

LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD A CASI TRES DECADAS DE SU FORMULACION

MARTIN DE LELLIS - PATRICIA CASANOVA
SALUD PUBLICA Y SALUD MENTAL
CATEDRA I
FACULTAD DE PSICOLOGIA
UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES

Abril 2006

INDICE

Introducción

1) Contexto histórico, social y político

2) La meta de *Salud para todos en el año 2000*

3) La Estrategia de Atención Primaria de la Salud

3.1 Los principios fundamentales

3.2 Componentes de la Atención Primaria de la Salud

3.3 Cuatro perspectivas de análisis

4) La Regionalización

4.1 Los Sistemas Locales de Salud

4.2 Las Areas Programáticas

5) Veintiocho años después: a modo de balance

6) De frente al Nuevo Milenio

Bibliografía

Anexo

A) Declaración de Alma Ata

Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud,
Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978

B) Algunos hitos de la APS en las Américas, 1900-2000

C) Facilitadores y Barreras para la Implementación Efectiva de la APS en las Américas

Mg. Martín de Lellis

PROFESOR TITULAR REGULAR

CATEDRA I SALUD PUBLICA Y SALUD MENTAL

Mg. Patricia Casanova

PROFESORA ADJUNTA

CATEDRA I SALUD PUBLICA Y SALUD MENTAL

INTRODUCCIÓN

"Frente a la enfermedad que genera la miseria, frente a la tristeza, la angustia y el infortunio social de los pueblos, los microbios como causas de enfermedad son unas pobres causas". Así planteaba el Dr. Ramón Carrillo, médico sanitarista y primer Ministro de Salud y Asistencia Pública de la historia de nuestro país, la dolorosa situación de salud que reinaba en tantos rincones de la República Argentina, de Latinoamérica y de extensas porciones del resto del mundo.

Las ideas que algunas décadas después fueron motivo de eventos, acuerdos y declaraciones se han nutrido, sin duda, en aquellos pensadores y hombres de ciencia que vislumbraron a través de la historia a la salud como resultado de múltiples factores políticos, sociales y medioambientales. Sin embargo, durante gran parte del siglo XX el pensamiento hegemónico se caracterizó por el biologicismo, la ahistoricidad, la descontextualización, la burocratización y el economicismo, constituyéndose los mismos en obstáculos para comprender la salud de los pueblos como un proceso que superaba las fronteras de la asistencia a la enfermedad.

Resulta paradójico que mientras la ciencia avanzaba a pasos agigantados nutriéndose de nuevas teorías y tecnologías altamente sofisticadas, de métodos de verificación empírica y lógica, de profesionales cada vez más idóneos en su especialidad; aquello que se imponía como obvio no fuera tomado en consideración. Como bien señala Morin (1994), se trata de uno de los tantos campos del saber en los cuales la ignorancia y la ceguera progresaron a la par del supuesto conocimiento.

En la década del '70 comienza a gestarse una nueva corriente de pensamiento y acción que obliga a los pueblos y sus representantes a repensar el concepto de salud, entendiéndolo como un estado que permite a las personas llevar una vida social y económicamente productiva. Desde esta perspectiva surge la estrategia de Atención Primaria de la Salud sustentada en un enfoque de derechos que orienta sus acciones. Salud ya no estará asociada meramente a la disponibilidad de servicios sanitarios, sino que estará vinculada al bienestar, la

calidad de vida, los entornos saludables y las políticas sociales que promueven la justicia social.

1. CONTEXTO HISTÓRICO, SOCIAL Y POLÍTICO DE APS

Durante gran parte de la historia, se ha ido consolidando en la sociedad una creciente percepción acerca de las inaceptables desigualdades sanitarias subsistentes entre los distintos grupos poblacionales.

A comienzos de los años `70 la crisis del petróleo había agudizado los problemas económicos, crecía la urbanización de grandes masas poblacionales y el panorama político en América Latina se caracterizaba, con algunas excepciones, por dictaduras militares en muchos países y democracias inestables en otros.

Los principales problemas sanitarios en América Latina eran los siguientes:

- a) El estancamiento en el descenso de las tasas de mortalidad y la fuerte incidencia de muertes evitables;
- b) Luego de casi dos décadas de contención y limitación del paludismo, incremento de las tasas de morbilidad a partir de la década de los 70;
- c) Continuo incremento de la mortalidad por accidentes, que en la mayoría de los países pasa a ser parte de las primeras cinco causas de muerte;
- d) Incremento continuo de problemáticas tales como la drogadicción y el alcoholismo, que se constituyen en uno de los factores asociados a las muertes por lesiones calificadas como intencionales y no intencionales;
- e) Reemergencia de problemáticas sanitarias que aumentan su virulencia, en particular tuberculosis pulmonar y enfermedades venéreas;
- f) Agravamiento de problemas de infraestructura básica que asegure condiciones mínimas de salubridad;
- h) Atención segmentada, basada en el desarrollo tecnológico y la especialización, pero con amplios sectores sociales excluidos de los beneficios del acceso a sistemas de servicios de salud.

Por ese entonces el conjunto del entramado profesional, social y político de gran parte de las naciones asumía la necesidad de reorientar los sistemas sanitarios. Entre los principales planteos que fundamentan la perspectiva vinculada a la Atención Primaria de la Salud y que halla expresión en numerosos documentos vertidos por entidades nacionales y organismos internacionales merecen citarse:

- a) El enfoque acerca de los determinantes sociales en relación al proceso salud-enfermedad y, particularmente, la distribución inequitativa de los recursos en función de las necesidades sanitarias tanto hacia el interior de los países como en la comunidad internacional.

- b) La concepción en torno al compromiso que debía mantener la sociedad para proteger el derecho a la salud, pero también la responsabilidad atinente a los sujetos en la adopción de conductas saludables.
- c) La constatación de que los servicios de atención deberían esforzarse no sólo por asegurar una adecuada atención curativa sino también contribuir a la adopción de medidas de promoción y protección de la salud mediante la coordinación con otros sectores o áreas sociales.

2. LA META DE "SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2000"

Considerando tales antecedentes y la situación reinante, en el transcurso de la III Reunión Especial de Ministros de Salud realizada en Santiago de Chile en 1972 se arribó a la conclusión de que los servicios de salud no lograban hacer llegar sus beneficios a toda la población y que la baja accesibilidad era considerada una de las cuestiones más preocupantes, pues apenas el 20% de la población rural tenía acceso a servicios mínimos de atención. Se propuso, entonces, como meta para el decenio asegurar la atención de las poblaciones más desprotegidas y, a partir del año siguiente, varios países desarrollaron *Programas de ampliación de coberturas* con servicios financiados por el Estado.

A pesar de las declaraciones, los convenios y los esfuerzos que en grados variables desplegaron algunos Estados, la situación sanitaria mundial continuaba planteándose en condiciones altamente preocupantes. Los mencionados programas eran de un importante valor sanitario pero no apuntaban a reducir las causas de enfermedad íntimamente emparentadas con el fenómeno de la inequidad. En agosto de 1977 la 4ta. Reunión de Ministros de Salud del continente expresó en su Declaración Final que *"La atención primaria de la salud y la participación de la comunidad son valiosas estrategias para acelerar el proceso de extensión de la cobertura. Se definía entonces a la Atención Primaria de la Salud como "un conjunto sistematizado de actividades multisectoriales aplicadas al hombre y al medio ambiente, destinadas a alcanzar un nivel cada vez mayor de salud para la comunidad y a satisfacer las necesidades de salud de los individuos que la forman"*.

Considerando esta situación, la Asamblea Mundial de la Salud de la OMS acordó en 1977 proponer a la comunidad internacional la Meta **Salud Para Todos en el Año 2000 (SPT/2000)** expresada en los siguientes términos: *"Se pretende alcanzar para todos los ciudadanos del mundo en el año 2000 un grado de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva"*. Orientada por un concepto de salud integral, esta meta obligaba a suprimir los obstáculos que se oponían a ella (malnutrición, ignorancia, agua no potable, viviendas no higiénicas), así como resolver problemas de atención sanitaria tales como la falta de profesionales, camas de hospital, medicamentos y vacunas.

También esta propuesta encarnaba una política de contención de costos que permitía mitigar el impacto financiero que producía el avance tecnológico, el envejecimiento progresivo de las sociedades y una mayor expectativa social por recibir servicios que satisficieran las nuevas demandas de atención.

En este sentido *Salud para Todos* significaba que la salud debía considerarse como un objetivo del desarrollo económico y no sólo como uno de los medios de alcanzar dicho desarrollo. Se trataba, por consiguiente, de un concepto global cuya aplicación exigía el despliegue de esfuerzos en la agricultura, la industria, la enseñanza, la vivienda y las comunicaciones, tanto como en la asistencia sanitaria a fin de promover una mejor calidad de vida, dependiendo las posibilidades de concretar este objetivo de la voluntad política de cada país, región, provincia, estado o municipio.

Para alcanzar esta Meta, la Salud Pública desarrolló en los últimos decenios del siglo XX dos estrategias fundamentales:

- La Atención Primaria de la Salud (APS)
- La Regionalización, a través de propuestas tales como los Sistemas locales de salud (SILOS), Distritos de Salud o la determinación de Areas Programáticas.

3. LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD

El objetivo de ampliar la cobertura de atención sanitaria siguiendo un criterio de equidad no es novedoso, pues ha estado presente en iniciativas y propuestas de personas e instituciones que históricamente adoptaron los postulados del sanitarismo. En el siglo XX, y a poco de implantarse la Seguridad Social en el Reino Unido, se publica el *Libro Blanco o Informe Dawson* en el cual se trataba acerca de la organización del sistema de servicios de salud. Allí se diferenciaba el rol de los centros primarios de salud, los centros secundarios y los hospitales docentes, describiéndose sus funciones y las conexiones formales que se establecían entre ellos. Dicha propuesta fundamentó las estrategias posteriores de regionalización, entendida como un sistema de atención destinado a dar respuesta a las diversas necesidades y demandas de servicios que expresaba la población.

Cuando en el año 1948 se constituyó en Inglaterra el Servicio Nacional de Salud se proyectó ampliar la atención mejorando la accesibilidad de la población general a los servicios de atención primaria que estaban a cargo de médicos generales, los que por entonces se concebían como una puerta de entrada a niveles superiores de atención, es decir a los especialistas y servicios hospitalarios.

En el año 1978, 134 países y 67 organismos internacionales se dieron cita en la ciudad de Alma Ata, Kazajistán, para estar presentes en la **Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud**. Esta conferencia definió y otorgó reconocimiento internacional al concepto de Atención Primaria de la Salud (APS) como una estrategia para alcanzar la meta de *Salud para Todos* en el año 2000, según indica la Declaración con la que se concluyó la conferencia.

La Atención Primaria de salud (APS) fue a menudo confundida con la atención elemental, primitiva, cuando en realidad desde sus inicios se concibió como una propuesta que destacaba lo prioritario, lo primordial o más necesario.

De allí la importancia de revisar la definición que se diera en Alma Ata como *"la asistencia esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptable, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, mediante su plena participación, y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad u autodeterminación. La Atención Primaria es parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y y el económico global de la comunidad. Representa el primer contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud; lleva lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan los individuos y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria"* (Declaración de Alma Ata. Ver Anexo).

Esta extendida definición contiene de forma nítida los componentes que caracterizan la estrategia y la sitúan como el eje fundamental del sistema sanitario cuyo objetivo es alcanzar un grado adecuado de salud. Constituyó, desde aquella fecha, la piedra angular en la reorientación y reestructuración de la mayoría de los sistemas mundiales de salud. Esta estrategia convierte además al individuo, a la familia y a la comunidad en el fundamento del sistema de salud y jerarquiza a los recursos humanos con los que la comunidad entra en contacto inicial como pilares básicos del proceso de atención.

La Declaración de Alma-Ata sobre la atención primaria de salud (APS) de 1978 junto con la definición de la meta universal de Salud para Todos en el Año 2000 (SPT-2000), constituyeron la más importante plataforma de política sanitaria de la Organización Mundial de la Salud y de la Organización Panamericana de la Salud, así como de numerosos países de la Región de las Américas y del mundo, por muchos años.

3.1 PRINCIPIOS CLAVES BASADOS EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

La lectura atenta de lo declarado en Alma Ata permite advertir atributos que definen claramente la **filosofía** operativa de la Atención Primaria para la Salud, los que podrían sintetizarse en cuatro principios clave:

Universalidad: todo individuo, familia o comunidad debe tener acceso a los servicios de salud independientemente de su condición social, género, nivel educativo, edad u origen étnico. Este principio resguarda a la estrategia de ser concebida en forma reduccionista como un conjunto de acciones destinada a

grupos focalizados de población, a partir de la identificación de algún factor de riesgo (ej: condición de pobreza, pertenencia a minorías marginales, edad avanzada, hábitat rural) que permitiría su diferenciación.

Equidad: implica asegurar oportunidades de atención diferentes en respuesta a diferente tipo de necesidades (ej: las demandas de atención de la mujer en el proceso de reproducción no son similares a los del hombre y deben facilitar respuestas asistenciales acordes a las mismas) y oportunidades de atención igualitarias en caso de que no existan diferencias que justifiquen dicha discriminación. Por ejemplo, existen sesgos en el enfoque profesional que privan a la mujer de recibir adecuada atención en áreas tales como los trasplantes hepáticos o la salud cardiovascular, los cuales se transforman de este modo en un factor de inequidad.

Integralidad: el objetivo final de la estrategia no es la erradicación de las enfermedades sino la mejora del estado de salud de los individuos y las poblaciones. Por lo tanto, las acciones deben integrarse, incluyendo la prevención primordial (promoción y protección de la Salud), la prevención primaria (protección específica y diagnóstico precoz de la enfermedad) secundaria (asistencia y tratamiento oportuno) y la prevención terciaria (rehabilitación). Por otro lado, actuar desde una perspectiva que incluya la dimensión social implica abordar la multidimensionalidad de los factores (sociales, políticos, económicos, culturales) que inciden en el proceso salud-enfermedad.

Continuidad: La estrategia de APS debe mantenerse ininterrumpidamente más allá de cambios políticos e institucionales de tipo coyuntural, asegurando el logro de las metas mínimas (indicadores mínimos regionales) dentro de la política anhelada: salud para todos en el año 2000.

3.2 COMPONENTES DE LA APS

Destácanse en relación a la estrategia de APS dos componentes esenciales:

a) Componentes programáticos, los cuales aluden a temas o problemas sustantivos sobre los que se debe actuar prioritariamente, y que comprende 8 actividades esenciales:

- Educación sobre los principales problemas de salud, los métodos de prevención y lucha correspondientes.
- Suministro de alimentos y promoción de la nutrición apropiada para cada tipo de población.
- Abastecimiento de agua potable y de saneamiento ambiental básico (tratamiento de desechos, medidas que eviten la contaminación ambiental, etc)
- Asistencia materno infantil, que incluye el seguimiento del embarazo, parto institucional, atención al recién nacido, planificación familiar y alimentación del lactante.
- Inmunización contra las principales enfermedades infecciosas.

- Prevención y lucha contra las enfermedades endémicas locales.
- Tratamiento y lucha contra enfermedades y traumatismos más comunes.
- Suministro de medicamentos esenciales.

b) Componentes estratégicos, que aluden a los medios o caminos seguidos para la obtención de las metas formuladas en relación a los componentes sustantivos, y que comprende:

- **Articulación sectorial:** La salud se halla influenciada por un complejo de factores ambientales, sociales y económicos entre los que existe, en último término, una mutua interrelación. Por lo tanto, las acciones emprendidas fuera del sector de la salud (que incluyen medio ambiente, transporte, nutrición, educación o empleo) pueden tener efectos sanitarios mucho mayores que los obtenidos actuando exclusivamente en dicho sector. La propuesta de trabajo intersectorial ha trascendido los límites de un enunciado teórico para convertirse en uno de los desafíos más convocantes de la **nueva salud pública**, con la propuesta de los Municipios Saludables que, promovida por la OMS en los años 80, se ha expandido desde sus inicios hasta el presente.
- **Adecuación del recurso humano:** Ello implica una concepción amplia y comprehensiva acerca de quienes se consideran integrantes del equipo de salud. En muchas comunidades, quien goza de la aceptación y la confianza como agente promotor de salud o sanador de la enfermedad es a menudo un miembro que no dispone de calificaciones formales como técnico o profesional oficialmente reconocido. Sin embargo, dichos recursos no convencionales deberían ser tomados en consideración para toda propuesta que aspire a lograr resultados sanitarios, pues sin la colaboración de los mismos es a menudo difícil tener acceso a la comunidad o desarrollar acciones que cuenten con la aceptación de la misma.
- **Participación comunitaria:** Se destaca aquí el principio de autorresponsabilidad como requisito indispensable de toda estrategia orientada al logro de la Salud para Todos. Este principio supone trascender la concepción del sujeto beneficiario ubicado en una posición de carencia o privación para ubicarlo en el rol de actor con suficiente autonomía para tomar decisiones sobre las condiciones que afectan su salud. La acción sanitaria no puede ni debe ser, por lo tanto, un esfuerzo impuesto desde el exterior y ajeno a la población. Ha de ser, más bien, una respuesta de la comunidad a los problemas que sus miembros perciben, orientada en la práctica de modo que sea aceptable para éstos y debidamente apoyada por una infraestructura adecuada. Asimismo, la participación no deviene automáticamente como un proceso *natural*, sino que se deben crear condiciones que la posibiliten y mantengan a menudo con el esfuerzo de los técnicos,

quienes no deben resignar su condición de tales en pos de una pretendida horizontalización de las relaciones con la comunidad.

- **Reorientación del financiamiento sectorial:** El costo crecientemente exponencial de la innovación tecnológica volcada a la atención sanitaria absorbe una porción cada vez mayor del presupuesto que las sociedades destinan para la salud, pero ello no se ve necesariamente reflejado en la mejora del nivel de salud de las poblaciones. La creciente especialización de la atención y el excesivo celo terapéutico aplicado sobre pacientes en estado terminal, quienes a menudo se ven privados de las condiciones asociadas con el *buen morir* indica asimismo la necesidad de reorientar el gasto sectorial hacia intervenciones de menor costo y mayor efectividad.
- **Tecnología apropiada:** El objetivo de compromiso de *Salud para todos* exige en primer término una tecnología sanitaria científicamente satisfactoria, que la gente pueda comprender, respondiendo a su vez al criterio de ser económicamente viable y culturalmente aceptada por cada comunidad. La estrategia de atención primaria permite detener el uso indiscriminado de los métodos, de las máquinas y de las medicinas actuales, quebrando la dependencia hacia una tecnología sanitaria de eficacia no probada, de excesiva complejidad y de costo exponencialmente creciente.
- **Programación integrada por necesidades:** El ejercicio de la planificación implica abandonar las propuestas voluntaristas o episódicas y establecer una metodología de trabajo que permita predecir y presidir las acciones en respuesta a las necesidades en salud de la comunidad, permitiendo así una mayor organización, sistematización y evaluación de las acciones.
- **Nuevas modalidades de organización:** Dada la necesidad de revertir los bajos grados de eficacia demostrados por los sistemas sanitarios de todo el mundo en lo que se refiere a la distribución y utilización del gasto en salud, es necesario desarrollar instrumentos de gestión y dispositivos asistenciales que permitan mejorar los niveles de efectividad de las acciones sanitarias.
- **Cobertura Total:** La Atención Primaria de la Salud surgió inspirada por el desafío de extender la cobertura de poblaciones tradicionalmente excluidas del sistema de atención, pero siempre desde un principio de universalidad. Se trató desde entonces de lograr este propósito mediante acciones de baja complejidad, priorizando la atención sanitaria básica y los cuidados primarios y evitar, por lo tanto, el desarrollo de experiencias focales o "piloto" que tiendan nuevamente a dejar fuera a quien resulta a menudo el más necesitado de atención.

3.3. CUATRO PERSPECTIVAS DE ANÁLISIS SOBRE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD

En la formulación e implementación de la APS se han destacado históricamente cuatro perspectivas de análisis:

1. Como filosofía
2. Como estrategia
3. Como nivel de asistencia
4. Como programa de actividades

APS como Filosofía

La APS como concepción filosófica se sustenta en la consagración del derecho a la salud, considerado como un postulado fundamental del modelo sanitarista. Ello supone: a) Promover en los individuos y la comunidad capacidades para asumir responsablemente el cuidado de su salud; b) Que el sector sanitario no concentre excesivamente los gastos asignados por la sociedad, sino que pueda reorientar los recursos y articular la respuesta preventiva y asistencial con otros sectores sociales; c) Actuar de manera global y concertada atendiendo a todos los factores (sociales, culturales y económicos) que inciden sobre la enfermedad al nivel de las poblaciones; d) Considerar los principios de la equidad y la justicia distributiva en la asignación de servicios y oportunidades para el cuidado y la atención de la salud.

APS como Estrategia

El logro de la meta Salud para Todos en el año 2000 mediante la APS implica una reorganización del sistema de salud en su conjunto, al ubicar como foco de atención a la propia comunidad y sus problemas.

Se apoya en tres pilares fundamentales:

- Estimular el uso de los servicios básicos de salud apoyándose en las conductas de autocuidado desarrolladas en el propio núcleo familiar y en estrategias de participación que faciliten la implementación de actividades de promoción y prevención con base en la comunidad.
- Mejorar el acceso y la utilización de los servicios, subordinando la atención que pueda darse en los niveles más centralizados y complejos a la que pueda brindarse en los niveles básicos de atención.
- Reasignar los recursos humanos, propiciándose la capacitación de técnicos y profesionales para aumentar sus competencias en la resolución de las problemáticas más comunes, tal que puedan ser atendidas en las Unidades o Centros Primarios de Salud.

Ello implica subordinar la utilización de las prestaciones de servicios más complejas a un ordenamiento racional de la atención basada en las reales necesidades de los pacientes, priorizando en consecuencia las prestaciones más básicas. Así, se necesita escalar la atención según niveles ascendentes de

complejidad, desde los básicos o primarios que son las Unidades y Centros de Salud hasta los hospitales especializados o de mayor capacidad resolutive.

APS como Nivel de Asistencia

La Atención Primaria de la Salud es concebida también eslabón inicial del proceso de atención, lo que se traduce habitualmente como *puerta de entrada al sistema*. Es decir, como la zona de contacto más próxima de individuos y comunidades con el sistema de salud, cuyo carácter descentralizado está destinado a aumentar las posibilidades de acceso de la población a los recursos disponibles en cada área sanitaria, en la cual se resuelven los problemas de menor dificultad técnica y se orientan los restantes a los niveles sucesivos de la red de atención.

Esta concepción sufrió tal tipo de distorsiones que llegó a interpretarse la APS como el *techo* o límite máximo de la atención, lo que suponía limitar el acceso y degradar finalmente la propuesta en una *Atención Sanitaria para pobres*. Si la Atención Primaria se concibiera de esta forma, se transformaría en un programa marginal para gente marginal y con recursos marginales.

El tipo de atención ofrecida en los establecimientos básicos o del primer nivel no implica una disminución de su calidad y eficacia, de lo contrario se corre el riesgo de incrementar el riesgo de error en el diagnóstico y el tratamiento inoportuno o inadecuado de los casos allí atendidos.

Asimismo, reforzar la atención del primer nivel no implica de ningún modo su desconexión del resto de la red de atención sanitaria sino que, por el contrario, debe establecerse una interrelación continua entre profesionales e instituciones de acuerdo a claros procedimientos de referencia y transmisión de la información que ordenen la circulación de los pacientes en el sistema y garanticen la adecuada resolución de los problemas sanitarios.

APS como Programa de Actividades

La APS sostiene que, si bien las acciones deben abarcar a toda la población garantizando la equidad horizontal en el acceso a los servicios básicos de salud, es cierto que la presencia de grupos con mayores necesidades de atención obligan a satisfacer prioritariamente sus necesidades. Esto no implica que la atención deba limitarse solamente a grupos focalizados mediante el suministro de un conjunto organizado de actividades y servicios, sino que es necesario extender la cobertura de los programas y servicios de salud a quienes manifiestan un mayor grado de privación relativa.

El concepto de programas dirigidos a grupos de población o a problemas específicos seleccionados según un enfoque de riesgo ha sido objeto de una creciente polémica. Por un lado, quienes aceptan esta perspectiva, subyacente al diseño e implementación de programas *focalizados* que se dirigen a grupos expuestos a situaciones de riesgo o en condiciones de mayor vulnerabilidad (Programa Materno Infantil, Programa de Lucha contra el SIDA, Programas dirigidos a la población aborígen) y, por otro, quienes sostienen que al asociarse la estrategia de APS con programas focalizados se legitima la concepción

selectiva de la intervención y se abandona uno de sus principios claves como es el de universalidad. (Grodos, D y Bethuna, X, 1988)

Respondiendo a la polémica planteada, se destaca que determinar prioridades que ordenen desde un enfoque de riesgo las intervenciones no es sinónimo de desatención e indiferencia hacia los sectores menos vulnerables, pero que ello a la vez no debe poner en cuestión los principios sobre los cuales se basó originalmente la APS: integralidad, equidad, universalidad en el proceso de atención.

4. LA REGIONALIZACIÓN

La implementación efectiva de la APS supone un sistema regionalizado, en el cual se otorga máxima prioridad a la atención básica prestada a nivel local como puerta de acceso al sistema de salud en su conjunto. La atención de la salud será más efectiva cuanto más próxima se halle al ámbito en el que las personas viven, se educan y trabajan; y de acuerdo con las necesidades o características que presenta cada zona o región geográfica.

En este sentido, uno de los principios básicos de la regionalización es que la atención a la salud debe ser ofrecida al máximo nivel posible por el nivel más inferior del sistema. Para dar cumplimiento a este proceso debe partirse de la conformación de una red integrada de servicios que incluya a efectores tales como el Hospital, el Centro de Salud, la Unidad Sanitaria o bien Programas de salud que estén orientados hacia el objetivo de mejorar la cobertura de la población que reside en un territorio determinado.

La siguiente definición permite caracterizar el propósito central de los procesos de descentralización regional: *"La regionalización de los servicios de salud es definida como un esquema de implantación racional de los recursos de salud, organizados dentro de una disposición jerárquica en la que es posible ofrecer una máxima atención en los centros primarios, y que los demás servicios vayan siendo apropiadamente utilizados de acuerdo a las necesidades del enfermo"*. (Ministerio de Salud y Acción Social, 1997. p.19)

El proceso de regionalización no debe concebirse como una simple división geográfica sino que se inscribe en un proceso de descentralización administrativa, técnica y financiera cuyo fin último es el aumento de la accesibilidad a los servicios.

Enmarcados en el concepto de regionalización de los servicios, se destacan dos estrategias operativas fundamentales: los Sistemas Locales de Salud y las Areas Programáticas.

4.1 LOS SISTEMAS LOCALES DE SALUD

Tal como se señaló previamente, la escasa disponibilidad de recursos para atender a las actuales necesidades de salud devienen, no sólo de las

restricciones económicas sino de la deficiente distribución y gestión de los recursos que se destina para atender a las necesidades de la población.

Por otro lado, se visualiza un creciente proceso de democratización en los países de la región que impacta sobre la demanda de participación en el sistema de salud, e incrementa la presión por una mayor redistribución y uso del poder en el nivel local.

Es en este contexto que surge, como táctica operativa para el logro de dicho propósito, la propuesta emanada de los cuerpos directivos de la Organización Panamericana de la Salud orientada al fortalecimiento de los *Sistemas Locales de Salud*, que promueve el desarrollo de la infraestructura con énfasis en los procesos de descentralización y desarrollo local.

Los SILOS se constituyen a partir de una voluntad política que parte de reconocer la excesiva centralización y falta de coordinación existente, y la necesidad de descentralizar el Sistema Nacional de Salud.

“Los Sistemas Locales de Salud son unidades político-administrativas que, basadas en un principio de articulación intersectorial, coordinan recursos de distintos sectores sociales (político, económico, cultural, religioso, laboral, educacional, de vivienda y urbanismo, legislativo) para conducir el desarrollo de la salud en una región” .(OPS. 1990)

Su implementación se realiza en espacios territorialmente definidos según criterios geográficos, demográficos, socio-económicos, de comunicación y transporte, políticos, epidemiológicos y administrativos. (Paganini, J. 1990).

4.2 LAS AREAS PROGRAMÁTICAS

El término *áreas programáticas*, que data del año 60, ha tenido creciente importancia como medio para delimitar acciones y responsabilidades administrativas y sanitarias en una determinada zona geográfica, hallando renovada importancia a partir de la formulación de la estrategia de Atención Primaria de la Salud.

Area Programática es definida como el ámbito geográfico de cobertura asignado a un establecimiento sanitario (ej: Hospital), para poner en práctica el programa de atención médica y saneamiento ambiental. El área programática se determina entonces según la capacidad de los servicios para implementar las actividades incluidas en sus programas sanitarios, la posibilidad de acceso geográfico de la población y la relación con otros centros asistenciales.

De acuerdo a su definición operativa, cabe distinguir este concepto del de *Area de influencia*, definido como el ámbito geográfico de donde proceden con cierta regularidad pacientes que concurren al establecimiento o a alguno de sus servicios espontáneamente. El área de influencia, habitualmente mucho más amplia que el área programática, debe ser también tomada en cuenta en la programación de las actividades hospitalarias y en la coordinación con efectores ubicados en otras regiones geográficas.

5. VEINTIOCHO AÑOS DESPUÉS: BALANCE

Acercándonos a las tres décadas de realizado el evento internacional en el que 134 países miembros de la OMS y 67 organizaciones internacionales acordaron formular la estrategia de Atención Primaria de la Salud para alcanzar la meta "Salud para todos en el año 2000", es indudable que la Conferencia de Alma Ata generó un conjunto de acuerdos, compromisos, definiciones conceptuales e ideológicas cuyo impacto todavía es visualizado y reconocido como trascendente por líderes políticos y referentes sanitarios de todo el mundo.

En ocasión de cumplirse los 25 años de la Primera Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud, los ministros de Salud de las Américas renovaron el compromiso de sus países con la "Salud para todos".

El Boletín informativo de la OPS expresaba entonces lo siguiente:

Como parte de una serie de eventos organizados por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), se efectuó una sesión especial del 45o Consejo Directivo para conmemorar el aniversario de la conferencia de Alma Ata, celebrada en Kazajstán en 1978 durante la cual los líderes de la salud del mundo entero respaldaron la atención primaria de salud como una estrategia para lograr mayor equidad en la salud. Asimismo, y con motivo del 25o aniversario de la Primera Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud, los ministros de Salud de las Américas renovaron el compromiso de sus países con la "Salud para todos".

En sus comentarios iniciales, la directora de la OPS, Mirta Roses Periago, señaló que el empuje para lograr la reforma del sector salud en las últimas décadas hizo que algunos países de las Américas perdieran de vista la importancia de la atención primaria de salud. Enfatizó que dicha estrategia está más vigente que nunca debido a las profundas brechas que subsisten en la calidad de la salud entre los diferentes grupos de población de la región.

Agregó que "este aniversario no sólo es un evento histórico, sino también una oportunidad para aprovechar las experiencias de quienes han preconizado la atención primaria de salud y trabajado por ella en los últimos 25 años".

El secretario de Salud de México, Julio Frenk, describió a la "salud para todos" como "una visión, una aspiración y una orientación para la política de salud pública". Pero, además, "la atención primaria de salud es una estrategia concreta y, por lo tanto, está abierta al debate". Por ejemplo, el lema de "salud para todos" puede cambiarse y agregar la palabra mejor. "Mejor salud para todos" es un concepto más dinámico. Deberíamos ser capaces de actualizar y evaluar con sentido crítico nuestros logros sin olvidar nuestro compromiso con los principios básicos".

El ministro de Salud de Argentina, Ginés González García, dijo que el Plan de Salud Federal de su país asigna una función primordial a la atención primaria de salud y que la estrategia fue clave en el restablecimiento de la situación de la salud en su país después de la crisis financiera.

En síntesis, durante el transcurso de las últimas tres décadas se han acumulado logros sociales inobjetables en el área de la educación y promoción de la salud, nutrición, abastecimiento de agua, saneamiento, asistencia maternoinfantil, planificación familiar, inmunizaciones, prevención y control de endemias, tratamiento de enfermedades y traumatismos prevalentes, acceso a medicamentos esenciales y mejoras en las acciones de asistencia primaria de problemáticas específicas como la Salud Bucal y la Salud Mental.

Pero si bien se han logrado importantes avances, las brechas de inequidades en salud resultan cada vez más predominantes en la mayor parte del mundo, y los sobrecargados Sistemas de Salud no logran dar adecuada respuesta a las demandas emergentes.

Esta realidad cambiante demanda actualizaciones que permitan recrear el compromiso asumido hace casi tres décadas atrás, pero revisando su implantación desde las nuevas tendencias y perspectivas sanitarias.

Aún cuando la concepción original de APS ha sufrido a menudo distorsiones que han llevado a subestimarla como una respuesta de inferior calidad o un nivel elemental de servicios a cubrir, sigue constituyéndose en el vector conceptual, ideológico y estratégico más importante para el logro de las metas sanitarias trazadas en el contexto de las sociedades contemporáneas.

APS es mucho más que un nivel de atención: se trata de una estrategia basada en principios de equidad y justicia social, implica la democratización de los servicios, un reordenamiento de prioridades y un compromiso de todos los sectores involucrados en la promoción de la salud.

No obstante, es mucho aún lo que resta por hacer para que los postulados y orientaciones de la APS se resitúen en el centro del escenario de las políticas públicas en salud. En tal sentido, y para su adopción efectiva por los Estados nacionales, la APS ha de visualizarse como promotora y sustentadora del desarrollo de políticas públicas en salud; como eje central de la reforma y como acicate para el continuo desarrollo y perfeccionamiento de los sistemas de servicios de salud en toda la Región.

6. DE FRENTE AL NUEVO MILENIO

En el contexto de las transformaciones acontecidas en el continente americano y la renovada perspectiva de Salud para Todos, la APS tiene un gran potencial como vehículo para satisfacer cinco desafíos que se le presentan al futuro de la salud en la región de América Latina:

1. Garantizar el estatuto de ciudadanía en salud y la universalización de acceso;
2. Priorizar la salud de los grupos menos privilegiados y la reducción de desigualdades en salud;
3. Mejorar la salud de la población con reducción de la mortalidad infantil y materna, aumentando la esperanza de vida y mejorando la calidad de vida;
4. Alcanzar una atención de salud eficaz que satisfaga a individuos, familias y comunidades y en la cual participen todos ellos;
5. Promover el desarrollo articulado de los distintos proveedores de salud, el fortalecimiento de la infraestructura y las capacidades institucionales para el desempeño adecuado de las funciones esenciales de salud pública.

En tal sentido, las Metas de Desarrollo del Milenio son un compromiso asumido por las naciones del mundo para mejorar el bienestar de las personas, entre los que se encuentra reducir la pobreza, la mortalidad infantil y materna y la propagación del VIH para 2015.

Para el año 2015, los 189 Estados Miembros de las Naciones Unidas se han comprometido a:

1. Erradicar la pobreza extrema y el hambre.
2. Lograr la enseñanza primaria universal.
3. Promover la igualdad entre los géneros y la autonomía de la mujer.
4. Reducir la mortalidad infantil.
5. Mejorar la salud materna.
6. Combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades.
7. Garantizar la sostenibilidad del medio ambiente.
8. Fomentar una asociación mundial para el desarrollo.

En el marco mayor de la APS como estrategia de desarrollo orientada a mejorar las condiciones de vida de las comunidades, reducir la carga de enfermedad y favorecer la equidad en salud, sus principios requieren ser alineados, armonizados y ajustados con estas metas.

Por su capacidad de fortalecimiento de los servicios de salud, la APS puede constituirse, una vez más, en una estrategia básica para el logro de estos objetivos internacionalmente acordados.

BIBLIOGRAFÍA

Grodos, D y de Bethuna, X. (1988). Las intervenciones sanitarias selectivas: una trampa para la política de salud del Tercer Mundo. Cuadernos Médico Sociales. Vol. Nº 46. 1988.

Ministerio de Salud y Acción Social. (1997). Hospital público de Autogestión. Marco conceptual, estrategias e instrumentos operativos.

Morin, E. (1994). Introducción al pensamiento complejo. GEDISA Editorial. Barcelona.

Organización Panamericana de la Salud. Salud para Todos en el año 2000: estrategias. Documento Oficial Nº 173; Washington, DC, 1980.

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

OMS. Atención Primaria de la Salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud. Alma-Ata, URSS, 6 al 12 de Setiembre de 1978. Organización Mundial de la Salud, Ginebra 1978.

www.paho.org/spanish/dd/pin/ahora01_octo3.htm

Paganini, J. Sistemas locales de salud. Cuadernos Médico Sociales Vol. Nº 54. 1990.

Saforcada, E. et al.: El factor humano en la Salud Pública. Buenos Aires: Proa XXI. 2001.

Tejada de Riveiro. Perspectivas de salud. A 20 años de ALMA ATA. Revista de la OPS. Volumen 8. Nro.1. 2003- OMS.

ANEXO

A – Declaración de Alma Ata

Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978

La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, reunida en Alma-Ata en el día de hoy, doce de septiembre de mil novecientos setenta y ocho, considerando la necesidad de una acción urgente por parte de todos los gobiernos, de todo el personal de salud y de desarrollo y de la comunidad mundial para proteger y promover la salud de todos los pueblos del mundo, hace la siguiente Declaración:

I

La Conferencia reitera firmemente que la salud, estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, es un derecho humano fundamental y que el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de la salud.

II

La grave desigualdad existente en el estado de salud da la población, especialmente entre los países en desarrollo y los desarrollados, así como dentro de cada país, es política, social y económicamente inaceptable y, por tanto, motivo de preocupación común para todos los países.

III

El desarrollo económico y social, basado en un Nuevo Orden Económico Internacional, es de importancia fundamental para lograr el grado máximo de salud para todos y para reducir el foso que separa, en el plano de la salud, a los países en desarrollo de los países desarrollados. La promoción y protección de la salud del pueblo es indispensable para un desarrollo económico y social sostenido y contribuye a mejorar la calidad de la vida y a alcanzar la paz mundial.

IV

El pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención de salud.

V

Los gobiernos tienen la obligación de cuidar la salud de sus pueblos, obligación que sólo puede cumplirse mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas. Uno de los principales objetivos sociales de los gobiernos, de las organizaciones internacionales e de la comunidad mundial entere en el curso de los próximos decenios debe ser el de que todos los pueblos del mundo alcancen en el año 2000 un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva. La atención primaria de salud es la

clave para alcanzar esa meta como parte del desarrollo conforme al espíritu de la justicia social.

VI

La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, 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 sanitaria.

VII

La atención primaria de salud:

1. Es a la vez un reflejo y una consecuencia de las condiciones económicas y de las características socioculturales y políticas del país y de sus comunidades, y se basa en la aplicación de los resultados pertinentes de las investigaciones sociales, biomédicas y sobre servicios de salud y en la experiencia acumulada en materia de salud pública;
2. Se orienta hacia los principales problemas de salud de la comunidad y presta los servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación necesarios para resolver esos problemas;
3. Comprende, cuando menos, las siguientes actividades: la educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención y de lucha correspondientes; la promoción del suministro de alimentos y de una nutrición apropiada, un abastecimiento adecuado de agua potable y saneamiento básico; la asistencia maternoinfantil, con inclusión de la planificación de la familia; la inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; la prevención y lucha contra las enfermedades endémicas locales; el tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes; y el suministro de medicamentos esenciales;
4. Entraña la participación, además del sector sanitario, de todos los sectores y campos de actividad conexos del desarrollo nacional y comunitario, en particular la agricultura, la zootecnia, la alimentación, la industria, la educación, la vivienda, las obras públicas, las comunicaciones y otros sectores y exige los esfuerzos coordinados de todos esos sectores;
5. Exige y fomenta en grado máximo la autorresponsabilidad y la participación de la comunidad y del individuo en la planificación, la organización, el funcionamiento y el control de la atención primaria de salud, sacando el mayor partido posible de los recursos locales y

nacionales y de otros recursos disponibles, y con tal fin desarrolla mediante la educación apropiada la capacidad de las comunidades para participar;

6. Debe estar asistida por sistemas de envío de casos integrados, funcionales y que se apoyen mutuamente, a fin de llegar al mejoramiento progresivo de la atención sanitaria completa para todos, dando prioridad a los más necesitados;
7. Se basa, tanto en el plano local como en el de referencia y consulta de casos, en personal de salud, con inclusión según proceda, de médicos, enfermeras, parteras, auxiliares y trabajadores de la comunidad, así como de personas que practican la medicina tradicional, en la medida que se necesiten, con el adiestramiento debido en lo social y en lo técnico, para trabajar como un equipo de salud y atender las necesidades de salud expresadas de la comunidad.

VIII

Todos los gobiernos deben formular políticas, estrategias y planes de acción nacionales, con objeto de iniciar y mantener la atención primaria de salud como parte de un sistema nacional de salud completo y en coordinación con otros sectores. Para ello, será preciso ejercer la voluntad política para movilizar los recursos del país y utilizar racionalmente los recursos externos disponibles.

IX

Todos los países deben cooperar, con espíritu de solidaridad y de servicio, a fin de garantizar la atención primaria de salud para todo el pueblo, ya que el logro de la salud por el pueblo de un país interesa y beneficia directamente a todos los demás países. En este contexto, el informe conjunto OMS/UNICEF sobre atención primaria de salud constituye una base sólida para impulsar el desarrollo y la aplicación de la atención primaria de salud en todo el mundo.

X

Es posible alcanzar un nivel aceptable de salud para toda la humanidad en el año 2000 mediante una utilización mejor y más completa de los recursos mundiales, de los cuales una parte considerable se destina en la actualidad a armamento y conflictos militares. Una verdadera política de independencia, paz, distensión y desarme podría y debería liberar recursos adicionales que muy bien podrían emplearse para fines pacíficos y en particular para acelerar el desarrollo social y económico asignando una proporción adecuada a la atención primaria de salud en tanto que elemento esencial de dicho desarrollo.

La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud exhorta a la urgente y eficaz acción nacional y internacional a fin de impulsar y poner en práctica la atención primaria de salud en el mundo entero y particularmente en los países en desarrollo, con un espíritu de cooperación técnica y conforme al Nuevo Orden Económico Internacional. La Conferencia insta a los gobiernos, a la OMS y al UNICEF y a otras organizaciones internacionales, así como a los organismos internacionales, así como a los organismos multilaterales y bilaterales, a las organizaciones no gubernamentales, a los organismos de financiación, a todo el personal de salud y al conjunto de la comunidad mundial, a que apoyen en el plano nacional e internacional el compromiso de promover la atención primaria de salud y de dedicarle mayor apoyo técnico y

financiero, sobre todo en países en desarrollo. La Conferencia exhorta a todas las entidades antedichas a que colaboren en el establecimiento, el desarrollo y el mantenimiento de la atención primaria de salud de conformidad con el espíritu y la letra de la presente Declaración.

B - Algunos hitos de la APS en las Américas, 1900-2000

Año	Eventos Mundiales	Eventos en las Américas
1900 - 1950	<p>Informe Dawson ,divulgado en el Reino Unido. Este informe mencionaba los "centros de atención primaria" propuestos como el eje de la regionalización de los servicios en ese país (1920)</p> <p>Desarrollo del enfoque de Atención Primaria Orientada a la Comunidad en Sudáfrica y Estados Unidos.</p> <p>La Conferencia de las Naciones Unidas realizada en San Francisco acordó por decisión unánime establecer una nueva y autónoma Organización Internacional de la Salud (1945).</p>	<p>Establecimiento de la Oficina Sanitaria Internacional (1902).</p> <p>Esperanza de Vida: 55, 2 años (1950-1955).</p>
1960	<p>Los médicos misioneros que trabajaban en países en desarrollo crearon la Comisión Médica Cristiana.</p> <p>Hicieron énfasis en el entrenamiento de los trabajadores de salud de los poblados.</p>	<p>Aumento acelerado en el entrenamiento de profesionales de salud e inversión en infraestructura a través de las Américas.</p>
1970	<p>Expansión del programa de los "Médicos Descalzos" en China.</p> <p>La publicación Contact utilizó, posiblemente por primera vez, el término "Atención Primaria en Salud".</p> <p>Las necesidades básicas se priorizaron: alimentación, vivienda, agua, suministros, servicios médicos, educación y empleo.</p>	<p>El Informe Canadiense Lalonde formula el concepto de determinantes "no médicos" de la salud (1974).</p> <p>Desarrollo de metas regionales de salud.</p> <p>Proyectos de Atención Primaria dirigida a la Comunidad desarrollados en pequeña escala en Venezuela y en Centroamérica, entre otros.</p>

	<p>Halfdan Mahler es elegido director general de la OMS. Durante su mandato respaldó eficazmente el trabajo comunitario (1973).</p> <p>Primera Conferencia de Población (1974). La 28ª Asamblea Mundial de la Salud establece como prioridad la construcción de Programas Nacionales en APS (1975).</p> <p>Conferencia Internacional de Alma Ata (1978).</p> <p>Erradicación de la viruela (1979).</p> <p>Atención Primaria en Salud Selectiva (1979).</p>	<p>Esperanza de vida: 66 años (1978).</p>
1980	<p>Salud para Todos.</p> <p>OMS pone en marcha un programa de lucha contra el VIH/SIDA.</p> <p>Expansión de APS selectiva y programas verticales.</p> <p>Conferencia de Población (México, 1983).</p>	<p>Desarrollo del Plan de Acción Regional.</p> <p>Depresión económica. Deterioro de los servicios públicos.</p> <p>Se inicia un periodo de gobiernos democráticos en algunos países.</p> <p>Enfoque de Sistemas Locales de Salud (SILOS).</p> <p>Renovación de la participación comunitaria.</p>
1990	<p>Desarrollo sostenible.</p> <p>Concepto de Desarrollo Humano.</p> <p>El Banco Mundial señala la necesidad de combatir la pobreza e invertir en salud.</p> <p>La Reforma del Sector Salud promueve un paquete básico de servicios de salud.</p> <p>Cambio en el papel del Estado.</p> <p>Cumbre a favor de la Infancia (Nueva York, 1990).</p>	<p>Deterioro progresivo de las condiciones de vida y del entorno social y físico.</p> <p>Algunas reformas de salud fortalecieron la APS (Cuba, Costa Rica).</p> <p>Se fortalecen los ministerios de salud.</p> <p>Plan de Inversión en Ambiente y Salud- PIAS.</p> <p>Fin de la guerra civil en Centroamérica.</p>

	<p>Cumbre de la Tierra (Rio, 1992). Conferencia sobre Población y Salud Reproductiva (Cairo, 1994).</p>	<p>Centroamérica. Eliminación de la polio en las Américas (1994). Esperanza de vida: 72.0 años (1996).</p>
2000	<p>Comisión sobre Macroeconomía y Salud. Expansión de la pandemia de VIH/SIDA. Creación del Fondo Global para la lucha contra el VIH/SIDA, la Malaria y la Tuberculosis. Enfoque de equidad en salud. La salud es considerada un patrimonio público. Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM). Comisión sobre los determinantes sociales de la salud.</p>	<p>Esperanza de vida: 72,9 años (1995-2000).</p>

Fuente: 46 Consejo Directivo 57.a sesión del comité regional
Washington, D.C., EUA, 26 al 30 de septiembre de 2005

C - Facilitadores y Barreras para la Implementación Efectiva de la APS en las Américas

Áreas	Barreras	Factores Facilitadores
<p>Visión y enfoque de la salud</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Visión fragmentada de los conceptos de salud y desarrollo ▪ Indiferencia hacia los determinantes de salud ▪ Carencia de un enfoque preventivo y de autocuidado de la salud ▪ Énfasis excesivo en la atención curativa y especializada ▪ Operacionalización insuficiente de los conceptos de APS ▪ Diversidad de interpretaciones de la APS 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Enfoque integral de salud y sus determinantes ▪ Promoción de la salud comunitaria ▪ Promoción de la responsabilidad individual, familiar y comunitaria ▪ Necesidad de establecer con claridad el papel de la salud pública, la APS, la promoción de la salud y el desarrollo humano
<p>Sistemas de Salud Segmentados y Fragmentados</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Las reformas de salud que han segmentado y dividido a las personas ▪ División entre los sectores público, de seguridad social y privado ▪ Falta de coordinación y de sistemas de referencia ▪ Capacidad regulatoria deficiente 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cobertura universal como componente 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
<p>Liderazgo y gerencia</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ausencia de compromiso político ▪ Centralización excesiva de la programación y la gerencia ▪ Débil liderazgo y falta de credibilidad ante los ciudadanos ▪ Movilización de intereses opuestos a la APS 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Evaluación periódica de desempeño ▪ Procesos participativos de reforma ▪ Identificación correcta de las prioridades sectoriales ▪ Plataforma neutral

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Participación comunitaria limitada y exclusión de otros sectores partidarios 	<p>para levantar consensos</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Integración de la cooperación local y mundial ▪ Sistema de referencia operantes y expeditos
Recursos Humanos	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Condiciones inadecuadas de empleo ▪ Pobre desarrollo de competencias ▪ Escasa motivación en investigación operativa y desarrollo ▪ Pobre utilización de técnicas de gerencia y comunicación ▪ Cultura de enfoque curativo y biomédico 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Énfasis en la calidad y el mejoramiento continuo ▪ Educación profesional continua ▪ Desarrollo de equipos multidisciplinarios ▪ Promoción de la investigación ▪ Desarrollo de habilidades gerenciales
Condiciones financieras y macroeconómicas	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Falta de sostenibilidad política y financiera de la APS ▪ Gasto público concentrado en especialistas, hospitales y alta tecnología ▪ Insuficiencia de presupuestos asignados a la APS ▪ Globalización e inestabilidad económica 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Políticas para garantizar sostenibilidad financiera en el tiempo ▪ Sistemas para la utilización eficiente y equitativa de recursos ▪ Sistemas de información gerencial y de salud fortalecidos e integrados ▪ Políticas macroeconómicas más sólidas a favor de la población pobre
Estrategias de cooperación internacional	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estrategias y prioridades dirigidas a enfermedades específicas ▪ Valores sociales no considerados en las iniciativas de la reforma 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La APS refleja los valores sociales y las necesidades en salud de la población ▪ La APS es un

	<ul style="list-style-type: none">▪ Objetivos con énfasis excesivo en el tiempo que no reflejan las necesidades▪ Poca continuidad de las políticas de salud▪ Enfoques excesivamente verticales y centralizados▪ Ausencia de marco legal para implementar políticas de calidad▪ Transferencia de costos a los ciudadanos sin la debida consulta	<p>elemento central de las políticas nacionales de salud</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Las reformas fortalecen el papel rector del Estado▪ Marcos políticos y legales propicios para las reformas de salud▪ Políticas progresivas de descentralización▪ Las reformas de salud fortalecen los sistemas de salud
--	--	---

Fuente: 46 Consejo Directivo 57.a sesión del comité regional
Washington, D.C., EUA, 26 al 30 de septiembre de 2005

