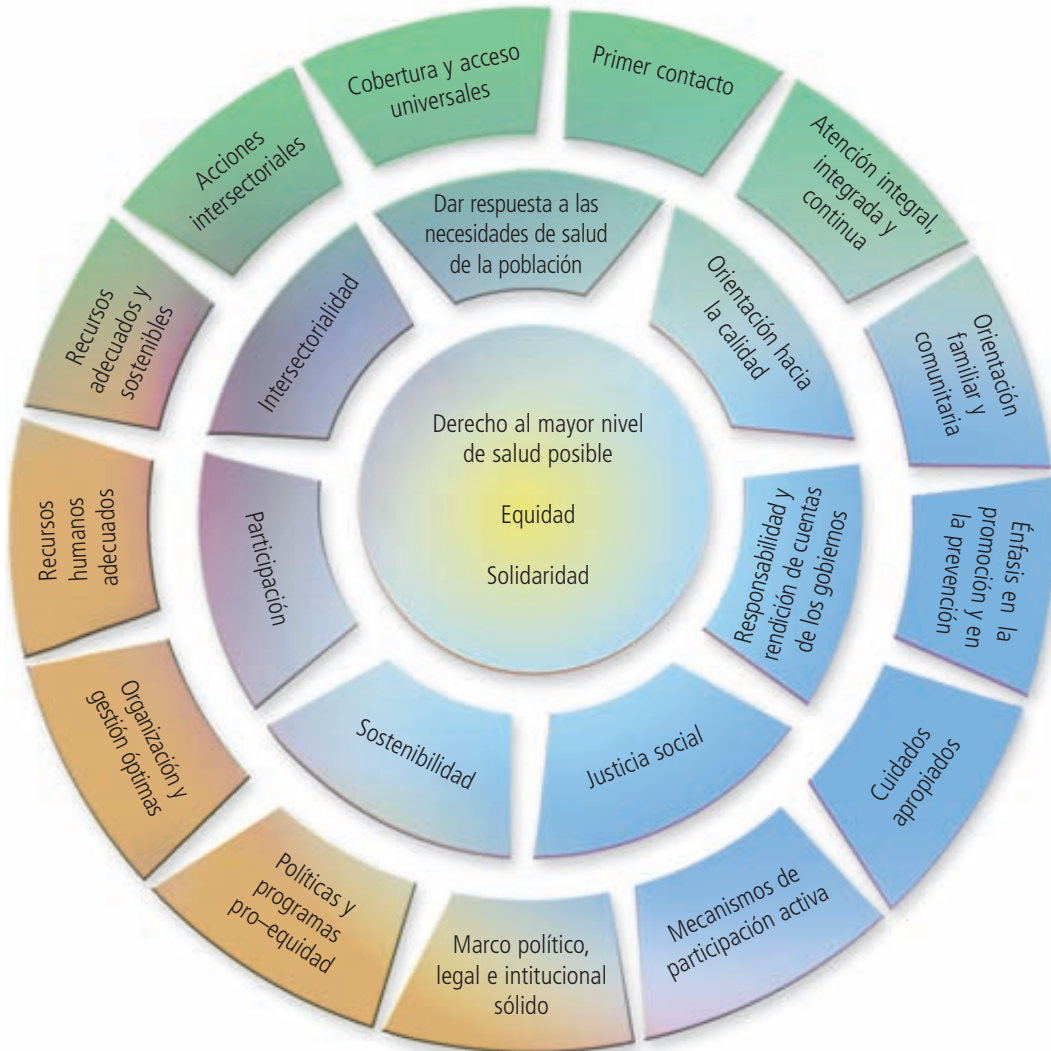
^v Valores: Objetivos o normas sociales aceptados por un individuo, una clase o sociedad.



venido definiendo los parámetros necesarios para proteger a los más desfavorecidos de la sociedad creando una base legal que les permita hacer valer su derecho a la dignidad, a la libertad y a gozar de buena salud. Esto implica que el proceso hacia la creación de un sistema de salud basado en la APS debe comenzar por el análisis

los mecanismos para que los ciudadanos puedan reclamar en caso de que esos compromisos no se cumplan. El derecho al mayor nivel de salud posible es fundamental, al garantizar que los servicios de salud respondan a las necesidades de la población, que haya responsabilidad en el sistema de salud y que la APS se oriente a la calidad,

Figura 1: Valores, principios y elementos esenciales en un Sistema de Salud basado en la APS



de los valores sociales y por involucrar y hacer partícipes a los ciudadanos y a los encargados de tomar decisiones en la definición, articulación y priorización de los valores¹⁴.

El derecho al mayor nivel de salud posible sin distinción de raza, género, religión, orientación política o situación económica o social se expresa en muchas constituciones nacionales y se articula en tratados internacionales, entre ellos la carta fundacional de la Organización Mundial de la Salud⁴⁰. Ello implica derechos legalmente definidos de los ciudadanos y responsabilidades del Estado y de otros implicados, y crea

de tal forma que se logre la máxima eficiencia y efectividad, minimizando a la vez los posibles daños a la salud. El derecho a la salud y otros derechos están unidos indeliblemente a la equidad, y a su vez reflejan y ayudan a reforzar la solidaridad social.

La equidad en materia de salud se refiere a la ausencia de diferencias injustas en el estado de salud, en el acceso a la atención de salud y a los ambientes saludables, y en el trato que se recibe en el sistema de salud y en otros servicios sociales. La equidad tiene un valor intrínseco porque es un requisito para las capacidades, las

libertades y los derechos de las personas⁴¹. La equidad es una piedra angular de los valores sociales: la forma en que una sociedad trata a sus miembros menos favorecidos refleja el valor que confiere a la vida humana, ya sea de manera explícita o implícita. Apelar simplemente a los valores o a la conciencia moral de la sociedad quizá no sea suficiente para prevenir o revertir las desigualdades en materia de salud. Esto significa que los ciudadanos deben ser capaces de corregir las desigualdades mediante el ejercicio de sus derechos morales y legales a la salud y a otros derechos sociales. Al hacer de la equidad uno de los valores centrales de un sistema de salud basado en la APS, se busca que las políticas y los programas de salud sean pro-equitativos. La razón de ser de esta postura no es solamente el logro de una mayor eficiencia, costo-efectividad o calidad, sino más bien que, en una sociedad justa, la equidad debiera considerarse un imperativo moral y una obligación legal y social.

La solidaridad es el grado en el que los miembros de una sociedad trabajan conjuntamente para definir y conseguir el bien común. En los gobiernos locales y nacionales la solidaridad se manifiesta por la conformación de organizaciones de voluntariado y sindicatos, así como otras múltiples formas de participación ciudadana. La solidaridad social es uno de los medios por los cuales la acción colectiva puede superar problemas comunes; los sistemas de salud y de seguridad social son mecanismos mediante los cuales puede expresarse la solidaridad entre individuos de distintas clases y generaciones. Los sistemas de salud basados en la APS requieren la solidaridad social para que las inversiones en salud sean sostenibles, para proporcionar protección financiera y mancomunación del riesgo, y para posibilitar que el sector de la salud trabaje conjuntamente con otros sectores y actores, cuya cooperación es necesaria para mejorar la salud y las condiciones que influyen en ella. Es necesaria la participación y la rendición de cuentas en todos los niveles, no sólo para alcanzar la solidaridad, sino también para garantizar que ésta se mantenga a lo largo del tiempo.

B. Principios^{vi}

Los sistemas de salud basados en la APS se fundamentan en principios que proporcionan la base para las políticas de salud, la legislación, los criterios de evaluación, la generación y asignación de recursos, y la operación del sistema de salud. Los principios sirven de puente entre los valores sociales y los elementos estructurales y funcionales del sistema de salud.

Dar respuesta a las necesidades de salud de la población significa que los sistemas de salud se centren en las personas de tal modo que intenten satisfacer sus necesidades en materia de salud de la forma más amplia posible. Un sistema de salud que responda a las necesidades debe estar equilibrado en su enfoque para satisfacer dichas necesidades, tanto si se han definido de forma "objetiva" (por ejemplo, si son definidas por expertos o por normas preestablecidas), como de forma "subjetiva" (por ejemplo, necesidades percibidas directamente por el individuo o por la población). Esto supone que la APS debe atender las necesidades de la población de forma integral y basarse en la evidencia, al tiempo que debe respetar y reflejar las preferencias y necesidades de las personas independientemente de su situación socioeconómica, cultura, género, raza u origen étnico.

Los servicios orientados hacia la calidad son aquellos que además de responder a las necesidades de la población tienen la capacidad de anticiparse a ellas y de tratar a todas las personas con dignidad y respeto, al tiempo que aseguran la mejor intervención para sus problemas de salud, evitando cualquier daño⁴². Cumplir con este requisito requiere dotar a los profesionales de la salud de conocimientos clínicos fundamentados en la evidencia y de los instrumentos necesarios para su actualización continua. La orientación hacia la calidad exige procedimientos para evaluar la eficiencia, la efectividad y la seguridad de las intervenciones preventivas y curativas, y para asignar los recursos de manera adecuada; para ello es preciso contar con métodos de garantía de calidad y de mejora continua de la misma. Para lo anterior, es necesario un liderazgo fuerte e incentivos apropiados de modo que este proceso sea efectivo y sostenible.

La responsabilidad y rendición de cuentas de los gobiernos asegura que los derechos sociales se garanticen y apliquen, y que los ciudadanos estén protegidos ante cualquier perjuicio. La rendición de cuentas requiere de políticas reguladoras y de procedimientos legales y específicos que permitan a los ciudadanos hacer exigibles sus derechos en caso de que no se respeten. Este principio se aplica a todas las funciones del sistema de salud, independientemente del tipo de proveedor (ya sea público, privado o sin fines de lucro). El Estado, en cumplimiento de sus funciones, establece las condiciones que aseguren los recursos necesarios para satisfacer las necesidades de salud de la población. En la mayoría de los países, el gobierno es también el responsable último

^{vi} Principio: Verdad, ley o doctrina fundamental, o fuerza de motivación sobre la que se basan otras.

de garantizar la equidad y la calidad de la atención de salud. Por consiguiente, la rendición de cuentas exige el monitoreo y la mejora continua del desempeño del sistema de salud de forma transparente y sujeta al control social. Los distintos niveles de gobierno (ya sea local, estatal, regional o nacional) necesitan líneas claras de responsabilidad y los mecanismos correspondientes para la rendición de cuentas. Los ciudadanos y la sociedad civil también desempeñan una función importante en lo que atañe a la garantía de la rendición de cuentas.

Una sociedad justa puede ser vista como aquella que garantiza el desarrollo y las capacidades de todos sus

de la salud del mañana. En particular, el compromiso político es esencial para garantizar la sostenibilidad económica; está previsto que los sistemas de salud basados en la APS establezcan mecanismos —como derechos de salud y deberes gubernamentales específicos y legalmente definidos— que aseguren el financiamiento adecuado aún en tiempos de inestabilidad social o cambios políticos.

La participación convierte a los individuos en socios activos en la toma de decisiones sobre la asignación y el uso de los recursos, en la definición de las prioridades y en la garantía de la rendición de cuentas.



miembros⁴³. Por tanto, **la justicia social** implica que las acciones del gobierno, en particular, debieran ser evaluadas por el grado en que aseguran el bienestar de todos los ciudadanos, especialmente de los más vulnerables^{44, 45}. Algunas estrategias para lograr la justicia social en el sector de la salud incluyen: garantizar que todas las personas sean tratadas con respeto y dignidad; establecer objetivos de salud que incorporen metas específicas para lograr la mejora de la cobertura de los pobres; usar estas metas para asignar recursos adicionales que permitan satisfacer las necesidades de las personas desfavorecidas; mejorar la educación y hacer uso de iniciativas que ayuden a los ciudadanos a conocer sus derechos; asegurar la participación activa de los ciudadanos en la planificación y el control del sistema de salud; y, desarrollar acciones concretas para combatir los principales determinantes sociales de las desigualdades en materia de salud¹².

La sostenibilidad del sistema de salud exige de planificación estratégica y compromiso a largo plazo. Un sistema de salud basado en la APS debiera considerarse como el vehículo principal para invertir en la salud de la población. Esta inversión debe ser suficiente para satisfacer las necesidades actuales de la población, al tiempo que se planifica la estrategia para combatir los desafíos

A título individual, las personas deben ser capaces de tomar decisiones de forma libre y han de estar plenamente informadas en lo que respecta a su salud y la de sus familias, con un espíritu de autodeterminación y confianza. A nivel social, la participación en el ámbito de la salud es una faceta de la participación cívica en general, garantiza que el sistema de salud refleje los valores sociales, y proporciona un medio de control social y responsabilidad respecto a las acciones públicas y privadas que repercuten en la sociedad.

La intersectorialidad en materia de salud significa que el sector de la salud debe trabajar con diferentes sectores y actores para velar por que las políticas públicas se alineen con el fin de maximizar su potencial contribución a la salud y al desarrollo humano. Para ello es necesario que el sector de la salud participe cuando se tomen decisiones acerca de las políticas de desarrollo. El principio de intersectorialidad se hace posible con la creación y el mantenimiento de vínculos entre el sector público y el privado, tanto dentro como fuera de los servicios de salud, incluyendo, entre otros: empleo y trabajo, educación, vivienda, agricultura, producción y distribución de alimentos, medio ambiente, agua y saneamiento, protección social y planificación urbana.

C. Elementos^{vii}

Los sistemas de salud basados en la APS están conformados por elementos estructurales y funcionales. Dichos elementos se interrelacionan, están presentes en todos los niveles del sistema de salud y deben basarse en la evidencia respecto a su efectividad para la mejora de la salud y su relevancia para asegurar otros aspectos de un sistema de salud basado en la APS. Además, los elementos esenciales de un sistema de salud basado en la APS requieren la acción concurrente de algunas de sus funciones principales, como la financiación, la rectoría y la provisión de servicios de salud.

La cobertura y el acceso universales son el fundamento de un sistema de salud equitativo. La cobertura universal implica que los mecanismos de financiación y de organización son suficientes para cubrir a toda la población, al eliminar la capacidad de pago como barrera al acceso a los servicios de salud y al proteger a los ciudadanos del riesgo financiero, dándoles a la vez apoyo adicional de forma equitativa y llevar a cabo actividades de promoción de la salud. La accesibilidad implica la ausencia de barreras a la atención de la salud, ya sean de tipo geográfico, económico, sociocultural, de organización o de género⁴⁶. De esta forma, un sistema de salud basado en la APS debe racionalizar la ubicación, el funciona-

miento y el financiamiento de todos los servicios en cada uno de sus niveles de atención. Requiere también que los servicios sean aceptables para toda la población y ello implica tener en cuenta las necesidades en materia de salud, las preferencias, la cultura y los valores a nivel local. Por consiguiente, exige el enfoque intercultural y de género en la provisión de servicios de salud. Por otra parte, la aceptabilidad determina el uso real de los servicios, e influye en la percepción sobre el sistema de salud, incluyendo la satisfacción de las personas con los servicios prestados, su nivel de confianza con los proveedores, y el grado real de comprensión y seguimiento de las indicaciones médicas recibidas.

El primer contacto se refiere a que la atención primaria debe ser la puerta principal de entrada al sistema de salud para la consulta de todos los nuevos problemas de salud y el lugar donde se resuelvan la mayoría de ellos. Mediante esta función, la atención primaria refuerza la base de los sistemas de salud basados en la APS, representando, en la mayoría de los casos, el principal punto de contacto entre la población y los sistemas de servicios sociales y de salud. De esta forma, un sistema de salud basado en la APS fortalece la atención primaria en su papel de atención de primer nivel, pero tiene a su vez elementos estructurales y funcionales adicionales que

Cuadro 1: La Renovación de la Atención Primaria de Salud: implicaciones para los servicios de salud

Los servicios de salud desempeñan un papel clave en la materialización de muchos de los valores, principios y elementos esenciales de un sistema de salud basado en la APS. Por ejemplo, los servicios de atención primaria son fundamentales para garantizar el acceso equitativo de toda la población a los servicios básicos de salud. Deben ser la puerta de entrada al sistema de atención de salud y han de estar lo más cerca posible de donde la gente vive, trabaja o estudia. Este nivel del sistema brinda atención integral e integrada y debe resolver la mayoría de las necesidades y demandas de atención que la población presenta a lo largo de la vida. Asimismo, es el nivel del sistema que establece vínculos profundos con la comunidad y el resto de los sectores sociales, lo cual le permite desarrollar la participación social y la acción intersectorial de forma efectiva.

La atención primaria también desempeña una función importante en la coordinación de la continuidad de la atención y del flujo de información a lo largo de todo el sistema de atención de salud. Pero los servicios de atención primaria por sí solos no son suficientes para responder de manera adecuada a las necesidades de atención de salud más complejas de la población. Los servicios de atención primaria deben ser apoyados y complementados por diferentes niveles de atención especializada, tanto ambulatorios como hospitalarios, así como por el resto de la red de protección social. Por tal razón, los sistemas de atención de salud deben trabajar de forma integrada mediante el desarrollo de mecanismos de coordinación de la atención a lo largo de todo el espectro de servicios, incluyendo el desarrollo de redes y de sistemas de referencia y contrarreferencia. Además, la integración de los diferentes niveles de atención exige buenos sistemas de información que permitan la planificación, el monitoreo y la evaluación del desempeño, mecanismos de financiación correctos que eliminen los incentivos perversos y aseguren la continuidad de la atención, y enfoques basados en la evidencia para el diagnóstico, el tratamiento y la rehabilitación.

^{vii} Elemento: Componente o cualidad, con frecuencia básico o esencial.

trascienden de forma significativa el primer nivel de atención de salud.

Atención integral, integrada y continua implica que la cartera de servicios disponibles debe ser suficiente para responder a las necesidades de salud de la población, incluyendo la promoción, prevención, diagnóstico precoz, atención curativa, rehabilitadora y paliativa, y apoyo para el autocuidado. La integralidad es una función de todo el sistema de salud e incluye la prevención, la atención primaria, secundaria, terciaria y paliativa. La atención integrada es complementaria de la integralidad porque exige la coordinación entre todas las partes del sistema para garantizar la satisfacción de las necesidades de salud y su atención a lo largo del tiempo, así como a través de los diferentes niveles y lugares de atención sin interrupción. Para los individuos, la atención integrada implica un enfoque que abarca todo el ciclo de vida con sistemas de referencia y contrarreferencia a través de todos los niveles del sistema de salud, y en ocasiones, a otros servicios sociales. A nivel de sistema, la atención integrada requiere el desarrollo de redes de servicios y de proveedores, sistemas de información y gestión apropiados, incentivos, políticas y procedimientos, así como la capacitación de los proveedores de salud, personal de apoyo y de los administradores.

La orientación familiar y comunitaria supone que un sistema de salud basado en la APS no descansa exclusivamente en una perspectiva individual o clínica. Por el contrario, emplea la perspectiva de la salud pública

al hacer uso de la información familiar y comunitaria para identificar riesgos y decidir el orden de prioridad de las intervenciones. Se considera que la familia y la comunidad son los ejes principales de la planificación y la intervención del sistema.

El énfasis en la promoción y en la prevención es de vital importancia para un sistema de salud basado en la APS, porque sus acciones son costo-efectivas, éticas, pueden facultar a las comunidades y a los individuos para que ejerzan mayor control sobre su propia salud, y son esenciales para abordar la raíz de los determinantes sociales de la salud. El énfasis en la promoción y en la prevención permite ir más allá de la orientación clínica para abarcar la educación y el apoyo en materia de salud en el trabajo, las escuelas y el hogar. Estas cuestiones, incluida la necesidad de reorientar los servicios de salud hacia los principios de la APS, fueron articuladas en la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud de 1986. La promoción de la salud también requiere criterios normativos y políticas para mejorar las condiciones de trabajo y la seguridad laboral, reducir los riesgos ambientales y llevar a cabo estrategias de promoción de la salud en la población que incluyan a otras partes del sistema de salud o a otros actores sociales. Esto abarca también los vínculos con las funciones esenciales de salud pública (FESP)^{viii}, que hacen de la APS un socio activo en la vigilancia de la salud pública, la investigación y la evaluación, la garantía de la calidad y las actividades de desarrollo institucional a lo largo de todo el sistema de salud.



^{viii} Las funciones esenciales de salud pública incluyen: i) monitoreo, evaluación y análisis del estado de salud; ii) vigilancia en materia de salud pública, investigación y control de los riesgos y amenazas para la salud pública; iii) promoción de la salud; iv) participación social en lo que se refiere a la salud; v) desarrollo de políticas y capacidad institucional para la planificación y gestión en cuestiones de salud pública; vi) fortalecimiento de la capacidad institucional para la reglamentación y ejecución en el marco de la salud pública; vii) evaluación y promoción del acceso equitativo a los servicios de salud necesarios; viii) desarrollo y capacitación de los

recursos humanos en salud pública; ix) garantía y mejora de la calidad de los servicios de salud individuales y colectivos; x) investigación en salud pública; y xi) reducción del impacto de las emergencias y los desastres en la salud⁴⁷.

Cuidados apropiados significa que el sistema de salud no se limita simplemente a la atención de una enfermedad o de un órgano. Debe centrarse en la persona como un todo y en sus necesidades sociales y de salud, adecuando las respuestas a la comunidad local y a su contexto a lo largo de la vida, garantizando al mismo tiempo que las intervenciones son seguras y que la persona no sufrirá daños o perjuicios de ningún tipo. Incluye el concepto de efectividad para guiar la selección de las estrategias de prevención y curación, de manera que se puedan obtener los mayores resultados con los mínimos recursos. El cuidado apropiado implica que toda la atención prestada se basa en la mejor evidencia disponible y que las prioridades respecto a la asignación de los recursos se establecen según criterios de eficiencia (de distribución y técnica) y de equidad. Los servicios deben ser pertinentes; para ello es preciso que se ajusten a las necesidades comunes de toda la población, al tiempo que atiendan necesidades específicas de determinados grupos de población, como las mujeres, los ancianos, los discapacitados, las poblaciones indígenas o poblaciones de ascendencia africana, que quizá no estén recibiendo la atención apropiada debido a la manera en la que comúnmente ésta se organiza.

Un sistema basado en la APS debiera ser parte integral de las estrategias nacionales y locales de desarrollo socio-económico, debiera fundamentarse en valores compartidos que involucren **mecanismos de participación activa** para garantizar la transparencia y la rendición de cuentas en todos los niveles. Esto incluye actividades que facultan a los individuos para que manejen mejor su propia salud y que estimulan la capacidad de las comunidades de convertirse en socios activos en la determinación de prioridades, la gestión, la evaluación y la regulación del sector de la salud. Ello implica que las acciones individuales y colectivas, que incorporan el sector público, el privado y la sociedad civil, deben encaminarse a la promoción de entornos y estilos de vida saludables.

Las estructuras y funciones de un sistema de salud basado en la APS requieren un **marco político, legal e institucional sólido** que identifique y respalde las acciones, los actores, los procedimientos y los sistemas legales y financieros que permitan que la APS desempeñe sus funciones especificadas. Necesita la coordinación de políticas de salud, inversiones estratégicas, investigación en sistemas y servicios de salud, incluida la evaluación de nuevas tecnologías. Estas actividades forman parte de la función de rectoría del sistema de salud, por lo que deben ser transparentes, han de someterse al control social y tienen que estar libres de corrupción.

Los sistemas de salud basados en la APS desarrollan **políticas y programas pro-equidad** con el fin de reducir los efectos negativos de las desigualdades sociales en salud, corregir los principales factores que causan las desigualdades y velar por que todas las per-

sonas sean tratadas con dignidad y respeto. Algunos ejemplos ilustrativos de ello son: incorporación de criterios explícitos de equidad en las propuestas y evaluaciones de programas y políticas; aumento o mejora de la provisión de servicios de salud para quienes tienen mayores necesidades; reestructuración de los mecanismos de financiamiento de la salud para ayudar a los más desfavorecidos; y trabajo en todos los sectores para transformar aquellas estructuras sociales y económicas que influyen en los determinantes últimos de las desigualdades en lo que se refiere a la salud.

Los sistemas de salud basados en la APS requieren también de prácticas **de organización y gestión óptimas** que permitan la innovación para mejorar constantemente la provisión de atención de forma que sea segura, cumpla las normas de calidad, ofrezca lugares de trabajo satisfactorios para los trabajadores de la salud y dé respuesta a las necesidades de los ciudadanos. Las buenas prácticas de gestión incluyen entre otras, la planificación estratégica, la investigación operativa y la evaluación del desempeño. Los profesionales de la salud y los gestores deben recopilar información y usarla regularmente en los procesos de toma de decisiones y planificación, incluido el desarrollo de planes para responder adecuadamente a eventuales crisis de salud y a los desastres naturales.

Los recursos humanos adecuados incluyen a proveedores, trabajadores comunitarios, gestores y personal de apoyo. Deben poseer los conocimientos y habilidades adecuados, además de observar las normas éticas y de tratar a todas las personas con dignidad y respeto.



Ello exige una planificación estratégica e inversiones a largo plazo en capacitación, empleo, incentivos para mantener al personal en su puesto, así como la ampliación y mejora de los conocimientos y las habilidades de los trabajadores de salud. Los equipos multidisciplinares son fundamentales para el enfoque de la APS. Ellos no sólo requieren de una combinación

Cuadro 2: Sistemas de salud basados en la Atención Primaria de Salud y desarrollo humano

Un sistema de salud basado en la APS crea sinergias con otros sectores para potenciar el proceso de desarrollo humano. Junto a otros sectores y actores, la APS desempeña una función muy importante, aunque no exclusiva, en la promoción de un desarrollo humano sostenible y equitativo. En este sentido, es importante establecer de forma clara las responsabilidades de los distintos sectores en lo que respecta a su contribución a la consecución del objetivo del desarrollo socio-económico. El hecho de no identificar de manera clara las fortalezas y las ventajas comparativas de los diversos sectores podría conllevar consecuencias indeseables. Algunas de las principales consecuencias serían el posible abandono de funciones propias e indelegables del sistema de atención de salud, la ejecución deficiente de funciones de desarrollo demasiado amplias debido a la falta de especialización, así como la generación de disputas entre los diferentes actores y las agencias responsables, lo que produciría redundancias, y la pérdida de recursos y energías.



enfoques comunitarios para promover el desarrollo humano y la salud. Las **acciones intersectoriales** son necesarias para abordar los principales determinantes de la salud de la población, creando sinergias entre el sector de la salud y otros sectores y actores, como las escuelas, los lugares de trabajo, los programas de desarrollo económico y urbano, la mercadotecnia y el desarrollo agrarios, y la provisión de agua y saneamiento, entre otros. La medida en la que estas acciones sean ejecutadas por el sector de la salud, solo o en asociación con otros sectores, dependerá del estado de desarrollo de cada país (y de sus comunidades), así como de las ventajas comparativas de cada uno de los sectores o actores involucrados (véase el cuadro 2).

correcta de profesionales, sino también de una definición adecuada de funciones y responsabilidades, de una distribución geográfica equitativa, y de una capacitación que maximice su contribución a los resultados de salud y a la satisfacción de los trabajadores de salud y de los usuarios.

Un sistema de salud basado en la APS debe basarse en una planificación que provea **recursos adecuados y sostenibles** acordes con las necesidades de salud. Los recursos debieran determinarse mediante análisis de la situación de salud basados en datos obtenidos en la comunidad, incluidos los recursos de tipo más estructural (por ejemplo instalaciones, personal, equipamiento, suministros y medicamentos), así como los presupuestos de operación necesarios para prestar una atención preventiva y curativa de gran calidad e integral. Aunque la cantidad de recursos requeridos variará en cada país y de un país a otro, deberá ser suficiente para lograr el acceso y la cobertura universales. Dado que el logro de un sistema de salud basado en la APS exige compromiso y voluntad políticos a lo largo del tiempo, deben existir mecanismos explícitos que garanticen la sostenibilidad de la APS, de forma que los encargados de tomar decisiones puedan invertir hoy para satisfacer las necesidades del mañana.

Los sistemas de salud basados en la APS son más amplios que la simple provisión de servicios de salud en lo que respecta a su campo de operación y a su impacto. Este tipo de sistemas se relaciona estrechamente con las acciones intersectoriales y los

D. ¿Cuáles son los beneficios de un sistema de salud basado en la Atención Primaria de Salud?

Existe una evidencia considerable sobre los beneficios de la APS. Los estudios internacionales sugieren que, en igualdad de condiciones, los países con sistemas de salud con una sólida orientación a la APS suelen obtener resultados en salud mejores y más equitativos, son más eficientes, tienen costos de atención más bajos y logran mayor satisfacción del usuario que aquellos sistemas de salud con escasa orientación hacia la APS⁴⁸⁻⁵⁴.

Se considera que los sistemas de salud basados en la APS son capaces de mejorar la equidad porque su enfoque es menos costoso para los individuos y más rentable para la sociedad a la hora de compararlos con los sistemas orientados hacia la atención especializada⁵⁵. Se ha demostrado que un enfoque sólido hacia la APS puede garantizar mayor eficiencia de los servicios, gracias al ahorro de tiempo en la consulta, al uso reducido de pruebas de laboratorio y a los menores gastos de atención a la salud^{56, 57}. Por consiguiente, la APS puede ayudar a liberar recursos para atender las necesidades de salud de los individuos que se encuentran en peor situación^{52, 58, 59}. Los sistemas de salud orientados hacia la equidad capitalizan esos ahorros al establecer objetivos para mejorar la cobertura de la población más pobre y al facultar a los grupos vulnerables para que

desempeñen un papel más importante en el diseño y el funcionamiento del sistema de salud⁶⁰. Estas acciones minimizan los gastos de bolsillo y los costos indirectos de la atención de salud, poniendo énfasis en la universalización de la cobertura para eliminar los factores socio-económicos que actúan como barreras para el acceso a la atención necesaria⁶¹⁻⁶³.

Las evidencias disponibles, en particular las obtenidas en países europeos, sugieren que los sistemas de salud basados en la APS también pueden favorecer la eficiencia y la efectividad. Los estudios sobre hospitalización por "afecciones sensibles a la atención ambulatoria" —afecciones tratadas en los hospitales, que habrían podido resolverse en la atención primaria— y el uso de servicios de emergencias para la atención habitual, muestran cómo los sistemas de APS que aseguran el acceso y el primer contacto pueden mejorar los resultados de salud y beneficiar a los otros niveles del sistema de salud⁶⁴⁻⁶⁸. También se ha observado que el fortalecimiento de los servicios de atención primaria reduce las tasas globales de hospitalización por trastornos como angina de pecho, neumonía, infecciones urinarias, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, paro cardíaco e infecciones de oídos, nariz y garganta, entre otros⁶⁹. Los individuos que cuentan con una fuente regular de atención primaria a lo largo del tiempo para la mayoría de sus necesidades de atención de salud han mostrado mayor satisfacción, mejor cumplimiento de las indicaciones médi-

cas, menos hospitalizaciones y menor utilización de los servicios de urgencias que quienes no disponen de ella⁷⁰⁻⁷².

En la Región de las Américas, las experiencias de Costa Rica muestran que la reforma integral de la APS — que incluye mayor acceso, reorganización de los profesionales de la salud en equipos multidisciplinarios y mejora de la atención integral e integrada— puede mejorar los resultados en la salud de la población. Por cada cinco años transcurridos tras la reforma de la APS, la mortalidad infantil se redujo en un 13% y la de los adultos en un 4%, independientemente de las mejoras en otros determinantes de la salud⁷³. Las reformas de la APS se desarrollaron primero en las áreas más pobres (las deficiencias de acceso a los servicios esenciales disminuyeron en un 15% en los distritos donde tuvo lugar la reforma), por lo que contribuyeron a mejorar la equidad⁷⁴.

Las evidencias también han demostrado que para que la APS contribuya a mejorar la salud de la población es preciso que los servicios de salud tengan una buena calidad técnica; esta es un área que exige mucha más atención en toda la Región^{75, 76}. Por último, es necesario hacer más evaluaciones de los sistemas de salud en general y de la APS en particular⁷⁷. El compromiso con los sistemas de salud basados en la APS requerirá una base de evidencias más completa, para lo cual habrá que invertir adecuadamente en la evaluación y documentación de las experiencias que permitan el desarrollo, la difusión y la adaptación de las mejores prácticas.



Julio 2007

El camino a seguir



Una estrategia para renovar la Atención Primaria de Salud incluirá:

- *Completar la implementación de la APS allí donde este proceso haya fallado* (la agenda inconclusa de la salud), garantizando el derecho de todos los ciudadanos a la salud y al acceso universal, promoviendo activamente la equidad en materia de salud y la mejora de los indicadores de salud y calidad de vida, tanto en términos absolutos como en su distribución.
- *Fortalecer la APS para afrontar los nuevos desafíos* a través de la mejora de la satisfacción de los ciudadanos y de las comunidades con los servicios y los proveedores de salud, la mejora de la calidad de la atención y la gestión, y el fortalecimiento de las políticas, el entorno y las estructuras institucionales necesarias para lograr la realización plena de todas las funciones del sistema de salud.
- *Incorporar la APS en una agenda más amplia de equidad y desarrollo humano*, mediante la articulación de la renovación de la APS con los esfuerzos para fortalecer los sistemas de salud, promoviendo las mejoras sostenibles de la participación comunitaria y la colaboración intersectorial e invirtiendo en el desarrollo de los recursos humanos.

Todo ello requerirá aprender de las experiencias positivas y negativas, desarrollar una estrategia de abogacía y articular las responsabilidades y los roles de los países, las organizaciones internacionales y los grupos de la sociedad civil involucrados en el proceso de renovación.

A. Lecciones aprendidas

Para desarrollar una estrategia de renovación de la APS es importante aprender de las experiencias pasadas. Los procesos de consulta a los países y la revisión de la literatura fueron fundamentales para evaluar los factores que limitan y que facilitan la correcta implementación de la APS en la Región; dichos factores se presentan con mayor detalle en el apéndice D.

Entre los **factores identificados como barreras a la implementación efectiva de la APS** se encuentran las dificultades inherentes a la transformación del sector salud desde los enfoques curativos —en el marco hospitalario—, hasta los preventivos —en el ámbito de la comunidad—. Entre las limitaciones se encuentran la segmentación y fragmentación de los sistemas de salud, la falta de compromiso político, la coordinación inadecuada entre las comunidades y las entidades locales, nacionales y agencias internacionales (incluyendo las políticas de ajuste y el énfasis en los programas verticales), la utilización inadecuada de la información local y la escasa cooperación intersectorial. El clima económico también se cita como un factor limi-

tante, dados los cambios en las ideologías económicas y políticas y la inestabilidad de las condiciones macroeconómicas que suelen conducir a la subinversión en servicios y sistemas de salud^{11, 32, 78, 79}. La inversión en recursos humanos se considera un área esencial que requiere atención, dado que la calidad de los servicios de salud depende en gran medida de quienes trabajan en ellos. El personal de salud debe recibir una capacitación integral desde el punto de vista técnico y humanístico; su desempeño no sólo depende de sus conocimientos y habilidades, sino también de su entorno de trabajo y de las políticas de incentivos apropiadas tanto a nivel local como global^{76, 80}. También se ha llamado la atención sobre la escasez del personal de enfermería a nivel internacional y su distribución desigual, además de las dificultades para conservarlo, debido generalmente a las condiciones de empleo poco atractivas y a las políticas internacionales que tienden a estimular su emigración hacia los países más desarrollados (véase el cuadro 3).

Los factores que facilitan la implementación y el desarrollo efectivo de la APS

incluyen el reconocimiento de que el liderazgo del sector de la salud está determinado por muchos factores, algunos de los cuales están fuera del control directo de dicho sector. La mejora de la equidad también parece exigir el compromiso político continuo a nivel nacional, incluida la previsión necesaria para garantizar que la financiación de la salud satisfaga las necesidades de la población⁸¹. Las experiencias exitosas de la APS han demostrado que para mejorar la salud y la equidad no basta con limitarse a aumentar el número de centros de salud y a capacitar al personal durante períodos breves. Por el contrario, se necesitan enfoques amplios que abarquen todo el sistema. La reorientación de los sistemas de salud hacia la APS exige hacer mayor énfasis en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. Los servicios de APS exitosos estimulan la participación, rinden cuentas y tienen un grado apropiado de inversión para garantizar la disponibilidad de servicios adecuados y accesibles a todas las personas, sin importar su capacidad de pago^{24, 11}. En particular, los gastos de bolsillo son uno de los medios más inequitativos de financiamiento de los servicios de salud: las estrategias exitosas de APS en la Región ponen énfasis en la cobertura universal para eliminar las barreras económicas al acceso⁶¹⁻⁶³. Por último, los esfuerzos de los agentes comunitarios de salud y otros activistas sociales, aun cuando generan oposición en algunos medios, a menudo se consideran como la clave del desarrollo de estrategias innovadoras para mejorar la salud de las comunidades en toda la Región.

Cuadro 3: Recursos humanos en las Américas: principales desafíos

Desafíos actuales:

- Los profesionales de salud tienen escasa motivación y remuneración en comparación con otros profesionales.
- Los trabajadores de salud cualificados son insuficientes para prestar cobertura universal.
- El trabajo en equipo está escasamente desarrollado o se estimula insuficientemente.
- Los profesionales cualificados prefieren trabajar en hospitales y ciudades.
- Falta de apoyo y supervisión adecuados.
- La formación universitaria y de postgrado del personal de salud no se ajusta a los requisitos de la práctica de la APS.
- Migración internacional de los trabajadores de salud (fuga de profesionales).

Consecuencias para los recursos humanos del diseño de un sistema de salud basado en la APS:

- La cobertura universal requerirá un volumen importante de profesionales capacitados en atención primaria.
- Los recursos humanos deben planificarse de acuerdo a las necesidades de la población.
- La capacitación de los recursos humanos debe articularse con las necesidades de salud y tiene que ser sostenible.
- Deben aplicarse políticas de calidad sobre el desempeño del personal.
- Es preciso caracterizar las capacidades humanas (perfiles y competencias), y el perfil de cada trabajador deberá ajustarse a una labor específica dependiendo de sus características.
- Se requieren mecanismos de evaluación continua que faciliten la adaptación de los trabajadores de salud a las nuevas situaciones y a las necesidades cambiantes de la población.
- Las políticas deben apoyar el enfoque multidisciplinario de la atención integral.
- La definición de trabajador de salud debe ampliarse para no incluir sólo a los médicos, sino también a quienes trabajan en los sistemas de apoyo, la gestión y la administración de servicios.
- La habilidad de ir más allá del ámbito clínico a través de la capacitación y del empleo de agentes comunitarios de salud y otros recursos comunitarios.

Fuentes: ^{28, 82, 83}

B. Construcción de alianzas para el cambio

Las reformas en materia de salud implican cambios fundamentales en la estructura de poder y los procesos políticos, de modo que quienes propugnan los sistemas de salud basados en la APS tendrán que prestar atención a las dimensiones técnicas y políticas de las reformas, así como a los implicados en estos procesos. En la conferencia de Alma Ata de 1978, Halfdan Mahler preguntaba a los participantes: "¿Están ustedes preparados para afrontar las batallas políticas y técnicas necesarias para superar los obstáculos sociales y económicos y la resistencia de los profesionales a la introducción universal de la APS?"³². Hoy en día, de nuevo debe formularse la misma pregunta, dado que la implementación de la visión de los sistemas de salud basados en la APS exige una cantidad considerable de recursos y esfuerzos.

Entre los defensores de esta causa se encuentran quienes trabajan actualmente en APS: algunas organizaciones no gubernamentales, trabajadores de centros de atención primaria, asociaciones profesionales defensoras de la APS (como las asociaciones de medicina familiar y de enfermería), algunos gobiernos que han apoyado el desarrollo de un enfoque integral de la APS, muchas asociaciones de salud pública y

algunas universidades y otros líderes académicos en APS. Todos ellos están interesados en que la APS tenga cada vez mayor apoyo y están en posición de abogar activamente por el cambio y de aplicar al menos los aspectos técnicos de la renovación de la APS. Por desgracia, la mayoría de los defensores naturales de la APS no se encuentran en una posición de gran poder político y en general cuentan con recursos económicos limitados.

Probablemente los opositores a esta causa sean quienes consideren la renovación de la APS como una amenaza para el *statu quo* que desean mantener. La experiencia ha demostrado que la mayoría de quienes se oponen al fortalecimiento de la APS son algunos médicos especialistas y sus asociaciones, los hospitales, la industria farmacéutica y algunos otros grupos de poder. Estos actores se encuentran entre los más poderosos en lo que se refiere a los recursos y al capital político en la mayoría de los países, y sus intereses se oponen a menudo a muchos esfuerzos de reforma en materia de salud.

Sin embargo, los defensores y los opositores de la renovación de la APS son superados en número por muchos actores, organizaciones y agencias cuya posición sobre esta cuestión es neutra: muchas agencias multilaterales y bilaterales, compradores de servicios de salud y la mayoría de los ciudadanos. En conjunto, este grupo neutral tiene una influencia política y económica

considerable; no obstante, cuando se consideran a título individual, sus intereses no suelen coincidir. Con frecuencia son divergentes e incluso están enfrentados en diferentes asuntos. Por consiguiente, la clave para abogar por la renovación de la APS será encontrar algún aspecto suficientemente atractivo como para que estos actores se movilicen para establecer alianzas con los defensores de la APS.

Existen varias etapas en la gestión del proceso de renovación de la APS. La primera de ellas es la labor para lograr el cambio en la percepción del problema y las soluciones entre todas las partes interesadas. La renovación de la APS debe formularse desde el punto de vista de sus objetivos generales, un sistema de salud más eficiente y efectivo, mejora de la salud y la equidad, aumento del nivel de desarrollo humano y su contribución al crecimiento económico sostenible. El proceso en curso de consulta regional de la OPS y las consultas a escala nacional han comenzado a sensibilizar a las partes interesadas respecto a la importancia de la renovación de la APS.

El siguiente paso es la captación de nuevos defensores; uno de los métodos para lograrlo es enfatizar que la Declaración del Milenio y la APS son estrategias complementarias. La APS es un enfoque esencial para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, dado que aboga por la consideración del sistema de salud como una institución social que refleja los valores de la sociedad y provee los medios para hacer efectivo el derecho al mayor nivel de salud posible³⁷. Así como la

APS se esfuerza por realinear las prioridades del sector de la salud, la Declaración del Milenio puede proporcionar el marco para un desarrollo social más amplio que acelerará las mejoras en materia de salud y que a su vez sentará las bases de un mejor desempeño del sector de la salud.

Considerando los actores específicos, es necesario que en las organizaciones financieras, bilaterales y multilaterales de desarrollo y financiamiento, instituciones y fundaciones, exista el convencimiento de que la renovación de la APS ayudará a la consecución y la sostenibilidad de sus objetivos. Ello es perceptible en diversos proyectos como la iniciativa de la OMS para el acceso universal a la prevención, la atención y el tratamiento de los casos de SIDA, así como para el logro de las metas del Fondo Global. Los defensores de la renovación de la APS deben argumentar que las inversiones en el sector de la salud son cruciales para crear las condiciones necesarias para conseguir un desarrollo humano equitativo más amplio, y también que un sistema de salud basado en la APS proporciona la base para un "sistema de atención integral" sostenible y con capacidad de respuesta, necesario para el logro de los objetivos de estas iniciativas internacionales⁸⁴.

De igual forma, los defensores de la APS necesitarán convencer a los compradores de servicios de salud —aseguradores de salud, agencias de la seguridad social y ministerios de salud— de que un sistema de salud basado en la APS al final compensará la inversión.



Los elementos de este argumento están presentes, pero es necesario agruparlos en una estrategia efectiva de comunicación y promoción, comprobando que se destaque la evidencia de la efectividad y la eficiencia de la APS y su potencial para el ahorro de costos a largo plazo.

Además, será esencial defender la adopción de un sistema de salud basado en la APS ante quienes lo vayan a utilizar. Los ciudadanos del mundo están exigiendo sistemas y servicios de salud efectivos, de buena calidad y que respondan a sus necesidades; brindarles educación sobre los beneficios de un sistema basado en la APS fortalecerá su capacidad para exigir compromisos específicos de sus gobiernos. En consecuencia, es necesario que la evidencia acerca de la efectividad de la APS se ponga a disposición de los miembros de la comunidad para que la puedan analizar y discutir. De igual modo, los defensores de la APS deben indagar sobre la opinión de los ciudadanos acerca de cuáles son los aspectos de la APS que consideran más importantes o imprescindibles.

Al mismo tiempo, los defensores de la APS deben trabajar para fortalecer la posición de quienes la apoyan. Esta labor implicará el desarrollo de alianzas y redes, así como la divulgación de evidencias y buenas prácticas. Hoy en día existe una oportunidad única de construir una alianza internacional de individuos y organizaciones dedicados a renovar la APS. Esto coincide con la atención creciente hacia la equidad, el papel de la comunidad internacional en la adopción de la salud como patrimonio público global y la creciente insatisfacción con el *statu quo*⁸⁵. Los partidarios de la renovación de la APS necesitarán acceder a la evidencia existente sobre los beneficios de un sistema de salud basado en la APS. Las lecciones aprendidas deben divulgarse a las partes interesadas, los defensores y los agentes del proceso de cambio de todos los niveles.

Una vez que se haya consolidado una masa crítica de partidarios y se hayan desarrollado en el nivel local los argumentos para la renovación de la APS, puede ser oportuno negociar con quienes no estén de acuerdo. El objetivo debiera ser la identificación de puntos de coincidencia y de discrepancia, así como de las posibles áreas en las cuales sea factible lograr un consenso mediante el compromiso, y aislar y reducir las áreas no negociables.

Existe un interés renovado en la APS en todo el mundo. Entidades tan diversas como el Banco Mundial, las organizaciones de abogacía, el sector privado y la OMS han reconocido que el fortalecimiento de los sistemas de salud es un requisito para mejorar el crecimiento económico, avanzar en la equidad social, mejorar

la salud y proveer atención para combatir infecciones tales como el VIH/SIDA. Nuestro trabajo es convencer a todos ellos de que la APS es el espacio lógico y apropiado para la colaboración, la inversión y la acción. Ahora es el momento de actuar.

C. Líneas de acción estratégica

El principal objetivo de las líneas de acción propuestas es desarrollar o fortalecer todavía más los sistemas de salud basados en la APS en toda la Región de las Américas. El logro de este objetivo requerirá de los esfuerzos conjuntos de los profesionales de la salud, los ciudadanos, el gobierno, la sociedad civil y las agencias multilaterales y bilaterales, entre otros.

Dada la diversidad de los países de la Región, el período para desarrollar las acciones recomendadas debe ser flexible y adaptable a los diferentes contextos y situaciones. En general, el tiempo estimado para lograr estos objetivos es de 10 años. Los dos primeros años darán prioridad a los análisis y al diagnóstico de la situación, dedicándose el tiempo restante a líneas de acción específicas que se enuncian a continuación.

A nivel de país (territorio nacional de cada país)

Los Estados Miembros, representados por sus gobiernos, deberán:

1. Liderar y desarrollar el proceso de renovación de la APS con el fin último de mejorar la salud de la población y la equidad.
2. Realizar una evaluación de la situación del país y diseñar un plan de acción a 10 años para la implementación de un sistema de salud basado en la APS.
3. Crear un plan de comunicaciones para divulgar la idea de los sistemas de salud basados en la APS.
4. Fomentar la participación de la comunidad en todos los niveles del sistema de salud.
5. Llevar a cabo un análisis de las partes interesadas y explorar las estrategias y opciones políticas que puedan llevar a la realización plena de un sistema de salud basado en la APS.
6. Asegurar la disponibilidad y sostenibilidad de los recursos económicos, materiales y tecnológicos para la APS.
7. Garantizar el desarrollo de los recursos humanos necesarios para la implementación exitosa de la APS, incorporando el enfoque de equipos multidisciplinarios.
8. Crear los mecanismos necesarios para fortalecer la colaboración intersectorial y el desarrollo de redes y asociaciones.
9. Contribuir a la armonización y al reajuste de las estrategias de cooperación internacional de tal forma que se dirijan más a las necesidades del país.

A nivel subregional (Región Andina, América Central, Caribe de habla española, Caribe de habla inglesa, Norteamérica y Cono Sur)

Los grupos subregionales, trabajando con la OPS/OMS, deberán:

1. Coordinar y facilitar el proceso de renovación de la APS.
2. Desarrollar una estrategia de comunicación y promoción para avanzar en el concepto de sistemas de salud basados en la APS.
3. Llevar a cabo un análisis de las partes interesadas y explorar las estrategias y opciones políticas que puedan llevar a la realización plena de un sistema de salud basado en la APS en la subregión.
4. Apoyar a la OPS/OMS y a otras agencias de cooperación internacional en la movilización de recursos para el apoyo de iniciativas de APS a nivel subregional.

A nivel regional (Región de las Américas)

La OPS/OMS, la OEA y entidades regionales, incluidas las agencias de cooperación internacional, deberán:

1. Coordinar y facilitar el proceso de renovación de la APS.
2. Llevar a cabo un análisis de las partes interesadas y explorar las opciones y estrategias para el avance de la APS en la Región.
3. Promover el desarrollo de redes regionales, alianzas y centros colaboradores en apoyo a la APS, así como el intercambio de experiencias en el seno de cada país y entre los países.
4. Liderar los esfuerzos de movilización y sostenibilidad de recursos en apoyo a las iniciativas de APS a nivel regional.
5. Desarrollar la metodología y los indicadores para monitorear y evaluar los avances logrados por los países y la Región en la implementación de los sistemas de salud basados en la APS.
6. Evaluar los diferentes sistemas basados en la APS e identificar y divulgar la información sobre mejores prácticas con vistas a mejorar su implementación.
7. Continuar colaborando con los países para mejorar la capacitación de los trabajadores de salud, incluidos los encargados de elaborar políticas y los gestores, en las áreas prioritarias de la APS.
8. Tener en cuenta los valores, principios y elementos esenciales de la APS en las actividades de todos los programas de cooperación técnica.
9. Contribuir a la armonización y al reajuste de las estrategias de cooperación internacional de forma que se orienten más a las necesidades de la Región.

A nivel mundial

La OPS, apoyada por la OMS y las sedes de las agencias de cooperación internacional, deberá:

1. Divulgar a nivel mundial el concepto de los sistemas de salud basados en la APS como estrategia clave para lograr los Objetivos de Desarrollo del Milenio y para abordar de manera eficaz los principales determinantes de la salud.
2. Evaluar la situación mundial en lo que respecta a la implementación de la APS, incluyendo el análisis de las partes interesadas y el estudio de las opciones y estrategias para el fortalecimiento de este enfoque.
3. Promover el desarrollo de redes mundiales, alianzas y centros colaboradores en apoyo a la APS, así como el intercambio de experiencias, en el seno de cada país y entre los países.
4. Conformar un grupo de trabajo para estudiar y proponer un marco conceptual, estableciendo los vínculos y las relaciones entre la APS y otras estrategias como la promoción de la salud, la salud pública, y el abordaje de los determinantes sociales de la salud.
5. Determinar el papel adecuado de la APS en respuesta a epidemias, pandemias, desastres y crisis mayores.



Julio 2007

Apéndices



Apéndice A: Metodología

Este documento toma como punto de partida los resultados del primer encuentro del grupo de trabajo en APS, que tuvo lugar en Washington, D.C., en junio de 2004. Los siguientes encuentros y debates se basaron en sus borradores. Este es un trabajo en proceso que continúa beneficiándose del diálogo y la crítica constructiva.

El Grupo de Trabajo (GT) en APS se creó el 13 de mayo de 2004, de acuerdo con la Resolución CD44.R6 de la OPS/OMS, la cual insta a los Estados Miembros a adoptar una serie de recomendaciones dirigidas al fortalecimiento de la APS. Las sesiones plenarias del Grupo de Trabajo se llevaron a cabo en Washington D. C. (28–30 de junio de 2004) y en San José de Costa Rica (25–29 de octubre de 2004). Los objetivos de estos encuentros fueron: 1) examinar y reafirmar las dimensiones conceptuales de la APS contenidas en la Declaración de Alma Ata; 2) desarrollar las definiciones operativas de los conceptos pertinentes a la APS; 3) guiar a los países y a la OPS/OMS sobre cómo reorientar los sistemas y servicios de salud de acuerdo con los principios de la APS; 4) formular una nueva declaración regional sobre la APS que refleje las realidades actuales de los sistemas de salud y la necesidad de evaluar los logros y progresos de la APS; y 5) organizar y llevar a cabo una consulta regional con los principales actores interesados para legitimar los procesos arriba enunciados.

Los documentos fruto de este proceso^{ix} se presentaron y comentaron en foros virtuales y en las sesiones plenarias del encuentro de Costa Rica. El Grupo de Trabajo se benefició de las visitas de campo que realizaron sus miembros a Costa Rica, donde consultaron a expertos locales sobre sus puntos de vista y experiencias en APS y las iniciativas para mejorar la equidad en la APS.

Con el fin de revisar las bases de la evidencia de la APS, se realizó un examen sistemático de las publicaciones, incluidos artículos de revistas sometidas a revisión por pares, publicaciones de organizaciones internacionales y publicaciones gubernamentales oficiales, así como documentos de trabajo; declaraciones y recomendaciones sobre políticas, fruto de encuentros internacionales y grupos de abogacía; e informes de experiencias de campo de diversas organizaciones internacionales, gubernamentales y no gubernamentales. Los resultados de esta revisión se presentan en la bibliografía como parte del documento elaborado por el Grupo de Trabajo^x.

El documento de posición preliminar se envió a los países en mayo de 2005 con recomendaciones para la realización de un proceso de consulta nacional sobre la APS y pautas específicas para el análisis del texto. Veinte consultas nacionales tuvieron lugar entre mayo y julio de 2005 (véase el cuadro 4). A escala nacional, el documento de posición fue revisado por representantes de ministerios, academias, ONG, asociaciones de profesionales, proveedores de servicios de salud, tomadores de decisión, consumidores y otros sectores sociales. Tras los debates a nivel nacional, cada país envió sus resultados a la sede de la OPS, donde sus recomendaciones se analizaron y se incorporaron a la versión final del documento.

Los borradores del documento de posición, la declaración regional y las líneas estratégicas de acción se discutieron en la Consulta Regional de Montevideo (Uruguay) que se celebró del 26 al 29 de julio de 2005. En este evento participaron 100 representantes de más de 30 países de la Región, incluyendo organizaciones no gubernamentales, asociaciones profesionales, universidades y otras agencias de las Naciones Unidas.

El actual documento de posición y la Declaración Regional reflejan las recomendaciones fruto de estos procesos de consulta.

Cuadro 4: Países participantes en las consultas nacionales sobre la renovación de la Atención Primaria de Salud

País	Fecha	País	Fecha
Argentina	20 de mayo a 10 de junio	Guatemala	2 y 9 de junio
Bolivia	junio (virtual)	Guyana	12 de mayo
Brasil	7 de junio	Jamaica	5 de mayo
Chile	11 de junio	México	1 de julio
Colombia	25 a 28 de mayo	Nicaragua	21 y 23 de junio
Costa Rica	10 de junio	Panamá	8 de julio
Cuba	13 de junio	Paraguay	2 de junio
República Dominicana	27 a 30 de junio	Perú	14 y 15 de julio
Ecuador	14 de julio	Suriname	30 de junio
El Salvador	15 de junio	Venezuela	14 y 20 de julio

^{ix} Revisión y actualización de los principios de APS. Dr. Javier Torres Goitia y Grupo 1; Desarrollo de un nuevo marco conceptual y analítico de APS. Dra. Sarah Escorel y Grupo 2; Integración de los enfoques horizontal y vertical en la Atención Primaria en Salud. Dr. Rodrigo Soto y Grupo 3; Consulta regional. Términos de referencia. Dr. Enrique Tanoni, Dr. Juan Manuel Sotelo y Grupo 4.

^x Annotated Bibliography on Primary Health Care. 2005. Preparado por J. Macinko y F. Guanais. Washington, D. C., Pan American Health Organization.

Apéndice B: Declaración regional sobre las nuevas orientaciones de la atención primaria de salud (Declaración de Montevideo)

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD
46.º CONSEJO DIRECTIVO
57.ª SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL
Washington, D.C., EUA, 26–30 de septiembre 2005

CONSIDERANDO QUE:

A pesar de que la Región de las Américas ha hecho adelantos importantes en materia de salud y ejecución de la atención primaria de salud, aún hay desafíos y desigualdades relacionados con la salud que persisten en los países de la Región y entre ellos. Para abordar esta situación los Estados necesitan objetivos cuantificables y estrategias integradas para el desarrollo social.

Desde hace tiempo los países de la Región han reconocido la necesidad de combatir la exclusión en materia de salud mediante la ampliación de la protección social como un elemento fundamental de las reformas sectoriales llevadas a cabo en los Estados Miembros (Resolución CSP26.R19). Los países también han reconocido que la atención primaria de salud contribuye y tiene un potencial para mejorar los resultados sanitarios, y la necesidad de definir las nuevas orientaciones estratégicas y programáticas para la realización plena de dicho potencial (Resolución CD44.R6); asimismo se han comprometido a integrar e incorporar los objetivos de desarrollo relacionados con la salud acordados internacionalmente, incluidos los que figuran en la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas, en las metas y los objetivos de las políticas sanitarias de cada país (Resolución CD45.R3).

La Declaración de Alma-Ata sigue siendo válida en principio, sin embargo, en lugar de ponerse en práctica como otro programa u objetivo, sus ideas fundamentales deben integrarse en los sistemas sanitarios de la Región. De este modo, los países podrán afrontar nuevos desafíos, como los cambios epidemiológicos y demográficos; las nuevas situaciones socioculturales y económicas; las infecciones emergentes o pandemias; la repercusión de la globalización en la salud, y los costos sanitarios cada vez mayores en el marco de las características particulares de los sistemas nacionales de salud.

La experiencia adquirida a lo largo de los 27 últimos años demuestra que con los sistemas de salud que cumplen con los principios de la atención primaria de salud se logran mejores resultados sanitarios y se aumenta su eficiencia en la atención de salud individual y pública, y con los proveedores públicos y privados.

Un sistema sanitario basado en la atención primaria de salud orienta sus estructuras y funciones hacia los valores de la equidad y la solidaridad

social, y el derecho de todo ser humano a gozar del grado máximo de salud que se pueda lograr sin distinción de raza, religión, ideología política o condición económica o social. Los principios que se requieren para mantener un sistema de esta naturaleza son la capacidad para responder equitativa y eficientemente a las necesidades sanitarias de los ciudadanos, incluida la capacidad de vigilar el avance para el mejoramiento y la renovación continuos; la responsabilidad y obligación de los gobiernos de rendir cuentas; la sostenibilidad; la participación; la orientación hacia las normas más elevadas de calidad y seguridad; y la puesta en práctica de intervenciones intersectoriales.

NOS COMPROMETEMOS A:

Abogar por la integración de los principios de la atención primaria de salud en el desarrollo de los sistemas nacionales de salud, la gestión sanitaria, la organización, el financiamiento y la atención a nivel de país de una manera que contribuya, en coordinación con otros sectores, al desarrollo humano integral y equitativo, y que permita abordar eficazmente, entre otros desafíos, los objetivos de desarrollo relacionados con la salud internacionalmente acordados, incluidos los que figuran en la Declaración del Milenio de las Naciones Unidas, y otros retos nuevos relacionados con la salud. A tal efecto, cada Estado debe preparar, según sus necesidades y capacidades, un plan de acción, estableciendo tiempos o plazos para la formulación de este plan de acción y señalando criterios para su evaluación, basado en los elementos que a continuación se describen.

I) El compromiso de facilitar la inclusión social y la equidad en materia de salud

Los Estados deben trabajar para alcanzar la meta del acceso universal a la atención de gran calidad para obtener el grado máximo de salud que se pueda lograr. Asimismo, deben determinar y eliminar las barreras al acceso institucionales, geográficas, étnicas, de género, culturales o económicas, y elaborar programas concretos para las poblaciones vulnerables.

II) El reconocimiento de las funciones decisivas tanto del individuo como de la comunidad para establecer sistemas basados en la atención primaria de salud

Se debe fortalecer la participación a nivel local de los individuos y las comunidades en su conjunto en el sistema sanitario, al objeto de que el individuo, la familia y la comunidad tengan voz en la adopción de decisiones; asimismo, se debe fortalecer la ejecución y las intervenciones de los individuos y la comunidad, así como apoyar y mantener eficazmente las políticas sanitarias en pro de la familia con el transcurso del tiempo. Los Estados Miembros deben poner a la dis-

posición de las comunidades la información relativa a los resultados y programas sanitarios, y al desempeño de los centros de salud para que sea utilizada en la supervisión del sistema sanitario.

III) La orientación hacia la promoción de la salud y la atención integral e integrada

Los sistemas de salud centrados en la atención individual, los enfoques curativos y el tratamiento de la enfermedad deben incluir acciones encaminadas hacia la promoción de la salud, la prevención de enfermedades e intervenciones basadas en la población para lograr la atención integral e integrada. Los modelos de atención de salud deben basarse en sistemas eficaces de atención primaria; orientarse a la familia y la comunidad; incorporar el enfoque de ciclo de vida; tener en cuenta las consideraciones de género y las particularidades culturales; y fomentar el establecimiento de redes de atención de salud y la coordinación social que vela por la continuidad adecuada de la atención.

M) El fomento del trabajo intersectorial

Los sistemas de salud deben facilitar las aportaciones coordinadas e integradas de todos los sectores, incluidos los sectores público y privado, en torno a los factores determinantes de la salud, al objeto de alcanzar el grado máximo de salud que sea posible.

V) La orientación hacia la calidad de la atención y la seguridad del paciente

Los sistemas de salud deben prestar atención apropiada, eficaz y eficiente, e incorporar los aspectos de la seguridad del paciente y la satisfacción de los consumidores, lo cual abarca los procesos de mejoramiento continuo de la calidad y la garantía de la calidad de las intervenciones clínicas, preventivas y que fomentan la salud.

VI) El fortalecimiento de los recursos humanos en materia de salud

Es necesario incorporar prácticas y modalidades de atención primaria de salud en el perfeccionamiento de todos los niveles de los programas de adiestramientos educativos y continuos. Las prácticas de contratación y retención deben incluir los elementos fundamentales, a saber, motivación, ascensos, entornos de trabajo estables, condiciones laborales que tengan en cuenta a los empleados y oportunidades de contribuir de manera importante a la atención primaria de salud. Asimismo, es fundamental que se reconozca la plantilla de los profesionales y para profesionales, y de los trabajadores formales e informales, así como las ventajas que supone el enfoque de equipo.

VII) El establecimiento de condiciones estructurales que permitan la renovación de la atención primaria de salud

Los sistemas sanitarios que se basan en la atención primaria de salud requieren la ejecución de políticas apropiadas y marcos institucionales legales y estables, y una organización simplificada y eficaz del sector sanitario que velen por que su funcionamiento y administración sean eficaces, de modo que puedan responder rápidamente frente a los desastres, las epidemias u otras situaciones de emergencia relacionadas con la atención sanitaria, incluidas las que se presentan en las épocas de cambios políticos, económicos o sociales.

VIII) La garantía de la sostenibilidad financiera

Los Estados deben llevar a cabo las actividades necesarias para trabajar hacia el logro de financiamiento sostenible de los sistemas de salud, apoyar el proceso de renovación de la atención primaria de salud, promover una respuesta adecuada frente a las necesidades sanitarias de la población, con el apoyo de los organismos internacionales de cooperación.

IX) La investigación y el desarrollo y la tecnología apropiada

La investigación en materia de sistemas sanitarios, la vigilancia y evaluación continuas, el intercambio de las prácticas óptimas y el desarrollo de tecnología son componentes fundamentales de una estrategia para renovar y fortalecer la atención primaria de salud.

X) El fortalecimiento de las redes y asociaciones de cooperación internacional para apoyar la atención primaria de salud

Para apoyar la atención primaria de salud, la OPS/OMS y otros organismos internacionales de cooperación pueden contribuir al intercambio del conocimiento científico, al establecimiento de prácticas basadas en datos científicos, a la movilización de recursos y a mejorar la armonización de la cooperación internacional

(Octava reunión, 29 de septiembre de 2005)

Apéndice C: Algunos hitos de la Atención Primaria de Salud en las Américas, 1900–2005

Período	Eventos mundiales	Eventos en las Américas
1900–década de 1950	<ul style="list-style-type: none"> • La Conferencia de las Naciones Unidas celebrada en San Francisco acordó por unanimidad establecer una nueva Organización Internacional de la Salud con funciones autónomas (1945) • Desarrollo del enfoque de Atención Primaria Orientada a la Comunidad en Sudáfrica y Estados Unidos 	<ul style="list-style-type: none"> • Establecimiento de la Oficina Sanitaria Internacional (1902) • Esperanza de vida: 55,2 años (1950–1955)
Década de 1960	<ul style="list-style-type: none"> • Los médicos misioneros que trabajaban en países en desarrollo crearon la Comisión Médica Cristiana. Enfatizaron en la capacitación de los trabajadores de salud de las comunidades 	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento acelerado de la capacitación de profesionales de salud y la inversión en infraestructura en las Américas • Esperanza de vida: 65,06 años (1968, estimación)
Década de 1970	<ul style="list-style-type: none"> • Expansión del programa de los “médicos descalzos” en China • Se establecen prioridades en cuanto a las necesidades básicas: alimentación, vivienda, agua, suministros, servicios médicos, educación y empleo • Halfdan Mahler es elegido director general de la OMS. Durante su mandato respaldó eficazmente el trabajo comunitario (1973) • Primera Conferencia de Población (1974) • La 28ª Asamblea Mundial de la Salud establece como prioridad la creación de Programas Nacionales en Atención Primaria de Salud (1975) • Conferencia Internacional de Alma Ata (1978) • Erradicación de la viruela (1979) • Atención Primaria de Salud Selectiva (1979) 	<ul style="list-style-type: none"> • El Informe Lalonde, canadiense, formula el concepto de determinantes “no médicos” de la salud (1974) • Desarrollo de metas regionales de salud • Se desarrollan proyectos a pequeña escala de Atención Primaria dirigidos a la comunidad en Venezuela y en Centroamérica, además de otros países • Esperanza de vida: 66 años (1978)
Década de 1980	<ul style="list-style-type: none"> • Salud para Todos • La OMS pone en marcha un programa de lucha contra la infección por el VIH/SIDA • Expansión de la Atención Primaria de Salud selectiva y de los programas verticales • Conferencia de Población (México, 1983) • Carta de Ottawa (1986) 	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollo del Plan de Acción Regional • Depresión económica • Deterioro de los servicios públicos • En algunos países se eligen gobiernos democráticos • Dependencia de los donantes • Enfoque de sistemas de salud locales (SILOS) • Renovación de la participación comunitaria • Cobertura vacunal para el sarampión: 48% • Incidencia de sarampión: 408/1.000.000 • Esperanza de vida: 69,2 años (1980–1985)
Década de 1990	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollo sostenible • Concepto de desarrollo humano • El Banco Mundial señala la necesidad de combatir la pobreza e invertir en salud • La reforma del sector de la salud promueve un paquete básico de servicios de salud • Cambio en el papel del Estado • Cumbre a favor de la Infancia (Nueva York, 1990) • Cumbre de la Tierra (Río de Janeiro, 1992) • Conferencia sobre Población y Salud Reproductiva (El Cairo, 1994) 	<ul style="list-style-type: none"> • Epidemia de cólera • Deterioro progresivo de las condiciones de vida y del entorno social y físico • Algunas reformas de salud fortalecen la Atención Primaria de Salud (Cuba, Costa Rica) • PIAS (Plan de Inversión en Ambiente y Salud) • Fin de las guerras civiles en Centroamérica • Erradicación de la polio en las Américas (1994) • Esperanza de vida: 72,0 años (1996)
Década de 2000	<ul style="list-style-type: none"> • Comisión sobre Macroeconomía y Salud • Expansión de la pandemia de infección por el VIH/SIDA • Creación del Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Malaria y la Tuberculosis • Establecimiento de GAVI • Enfoque en la equidad en materia de salud • La salud se considera un bien de salud pública global • Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) • Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud • Carta de Bangkok (2005) 	<ul style="list-style-type: none"> • Cobertura vacunal contra el sarampión: 93% • Incidencia de sarampión: 2/1.000.000 • Esperanza de vida: 72,9 años (1995–2000) • Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas

Fuentes: 32, 82, 86–91

Apéndice D: Factores facilitadores y barreras para la implementación efectiva de la Atención Primaria de Salud en las Américas

Área	Factores facilitadores	Barreras
Visión o enfoque hacia la salud	<ul style="list-style-type: none"> • Enfoque integral hacia la salud y sus determinantes • Promoción de la salud comunitaria • Promoción de la responsabilidad individual, familiar y comunitaria 	<ul style="list-style-type: none"> • Visión fragmentada de los conceptos de salud y desarrollo • Indiferencia hacia los determinantes de la salud • Carencia de un enfoque preventivo y de autocuidado de la salud • Énfasis excesivo en la atención curativa y especializada • Operatividad insuficiente de los conceptos de Atención Primaria de Salud • Diversidad de interpretaciones de la Atención Primaria de Salud
Características de los sistemas de salud	<ul style="list-style-type: none"> • Cobertura universal como parte de la inclusión social • Servicios basados en las necesidades de la población • Funciones de coordinación en todos los niveles • Atención basada en la evidencia y la calidad 	<ul style="list-style-type: none"> • Reformas de salud que han dividido a la población basándose en su capacidad de pago de los servicios de salud • Segmentación entre los sectores público, de seguridad social y privado • Falta de coordinación y de sistemas de referencia • Capacidad normativa deficiente
Liderazgo y gestión	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación periódica del desempeño • Procesos de reforma participativos • Identificación correcta de las prioridades sectoriales • Prácticas de construcción de consenso • Integración de la cooperación local y mundial • Sistemas de información de salud y de gestión fortalecidos e integrados 	<ul style="list-style-type: none"> • Ausencia de compromiso político • Centralización excesiva de la planificación y la gestión • Liderazgo débil y falta de credibilidad ante los ciudadanos • Movilización de intereses opuestos a la Atención Primaria de Salud • Participación comunitaria limitada y exclusión de otras partes interesadas
Recursos humanos	<ul style="list-style-type: none"> • Énfasis en la calidad y el mejoramiento continuo • Educación profesional continua • Desarrollo de equipos multidisciplinares • Promoción de la investigación 	<ul style="list-style-type: none"> • Condiciones inadecuadas de empleo • Desarrollo deficiente de competencias • Interés limitado en la investigación operativa y el desarrollo • Pobre utilización de técnicas de gestión y comunicación • Predominio de los enfoques curativo y biomédico
Condiciones financieras y macroeconómicas	<ul style="list-style-type: none"> • Políticas para garantizar el financiamiento adecuado a lo largo del tiempo • Sistemas para la asignación y utilización eficientes y equitativas de los recursos • Políticas macroeconómicas más sólidas a favor de la población pobre y vulnerable. 	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de sostenibilidad financiera de la Atención Primaria de Salud • Gasto público concentrado en especialistas, hospitales y alta tecnología • Inadecuación de los presupuestos asignados a la Atención Primaria de Salud • Globalización e inestabilidad económica
Cooperación internacional enfocada al sector de la salud	<ul style="list-style-type: none"> • La Atención Primaria de Salud refleja los valores sociales y las necesidades de salud de la población • La Atención Primaria de Salud es un elemento fundamental de las políticas nacionales de salud • Las reformas fortalecen el papel rector del Estado • Marcos políticos y legales para las reformas en materia de salud • Políticas de descentralización progresiva • Las reformas de salud fortalecen los sistemas de salud, más que debilitarlos 	<ul style="list-style-type: none"> • Estrategias y prioridades dirigidas a enfermedades específicas • Valores sociales no considerados en las iniciativas de la reforma • Objetivos no realistas y limitados en el tiempo, que no reflejan las prioridades de la población • Escasa continuidad de las políticas de salud • Enfoques excesivamente verticales y centralizados • Transferencia de costos a los ciudadanos sin suficiente consulta

Fuentes: ^{1, 3, 11, 32, 79, 92-95} y los informes nacionales fruto del proceso consultivo para la renovación de la Atención Primaria de Salud

Julio 2007

Referencias



1. Pan American Health Organization. Health in the Americas (Vols I and II). Washington, DC: PAHO, 2002.
2. The Earth Institute. A race against time: The challenge of cardiovascular disease in developing economies. New York: Columbia University, 2004.
3. Arraigada I, Hopenhayn M. Producción, tráfico, y consumo de drogas en América Latina. Santiago: ECLAC, 2000.
4. Commission on Social Determinants of Health. Action on the social determinants of health: Learning from previous experiences (March). Geneva: WHO, 2005.
5. Kim J, Millen J, Irwin A, Gershman J, editors. Dying for growth: global inequality and the health of the poor. Monroe, MN: Common Courage, 2000.
6. Stiglitz J. Globalization and its discontents. New York: W.W. Norton & Co., 2003.
7. United Nations Development Program. Human Development Report. New York: Oxford University Press, 2003.
8. Sen A. Development as freedom. New York: Alfred Knopf, 1999.
9. World Health Organization. Health and Human Rights. Available <http://www.who.int/hhr/en/>, December 14, 2004.
10. Berkman L, Kawachi I, editors. Social epidemiology. New York: Oxford University Press, 2000.
11. People's Health Movement, editor. Health for All Now! Revive Alma Ata!! The Alma Ata Anniversary Pack. Unnikrishnan, Bangalore (India): People's Health Movement, 2003.
12. Commission on Social Determinants of Health. Towards a conceptual framework for analysis and action on the social determinants of health (draft 5 May). Geneva: WHO, 2005.
13. Pan American Health Organization. Atención Primaria de Salud en las Américas: Las Enseñanzas Extraídas a lo Largo de 25 Años y los Retos Futuros. Washington, DC: PAHO, 2003.
14. Roberts M, Hsiao W, Berman P, Reich M. Getting health reform right; A guide to improving performance and equity. Oxford: Oxford University Press, 2004.
15. Homedes N, Ugalde A. Why neoliberal health reforms have failed in Latin America. Health Policy 2005;71:83-96.
16. Kekki P. Primary health care and the Millennium Development Goals: issues for discussion. Geneva: WHO, 2004.
17. Pan American Health Organization. Revisión de las políticas de Atención Primaria de salud en América Latina y el Caribe. Washington, DC: PAHO, 2003.
18. Boerma W, Fleming D. The role of general practice in primary health care. Norwich: The Stationery Office/World Health Organization Regional Office for Europe, 1998.
19. Weiner J. Primary care delivery in the United States and four northwest European countries: comparing the "corporatized" with the "socialized". The Millbank Quarterly 1987;65(3):426-461.
20. Walsh JA, Warren KS. Selective Primary Health Care: an interim strategy for disease control in developing countries. N Engl J Med 1979;301(18):967-974.
21. World Health Organization. Chapter 7: Health Systems: principled integrated care. In: WHO, editor. World Health Report 2003. Geneva: WHO, 2003.
22. World Health Organization. A Global Review of Primary Health Care: Emerging Messages. Geneva: WHO, 2003.
23. World Health Organization. Multi-country Evaluation of IMCI: Main Findings: WHO, 2004.
24. Pan American Health Organization. Special Session on the 25th Anniversary of the Declaration of Alma Ata. 45th Directing Council Provisionary Summary. PAHO publication CD45/SR/4. Washington, DC, 2004.
25. Tejada de Rivero D. Alma-Ata Revisited. Perspectives in Health 2003;8(2):2-7.
26. Institute of Medicine. Defining Primary Care: An Interim Report. Washington, DC: National Academy Press, 1994.
27. World Health Organization. Atención primaria de salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. Geneva: WHO, 1978.

28. Peoples' Health Movement. The Medicalization of Health Care and the challenge of Health for all. People's Health Assembly; 2000 December 2000; Dhaka, Bangladesh.
29. Vuori H. Primary health care in Europe—Problems and solutions. *Community Medicine* 1984;6:221–31.
30. Vuori H. The role of the schools of public health in the development of primary health care. *Health Policy* 1985;4(3):221–30.
31. World Health Organization. Development of Indicators for Monitoring Progress towards Health For All by the Year 2000. Geneva: WHO, 1981.
32. Cueto M. The origins of primary health care and selective primary health care. *Am J Public Health* 2004;94(11):1864–74.
33. Ehiri JE, Prowse JM. Child health promotion in developing countries: the case for integration of environmental and social interventions? *Health Policy Plan* 1999;14(1):1–10.
34. Magnussen L, Ehiri J, Jolly P. Comprehensive versus selective primary health care: lessons for global health policy. *Health Affairs* 2004;23(3):167–76.
35. Wolff JL, Starfield B, Anderson G. Prevalence, expenditures, and complications of multiple chronic conditions in the elderly. *Arch Intern Med* 2002;162(20):2269–76.
36. Mills A. Mass campaigns versus general health services: what have we learnt in 40 years about vertical versus horizontal approaches? *Bulletin of the WHO* 2005;83(4):315–6.
37. Freedman L, Wirth M, Waldman R, Chowdhury M, Rosenfield A. Who's got the power? Transforming health systems to improve the lives of women and children. Millennium Project Task Force 4: Child Health and Maternal Health—Interim Report. New York: UN Millennium Project.
38. World Health Organization. World Health Report 2000. Geneva: World Health Organization, 2000.
39. World Health Organization. The Ljubljana Charter on Reforming Health Care. Geneva: WHO, 1996.
40. Fuenzalida–Puelma H, Scholle–Connor S. The Right to Health in the Americas. Washington, DC: Pan American Health Organization, 1989.
41. Sen A. Why health equity? *Health Economics* 2002;11:659–666.
42. Donabedian A. The seven pillars of quality. *Arch Pathol Lab Med* 1990;114:1115–8.
43. Sen A. *Inequality Reexamined*. London: Oxford University Press, 1992.
44. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. *International Journal of Health Services* 1992;22(3):429–45.
45. Macinko J, Starfield B. Annotated Bibliography on Equity in Health, 1980–2001. *Int J Equity Health* 2002;1(1):1.
46. Aday LA, Andersen R, Fleming DV. The expanded behavioral model of access. *Health care in the US: Equitable for whom?* Newbury Park, CA: Sage Publications, 1980.
47. Pan American Health Organization. *Public Health in the Americas: New concepts, performance analysis and bases for action*. Washington, DC: PAHO, 2002.
48. Baicker K, Chandra A. Medicare spending, the physician workforce, and beneficiaries' quality of care. *Health Aff (Millwood)* 2004;Suppl Web Exclusives:W4–184–97.
49. Macinko J, Starfield B, Shi L. The contribution of primary care systems to health outcomes within OECD countries, 1970–1998. *Health Services Research* 2003;38(3):819–853.
50. Starfield B. Is primary care essential? *Lancet* 1994;344(8930):1129–33.
51. Starfield B, Shi L, Macinko J. Contribution of primary care to health systems and health. *Milbank Q* 2005; 83:457–502.
52. Starfield B, Shi L. Policy relevant determinants of health: An international perspective. *Health Policy* 2002;60(3):201–16.
53. Van Doorslaer E, Wagstaff A, Van der Burg H, Christiansen T, Citoni G, Di Biase R, et al. The redistributive effect of health care finance in twelve OECD countries. *Journal of Health Economics* 1999;18:291–313.
54. Macinko J, Guanais F, Marinho F. An Evaluation of the Impact of the Family Health Program on Infant Mortality in Brazil, 1990–2002. *Journal of Epidemiology and Community Health* 2006;60(1):13–19.

55. Grumbach K. The ramifications of specialty-dominated medicine. *Health Aff (Millwood)* 2002;21(1):155–7.
56. Forrest CB, Starfield B. Entry into primary care and continuity: the effects of access. *Am J Public Health* 1998;88(9):1330–6.
57. Raddish M, Horn SD, Sharkey PD. Continuity of care: is it cost effective? *Am J Manag Care* 1999;5(6):727–34.
58. Shi L. Primary care, specialty care, and life chances. *International Journal of Health Services* 1994;24(3):431–458.
59. Starfield B. *Primary Care: Balancing Health Needs, Services and Technology*. New York: Oxford University Press, 1998.
60. Gwatkin DR, Bhuiya A, Victora CG. Making health systems more equitable. *Lancet* 2004;364(9441):1273–80.
61. Rajmil L, Starfield B, Plasencia A, Segura A. The consequences of universalizing health services: children's use of health services in Catalonia. *Int J Health Serv* 1998;28(4):777–91.
62. Palmer N, Mueller DH, Gilson L, Mills A, Haines A. Health financing to promote access in low income settings—how much do we know? *Lancet* 2004;364(9442):1365–70.
63. Gilson L, McIntyre D. Removing user fees for primary care: Necessary, but not enough by itself. *Equinet Newsletter* 2004;42.
64. Casanova C, Colomer C, Starfield B. Pediatric hospitalization due to ambulatory care-sensitive conditions in Valencia (Spain). *Int J Qual Health Care* 1996;8(1):51–9.
65. Casanova C, Starfield B. Hospitalizations of children and access to primary care: a cross-national comparison. *International Journal of Health Services* 1995;25(2):283–94.
66. Caminal J, Starfield B, Sanchez E, Casanova C, Morales M. The role of primary care in preventing ambulatory care sensitive conditions. *Eur J Public Health* 2004;14(3):246–51.
67. Bindman AB, Grumbach K, Osmond D, Komaromy M, Vranizan K, Lurie N, et al. Preventable hospitalizations and access to health care. *JAMA* 1995;274(4):305–11.
68. Billings J, Parikh N, Mijanovich T. Emergency department use in New York City: a substitute for primary care? *Issue Brief (Common Fund)* 2000;433(1–5).
69. Bermúdez-Tamayo C, Marquez-Calderón S, Rodríguez del Aguila MM, Perea-Milla Lopez E, Ortiz Espinosa J. [Organizational characteristics of primary care and hospitalization for to the main ambulatory care sensitive conditions] (Article in Spanish). *Atención Primaria* 2004;33(6):305–11.
70. Rosenblatt RA, Wright GE, Baldwin LM, Chan L, Clitherow P, Chen FM, et al. The effect of the doctor-patient relationship on emergency department use among the elderly. *Am J Public Health* 2000;90(1):97–102.
71. Gill JM, Mainous AG, 3rd, Nsereko M. The effect of continuity of care on emergency department use. *Arch Fam Med* 2000;9(4):333–8.
72. Weiss LJ, Blustein J. Faithful patients: the effect of long-term physician-patient relationships on the costs and use of health care by older Americans. *Am J Public Health* 1996;86(12):1742–7.
73. Rosero-Bixby L. Evaluación del impacto de la reforma del sector de la salud en Costa Rica mediante un estudio cuasiexperimental. *Revista Panamericana de Salud Pública* 2004;15(2):94–1003.
74. Rosero-Bixby L. Spatial access to health care in Costa Rica and its equity: a GIS-based study. *Social Science & Medicine* 2004;58:1271–1284.
75. Bojalil R, Guiscafre H, Espinosa P, Martínez H, Palafox M, Romero G, et al. The quality of private and public primary health care management of children with diarrhoea and acute respiratory infections in Tlaxcala, Mexico. *Health Policy Plan* 1998;13(3):323–31.
76. Reyes H, Pérez-Cuevas R, Salmerón J, Tome P, Guiscafre H, Gutiérrez G. Infant mortality due to acute respiratory infections: the influence of primary care processes. *Health Policy Plan* 1997;12(3):214–23.
77. Global Forum for Health Research. *Global Forum Update on Research for Health 2005*. Health research to achieve the Millennium Development Goals (available: <http://www.globalforumhealth.org>). London: Pro-Brook Publishing, 2005.

78. Symposium on National Strategies for Renewing Health—for–All. Final Report. Symposium on National Strategies for Renewing Health—for–All; 1998; Washington, DC. PAHO.
79. Banerji D. Alma–Ata showed the route to effective resource allocations for health. *Bull World Health Organ* 2004;82(9):707–708.
80. Kupfer L, Hofman K, Jarawan R, McDermott J, Bridbord K. Strategies to discourage brain drain. *Bull World Health Organ* 2004;82(8):616–9; discussion 619–23.
81. Glassman A, Reich MR, Laserson K, Rojas F. Political analysis of health reform in the Dominican Republic. *Health Policy and Planning* 1999;14(2):115–126.
82. Pan American Health Organization. Gestión descentralizada de recursos humanos de salud en la reforma sectorial. In: Brito P, Campos F, Novick M, editors. *Gestión de Recursos Humanos en las reformas sectoriales en salud: cambios y oportunidades*. Washington, DC: PAHO, 1996.
83. World Health Organization. *Preparing a health care workforce for the 21st Century*. Geneva: WHO, 2005.
84. Birdsall N, Szekely M. *Bootstraps, not Band–Aids: Poverty, equity and social policy*. Working paper 24. Washington, DC: Center for Global Development, 2003.
85. Smith R, Woodward D, Acharya A, Beaglehole R, Drager N. Communicable disease control: a 'Global Public Good' perspective. *Health Policy Plan* 2004;19(5):271–8.
86. Casas JA. *La experiencia de SPT en la región de las Américas: Implantación de los programas. Renovación de salud para todos*. Washington, DC: PAHO, 1996.
87. Rodríguez–García R, Goldman A. *La conexión Salud–Desarrollo*. Washington, DC: PAHO, 1996.
88. Pan American Health Organization. *La transición hacia un nuevo siglo de salud en las Américas: Informe anual de la Directora*. Washington, DC: PAHO, 2003.
89. *Storia dell'eradicazione della poliomielite*. Available: <http://www.epicentro.iss.it/problemi/polio/Timeline.pdf> December 21, 2004.
90. Organización Panamericana de la Salud. *Análisis de la situación de salud y sus tendencias en las Américas por subregión, 1980–1998*. *Boletín Epidemiológico* 20 años 1999;20(1).
91. Pan American Health Organization. *Health conditions in the Americas 1965–1968*. Washington, DC PAHO/WHO, 1970.
92. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). *Estudio Económico de América Latina y el Caribe*. Santiago: CEPAL, 2004.
93. Szekely M. *The 1990s in Latin America: Another decade of persistent inequality, but with somewhat lower poverty*. Interamerican Development Bank Working Paper 454. Washington, DC: IDB, 2001.
94. Shiffman J, Stanton C, Salazar AP. The emergence of political priority for safe motherhood in Honduras. *Health Policy Plan* 2004;19(6):380–90.
95. Lewis MJ. *A Situational Analysis of Cervical Cancer in Latin America and the Caribbean*. Washington, DC: PAHO/WHO, 2004.





www.ops-oms.org



**Organización
Panamericana
de la Salud**



Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud

525 23rd Street, N.W., Washington, D.C. 20037-2895