

 XOCHIMILCO SERVICIOS DE INFORMACION  
ARCHIVO HISTORICO

UNIVERSIDAD AUTONOMA METROPOLITANA  
XOCHIMILCO

MAESTRIA EN MEDICINA SOCIAL

EL DESARROLLO Y LA SALUD:  
OBJETIVOS DE LA ESTRATEGIA DE ATENCION PRIMARIA  
PARA AMERICA LATINA

T  
64

TESIS DE GRADO QUE PRESENTA:  
MARIA GILMA ARROYAVE L.

N.S.  
16785

MEXICO, D.F., ABRIL, 1967



XOCHIMILCO SERVICIOS DE INFORMACION  
ARCHIVO HISTORICO

A todos los que luchan por  
el desarrollo y la salud en  
América Latina y en el resto  
del mundo.

GRACIAS

a todos los que con sentimientos  
de AMISTAD

hicieron posible, además, la reali-  
zación de este trabajo.

Gracias a mi familia por su compren-  
sión y tolerancia:

## RECONOCIMIENTO

Necesito expresar mis reconocimientos al Profesor Hector Salazar, por su disposición permanente a escucharme y a orientarme durante todo el tiempo en que yo buscaba sus reflexiones para pensar en primera persona del plural los problemas que se presentaron en la elaboración de esta tesis. Por esto, por todo, pero muy especialmente por la amistad que me ha dado, mis agradecimientos.

Es también la oportunidad para decirle a los profesores de la Maestría que les estoy infinitamente agradecida por sus enseñanzas, tanto académicas como de otra naturaleza; con especialidad al Profesor Mariano Noriega y también a la Profesora Catalina Einbenchuzt, quien en los breves momentos que compartimos me dió orientación valiosa.

Finalmente, pero no por eso la última, mis agradecimientos a la Señora Ana María Higuera, Secretaria de la Maestría; con la oportunidad de sus atenciones y la preocupación real por los estudiantes, también contribuyó significativamente al logro de esta tesis.

## CONTENIDO

	Pág.
INTRODUCCION .....	i
CAPITULO I: UNA APROXIMACION A LA ESTRATEGIA FORMULADA POR LA OPS/OMS SOBRE ATENCION PRIMARIA A PARTIR DE LOS ELEMENTOS DESARROLLO Y SALUD- ENFERMEDAD	1
I.1 Justificación .....	4
I.2 Definición del problema objeto de estudio ..	6
I.3 Objetivos .....	15
I.4 Marco Teórico .....	17
I.5 Hipótesis .....	36
I.6 Procedimientos metodológicos .....	37
CAPITULO II: LOS PLANTEAMIENTOS OFICIALES DE LA OMS/OPS SOBRE LA ESTRATEGIA DE ATENCION PRIMARIA .	38
II.1 Desarrollo y salud .....	43
II.2 El proceso salud-enfermedad .....	48
II.2.1 Salud .....	48
II.2.2 Salud y desarrollo .....	52
II.2.3 "Salud para Todos" .....	57
II.3 La estrategia de Atención Primaria .....	63
II.3.1 Atención Primaria .....	63
II.3.2 Atención Primaria y desarrollo .....	67
II.3.3 Atención Primaria y política sanitaria	71
II.3.4 Atención Primaria y participación de la comunidad .....	75
II.3.5 Atención Primaria y sistemas de salud	79
II.3.6 Componentes de la estrategia de Aten- ción Primaria .....	81

II.3.7	Funcionamiento de la estrategia de Atención Primaria .....	52
II.4	Política Sanitaria.....	106
II.4.1	La política sanitaria .....	106
II.4.2	Política sanitaria y desarrollo .....	125
II.4.3	Política sanitaria, desarrollo y atención primaria .....	126
II.4.4	Política sanitaria y atención primaria .....	128
II.4.5	Grupos prioritarios .....	131
II.4.6	Política sanitaria y participación de la comunidad .....	132
II.4.7	Política sanitaria y estrategia .....	139

II.5	"Salud para todos en el Año 2000". Estrategias.	147
------	---	-----

CAPITULO III: CARACTERIZACION DE LOS PLANTEAMIENTOS OFICIALES DE LA OPS/OMS SOBRE LA ESTRATEGIA DE ATENCION PRIMARIA .....		180
--	--	-----

III.1	El carácter de los conceptos .....	180
III.2	El carácter coyuntural .....	182
III.3	El carácter empírico .....	183

CAPITULO IV: PUNTO DE PARTIDA TEORICO-METODOLOGICO .....		186
--	--	-----

IV.1	Las ideas hegemónicas .....	186
IV.2	Las fuerzas productivas .....	191
IV.3	Las relaciones sociales de producción..	192
IV.4.	La lucha de clases y el estado .....	193

CAPITULO V: HIPOTESIS INTERPRETATIVA SOBRE LA ESTRATEGIA DE ATENCION PRIMARIA PARA AMERICA LATINA .....	194
A manera de conclusión general .....	198
BIBLIOGRAFIA .....	200

## INTRODUCCION

Actualmente en el campo de la investigación social sobresale la tendencia a creer que todas las investigaciones tienen por fin demostrar "algo" y que este destino de la investigación se logra preferencialmente mediante los datos y su cuantificación. Nada más coherente con la lógica empirista. Una investigación también puede tener por resultado la puesta en evidencia de la ignorancia; tal es lo acontecido con este trabajo.

En la presentación de este trabajo ofrecemos lo siguiente:

1. La construcción del problema objeto de estudio, el cual contiene la concepción teórico-metodológica en que se basa este trabajo y que además orienta toda la discusión.

2. El Capítulo II presenta el discurso oficial de la OPS/OMS relacionado con el problema objeto de estudio, agrupado por subtemas en atención con su relación al desarrollo y la salud. Como dicho discurso conforma la fenomenología del problema, se prefirió exponerlo en forma extensa para presentar los elementos de análisis y evitar, además, recortar arbitrariamente dicho discurso.

3. En los siguientes capítulos; que en otras condiciones más favorables para la realización de este trabajo, hubieran podido ser más extensos y de contenido temático más profundo; se presentan en términos generales nuestros planteamientos que definen la estructura central de la discusión, así:

4. En el Capítulo III se presentan los elementos que según nuestro punto de vista, son los más relevantes en la caracterización de este discurso para los fines de este trabajo.

5. En el Capítulo IV se hace una discusión teórico-metodológica que incorpora los elementos de política sanitaria reconocidos en el trabajo teórico, permitiendo así ofrecer explicitaciones necesarias para hacer una interpretación de la hipótesis que se presenta en el Capítulo V.

6. Con respecto a la bibliografía, es necesario anotar que su poca extensión se explica por la concentración de la parte fenoménica de este problema en los documentos mencionados.

## CAPITULO I

### UNA APROXIMACION A LA ESTRATEGIA FORMULADA POR LA OPS/OMS SOBRE ATENCION PRIMARIA A PARTIR DE LOS ELEMENTOS DESARROLLO Y SALUD ENFERMEDAD

#### I.1 Justificación

Las preocupaciones sobre la estrategia de Atención Primaria pueden ser múltiples. Puntos de vista tales como: definición de actividades, población beneficiaria, proyectos, financiamiento, costos, coberturas, resultados y otros de no menor importancia pueden conformar problemáticas que contribuirán al debate sobre la estrategia de Atención Primaria.

A pesar de que la mencionada estrategia es una propuesta relativamente reciente y debido a que el tiempo fijado para ver los resultados, no ha transcurrido; pareciera como que todavía no es el momento de hacer críticas. Sin embargo, como consideramos la imposibilidad de generar desarrollo y salud por medio de la estrategia de Atención Primaria tal como está planteada en los documentos oficiales de la OPS/OMS, porque entre otros motivos, sus bases conceptuales adolecen de grandes limitaciones y según nuestro punto de vista son más bien un obstáculo para el logro de la Meta "Salud para Todos en el Año 2000", tal es el caso que nos proponemos analizar en este trabajo con relación al desarrollo y la salud.

Lo anterior lo afirmamos porque a través de la lectura de los documentos oficiales de la OPS/OMS se encuentran consideraciones sobre los elementos desarrollo y salud-enfermedad que nos atrevemos a calificar de subjetivas, parciales, criticadas, hecho que tiene mucha trascendencia, pues se trata de elementos de partida y de

llegada en el logro de la Meta mencionada.

Consideramos posible conformar una alternativa a la actual propuesta de Atención Primaria para América Latina, a partir de una política sanitaria que fundamente sus acciones en una concepción total del problema desarrollo y salud-enfermedad.

El problema desarrollo y salud-enfermedad, es la base fundamental y esencial para la política sanitaria latinoamericana, tanto es así que desde sus puntos de vista en los documentos oficiales de la OPS/OMS con respecto a la estrategia de Atención Primaria para América Latina, sus puntos de partida y sus objetivos están dados de manera relevante con relación al desarrollo y la salud.

Aunque la estrategia de Atención Primaria tal como está planteada oficialmente por la OPS/OMS contribuye a continuar legitimando la actual práctica médica hegemónica de occidente, también es cierto que permite conformar un objeto de análisis que posibilita hacer replanteamientos que pueden llegar a influir acciones de políticas y estrategias sanitarias.

El surgimiento y consolidación de las ideas y su articulación con intereses determinados, son resultado del poder económico y político. Esto nos permite afirmar que la Atención Primaria como estrategia para lograr la "Salud para Todos en el Año 2000" es una materialización de ideas que tienen explicaciones económicas y políticas.

Por lo anterior la estrategia de Atención Primaria en Salud, responde al problema sanitario de América Latina con fines económicos y políticos que no es posible ignorar. En este trabajo sólo nos preocupamos centralmente por el tipo de desarrollo y salud que favorece dicha estrategia de política sanitaria.

Por los pocos alcances de este trabajo y por la forma como hemos planteado el problema objeto de estudio, consideramos adecuados, tanto los objetivos como la metodología propuestos, los cuales están ampliamente justificados al menos por cierta coherencia y porque pueden llevar a ser un mínimo aporte en el debate actual sobre la estrategia de Atención Primaria como medio para lograr la "Salud para Todos en el Año 2000".

En América Latina, el modelo de crecimiento económico, ha determinado la actividad política en general y las acciones de la política sanitaria en particular, contexto en el que éstas se han convertido en un medio eficaz al servicio de los intereses de dicho modelo. Modelo que las clases dominantes continúan imponiendo en América Latina a pesar de sus evidentes resultados en términos de las condiciones de vida para las mayorías de los latinoamericanos que se expresan en pobreza y enfermedad crecientes.

La política sanitaria que ha resultado hegemónica en este modelo de crecimiento económico, además de expresar a través del campo sanitario los intereses esenciales entre las clases y las relaciones que entre ellas existen; ha podido determinar el contenido y las formas de las acciones con las que la política sanitaria responde al problema salud-enfermedad, así como también jerarquizarlas y ordenarlas.

Esclarecer algunos elementos que permitan una mayor comprensión al ¿por qué la Atención Primaria se convirtió en la estrategia principal de la Meta "Salud para Todos en el Año 2000"?, posibilitará pensar en alternativas al menos conceptuales sobre desarrollo y salud que fundamentan desde otros puntos de vista una estrategia de atención primaria para los latinoamericanos. A esta justificación responde en gran parte los objetivos de esta investigación y la

metodología elegida para lograrlos.

Este trabajo se justifica además porque la estrategia de Atención Primaria es de incumbencia de casi toda la población latinoamericana, y en estas condiciones se hace necesario participar en el debate hacia la búsqueda de una propuesta eficaz ante el desarrollo y la salud para América Latina. Problemas tales como: la definición de las actividades de la Atención Primaria, sus ejecutores y beneficiarios; la participación de la comunidad en salud a través de la estrategia de Atención Primaria; los resultados de dicha estrategia y sus evaluaciones, son entre muchos otros, aspectos del problema que dan cuenta de que este problema concierne realmente a las mayorías de la población de América Latina y por tanto todo esfuerzo que se proponga para tratar dicha estrategia está justificado.

Esta investigación se justifica, aunque no es posible ofrecer al final de este trabajo resultados que lleguen a ofrecer la construcción de una alternativa operativa en corto plazo. La Meta "Salud para Todos en el Año 200" y su estrategia de Atención Primaria conforman un problema de mucha magnitud y demasiado complejo, cuya resolución no depende estrictamente de las gentes que trabajan en él con muy buena voluntad. Aunque no es propósito de demostración en este trabajo, sí destacamos que además de las explicaciones estructurales, existen intereses muy fuertes en las clases dominantes para que las condiciones de vida de la mayoría de los latinoamericanos no cambien a mejores; la cuantía, orientación y usos de los recursos destinados al "sector salud" ilustran al respecto.

Si con este trabajo llegamos a argumentar objetivamente por qué y cómo las acciones de la política sanitaria en América Latina al priorizar la atención a la enfermedad han estado contribuyendo al modelo de crecimiento económico, consideramos ampliamente justificada

la investigación, porque este logro permitirá implantar algunas acciones de política sanitaria y es posible que la coyuntura actual permita la aceptación de propuestas que favorezcan el desarrollo y la salud.

El problema objeto de estudio tratado en los términos propuestos, facilita pensar elementos que sirvan en el debate actual. Esta es una forma de unirnos a la discusión iniciada sobre la meta "Salud para Todos en el Año 2000". Participar en esta discusión nos permite aportar en la construcción de alternativas por medio de los resultados de este trabajo.

Confrontar los fundamentos conceptuales de la estrategia de atención primaria, permite admitir otras posibilidades para fundamentar una estrategia de atención primaria y, abre posibilidades a la política sanitaria hacia la conformación y consolidación de estrategias efectivas ante el problema desarrollo y salud en América Latina. Permite además, definir objetivos, recursos, planes, evaluaciones en coherencia con los problemas que le corresponde enfrentar tales como : . Formación del médico y demás integrantes del equipo de salud, infraestructura y tecnología sanitaria, sistemas y servicios de salud.

La definición y delimitación del problema objeto de estudio de este trabajo, así como los objetivos fijados y los elementos conceptuales y metodológicos, los consideramos adecuados porque dan cuenta de la determinación del problema y sus consecuencias.

Por esto, además, no centramos el análisis en aspectos como en planificación y administración de la propuesta oficial de la OPS/OMS, sus necesidades tecnológicas, sus programas, recursos y costos.

La estrategia de atención primaria, expresa la preocupación política general y de la política sanitaria en particular por responder ante las demandas de desarrollo y salud en América Latina; pero la enfrenta de manera muy restringida. Dicha propuesta es un avance que puede conducir a racionalizar en parte los recursos existentes; pero no garantiza eficacia frente al logro del desarrollo y la salud en la región, en cambio sí atiende otras necesidades económicas y políticas, entre éstas están: garantizar la cantidad y calidad de la fuerza de trabajo requerida en los procesos de trabajo instalados en América Latina; ofrecer a través de los sistemas de servicio de salud la realización de las diferentes mercancías tales como medicamentos, equipos, alimentos, materiales de curación e instrumental médico, equipos de construcción, etc. Desde el punto de vista político, servir de control social mediante la medicalización, hospitalización, certificando, incapacitando, "rotulando", tranquilizando, en síntesis reduciendo los problemas del modo de vida de la población de América Latina a la relación médico-paciente.

La estrategia de atención primaria tiene explícitamente expresados elementos sobre su concepción del problema desarrollo y salud; este hecho nos permite una objetiva referencia a ellos y por consiguiente sistematizar nuestros puntos de vista; condiciones éstas que fundamentan la validez de nuestras predicciones.

## 1.2 Definición del problema objeto de estudio -

En este trabajo se pretende analizar el discurso oficial de la OPS/OMS (Oficina Sanitaria Panamericana/Organización Mundial de la Salud) sobre la estrategia de Atención Primaria a partir de los elementos desarrollo y salud-enfermedad con el fin de caracterizar dicha estrategia.

La estrategia de Atención Primaria que propone la OPS/OMS para alcanzar la meta "Salud para Todos en el Año 2000", es motivo de discusión desde diferentes puntos de vista en amplios sectores de la población latinoamericana. Para los fines de este trabajo interesa analizar las consideraciones sobre el proceso de desarrollo tenidas en cuenta en forma explícita por la OPS/OMS en sus diferentes documentos relacionados con la meta "Salud para Todos", así como también los conceptos sobre el proceso salud-enfermedad.

a. El proceso de desarrollo en América Latina : Acerca del proceso de desarrollo en América Latina, existen diversos puntos de vista, que han generado corrientes entre las cuales destacan: el crecimiento económico, el subdesarrollo como etapa, la corriente estructuralista, y la corriente crítica, las cuales se expresan en las diferentes políticas sanitarias, de ahí la necesidad de analizarlas de tal modo que permita destacar sus implicaciones y trascendencia.

La corriente del crecimiento económico, entendido éste como desarrollo, es la que ha ejercido más influencia en la política sanitaria; los diferentes trabajos relacionados con el tema y a los cuales se hará referencia más adelante así lo expresa.

La corriente evolucionista que dió origen a la concepción del subdesarrollo como etapa, se manifiesta en forma por demás destacada y explícita en las consideraciones de los componentes del llamado "sector salud", presentes en la posición oficial.

El estructuralismo como corriente de pensamiento, ha permeado la política sanitaria en América Latina, hecho que se manifiesta entre otros en las definiciones y reorientaciones propuestas y realizadas

en las diferentes instituciones de atención médica. Sólo destacamos aquí la tecnología introducida, la orientación dada a la formación de los recursos humanos para la salud, la productividad y eficiencia exigida de los diferentes servicios, entre otros; con la intención de hacer depender de estas orientaciones y realizaciones cambios en el problema sanitario.

La corriente crítica que se viene desarrollando, sí ha puesto en evidencia la imposibilidad de resolver el desarrollo en América Latina con la implementación de "modelos básicos" de las tecnologías mencionadas.

b. El proceso salud-enfermedad: El proceso salud-enfermedad, precisa en primer lugar de un conocimiento objetivo de su determinación y distribución en la población. La concepción biológica de la enfermedad en relación con diferentes modalidades; (unicasual, multifactorial y multifactorial) presenta limitaciones que obstaculizan los objetivos que se quieren realizar; las cuales pueden ser en parte superadas si se incorporan tanto teóricas como prácticamente acciones teóricas con la concepción biosociocultural del proceso salud-enfermedad. Si bien es cierto que la OPS/OEA ha superado significativamente en su discurso general y de manera particular en el referirse a la meta "Salud para todos en el año 2000", la concepción biológica unicausal del problema salud-enfermedad, y lo ha incorporado de forma "completa", social, psicológica en sus consideraciones sobre la determinación y distribución de dicho problema, también es cierto que no ha logrado asumir un referente teórico y/o práctico que considere el problema en su totalidad.

Lo anterior lo anterior puede ser conceptualizado como "parcialmente", las relaciones socioculturales, sociales y psicológicas relacionadas con el problema salud-enfermedad planteadas en los documentos de

La meta "Salud para Todos en el Año 2000" no alcanza a ser tratada de manera que se logre una conceptualización que de cuenta de dicho problema en forma unitaria y objetiva. La biologización de dichos elementos es lo que aconteció con el tratamiento que se les da por parte de la OPS/OMS.

Estos elementos así biologizados contribuyen a enriquecer los argumentos de la corriente multicasual sobre el problema salud-enfermedad; si bien esta concepción no logra sustituir la concepción ecológica y unicasual, sí las desplaza significativamente en los planteamientos oficiales de la OPS/OMS presentes en los documentos sobre "Salud para Todos en el Año 2000".

c. La estrategia de Atención Primaria: La estrategia de Atención Primaria, es resultado de múltiples determinaciones, para los fines de este trabajo interesa fundamentalmente sus alcances a partir de sus concepciones de desarrollo y de salud-enfermedad.

La siguiente es la definición sobre Atención Primaria adoptada por los gobiernos del mundo en Alma-Ata, URSS, en 1978:

"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, de 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" 1/

- d. Política sanitaria: Entendemos por ésta, "...el ordenamiento, para la praxis política, de los elementos relacionados con el proceso salud-enfermedad. Este ordenamiento es formulado y puesto en práctica por una clase social, de acuerdo al desarrollo histórico alcanzado en su ser y conciencia, a través de la lucha con las demás clases de la sociedad. La política sanitaria estatal, representa la síntesis de este proceso bajo la hegemonía de la clase dominante y se expresa, en la práctica, con la formulación y operación de programas específicos." 2/

El reto más relevante que enfrenta hoy la política latinoamericana es la construcción de un proceso de desarrollo que beneficie a las mayorías de la población de la región; por consiguiente, las políticas sanitarias de América Latina enfrentan el problema salud-enfermedad en el contexto definido por la política de desarrollo regional.

Durante los últimos años en los diferentes países de América Latina, con excepción de Cuba, las políticas sanitarias se han conformado articuladas a las exigencias del modelo del crecimiento económico de manera preferencial; la organización de sistemas de salud se caracterizan entre otros por garantizar la reproducción de la fuerza de trabajo que requieren los capitales invertidos y, por sus medios eficaces para la expansión de productos tales como medicamentos, equipos médicos y odontológicos, así como otras tecnologías y suministros, evidencian el hecho, de que el Seguro Social es claro ejemplo.

Si observamos las características que presenta la América Latina, la conformación, organización y funcionamiento de la mayoría nacional, veremos que estas instituciones han concentrado la mayoría

de las acciones y recursos del "sector sanitario" en términos absolutos, hecho que se agrava si se tiene presente que la mayoría de los latinoamericanos se fueron incorporados a los procesos de trabajo esenciales para el crecimiento económico. Esto es, que una minoría de trabajadores por sueldos laborando en las principales empresas que sostienen el modelo de crecimiento económico, recibieron servicios de atención médica y otras prestaciones de los que fueron excluidos la mayoría de los latinoamericanos de ámbitos tanto urbanos como rurales que se lograron incorporación a dichos procesos laborales.

Es preciso aclarar que si bien estos analizados consumieron en mayor proporción de atención médica y otras prestaciones, esto no significa mejores condiciones de salud, pues la realidad de los riesgos de dichos procesos de trabajo desmejoró las condiciones de salud de los trabajadores. Así los únicos beneficiarios de dicho modelo de crecimiento fueron los dueños de los capitales invertidos, quienes lograron incrementar significativamente sus capitales con base en la enfermedad y muerte obrera.

Este modelo de desarrollo impuesto a América Latina, permite explicar en una parte porque la política sanitaria ha propuesto y continúa proponiendo algunas acciones con las que responde parcialmente al problema salud-enfermedad, situación que explica en alguna medida su ineficiencia ante el problema sanitario de la mayoría de la población de América Latina. Así los hechos, podemos afirmar que se ha perdido de vista el problema sanitario en su totalidad y en estas condiciones no es posible generar acciones de política sanitaria que favorezcan el desarrollo y la salud en América Latina.

Por muchos los elementos, consideraciones y puntos de vista que puede enriquecer el debate sobre política sanitaria latinoamericana en estos momentos que la atención primaria ha sido definida como su estrategia principal. Perspectivas tales como:

- Contribuciones de la política sanitaria al desarrollo de América Latina.
- Política sanitaria y fuerzas productivas en América Latina.
- Espacios de acción de la política sanitaria.
- Definición de la infraestructura sanitaria.
- Precisión de los recursos humanos y materiales que hacen sanitaria.
- Etcétera.

Estos son algunos de los múltiples problemas que pueden ocupar a los interesados en la problemática sanitaria de la Región; espero, por la forma como se vive y vive de nuestro trabajo de estudio, estos problemas que reconocemos muy importantes no conformen en este trabajo preocupaciones centrales.

Otros problemas que consideramos más relacionados con el funcionamiento de la estrategia de Atención Primaria tales como: financiamiento, costos, programación, administración, eficiencia, etcétera, pueden ser también objeto de análisis para otras investigaciones: en ésta no, porque como ya se ha dicho aquí pretendemos precisar los límites y los alcances de los planteamientos oficiales de OPS/OMS relacionados con desarrollo y salud-comunidad que fundamentan la Estrategia de Atención Primaria.

### 3. Consideraciones generales sobre el problema objeto de estudio:

El problema que se ha elegido puede ser considerado desde otros puntos de vista, con este trabajo se lo ve particular en el contexto, además con las siguientes consideraciones:

#### 1. Además de las limitaciones de la Estrategia de Atención Primaria

debidas a sus planteamientos sobre desarrollo y salud-enfermedad formulados oficialmente por la OPS/OMS; destacamos entre problemas de gran relevancia que contribuye negativamente a reducir las posibilidades de dicha estrategia; se trata de la circunscripción del campo sanitario al llamado "sector salud", que como podemos observar en los diferentes documentos de la OPS/OMS no está esencialmente definido y a pesar de esto se recurre permanentemente a él como si se tratara

del referente que permitiera identificar el campo del que hacer sanitario en el contexto de la totalidad social, derivando de este manejo acciones intersectoriales, multisectoriales, intrasectoriales, extrasectoriales y dar cuenta de este modelo de la totalidad del que hacer en salud. Es así como se hace depender de la participación de los otros "sectores" diferentes al "sector salud" de manera significativa los logros de la Atención Primaria.

2. En esta época de crisis del capitalismo, caracterizada por:

- Procesos de trabajo generadores de accidentes y enfermedades de manera significativa.
- Desempleo y subempleo con sus correspondientes nulos o bajos salarios.

Crisis que afecta con mayor rigor a las mayorías de la población, la que sufre por mala alimentación, pésimo estado de las viviendas, falta de vestido adecuado, no acceso a la educación, aire ambiente contaminado, en general carencias de todo tipo de satisfacciones. Estos problemas y otros más van conformando una realidad que se expresa irremediablemente en aumento y agravamiento de la enfermedad y de la muerte. En estas circunstancias se hacen más difíciles las decisiones de política sanitaria, pues queda en evidencia la necesidad de comprender y responder en forma ética y ética ante el problema sanitario. Esto sólo será posible a largo plazo, pues exige construir acciones de políticas sanitarias con base en conceptos y metodologías

alternativas.

3. El desarrollo y consolidación dado en los últimos años de gran cantidad de instituciones. Por el fin de atender la demanda en América Latina, en donde se consume la parte más significativa de los recursos destinados al "sector salud" y ante el agravamiento de la enfermedad y la muerte, hacen pensar en, primer lugar, en la incapacidad de éstas naciones de política sanitaria para enfrentar la problemática salud-enfermedad con eficacia esencial.

4. A las consideraciones anteriores agregamos planteamientos que inscriben en la corriente reduccionista del desarrollo y que tienen implicaciones en la política sanitaria en la medida que limitan las posibilidades de sus diferentes estrategias y de la atención primaria en particular, de generar desarrollo y salud. Dichos planteamientos son entre otros los siguientes:

- a. En el "sector salud" la cantidad y distribución de los recursos es inadecuada.
- b. Los recursos humanos del "sector salud" carecen de actitudes, motivaciones, valores que les permitan desarrollar iniciativas.
- c. Las instituciones del "sector salud" tienen una oferta de servicios muy reducida debido a la escasez de recursos (y se les asignan pocos recursos porque ofrecen muy pocos servicios).
- d. El acelerado crecimiento demográfico explica las demandas crecientes en los servicios asistenciales.

Bajo dicho supuesto es pensable se elige una o varias de estas características del subdesarrollo para, con diferentes explicaciones y llegar a través de todo a conclusiones sobre acciones de política sanitaria a ejecutar. Por ejemplos:

El tratamiento conjunto por parte de dicha corriente de los problemas identificados en los literales 1 y 2, han llevado a proponer como solución al problema sanitario mayor eficiencia en el uso de los recursos, dentro de una línea de continuidad en la dirección de las instituciones.

A este grado de explicaciones parciales sobre el problema desarrollo y salud, se agrega una corriente más general que se inscribe en el dualismo sociológico de Gellner, Geertz y se venían, "en cuales consideraran posible el desarrollo por medio de: el cambio de actitudes, de valores, de política que permitan la superación de formas primitivas y tradicionales para llevar a las formas modernas: desarrolladas de la comunidad, racionalización de la administración en las instituciones, preocupación por la eficiencia en el uso de los recursos y la modernización en el sentido de los valores, e instituciones existentes en los países desarrollados son, entre otras, expresiones de dicha corriente evolucionista en la política sanitaria. //

### 1.3 Objetivos

- 1.3.1 Caracterizar los elementos de desarrollo y salud enfermedades expresados oficialmente por la OPS/OMS en relación con la estrategia de Atención Primaria.
- 1.3.2 Analizar la propuesta de la Estrategia de Atención Primaria formulada por la OPS/OMS, tomando para su efecto como eje de análisis el desarrollo y la salud-enfermedad.
- 1.3.3 Explicar por qué la Estrategia de Atención Primaria tal como está propuesta formulada por la OPS/OMS, en una respuesta a un contexto restringido de la política sanitaria ante el problema sanitario latinoamericano.

- 1.3.4 Precisar algunas relaciones que se dar entre el desarrollo, entendiendo éste como crecimiento económico y las concepciones biológica (unicausal, ecológica y multifactorial) de la salud-enfermedad y la expresión de dicha relación en la estrategia de Atención Primaria.
- 1.3.5 Destacar que el campo del crecimiento es también un espacio que confiere cierta autonomía relativa a los sanitarios por consiguiente es un espacio que puede contribuir con replanteamientos a la propuesta de la estrategia de Atención Primaria.
- 1.3.6 Definir elementos que contribuyan en la configuración de una propuesta de Atención primaria que de cuenta de una política sanitaria comprometida un poco más con el proceso de desarrollo de América Latina.

## I.4. Marco teórico

Consideramos que por el planteamiento del problema que hemos hecho, y por los objetivos que fijamos, los siguientes elementos son claves para el tratamiento del problema.

Reconocemos que definir el término ha sido difícil y con mayor razón cuando se trata de precisar los elementos conceptuales de una investigación; por sus implicaciones y trascendencia no deja de ser un riesgo, pues suele suceder que sean el punto crucial en la controversia. Dichos elementos son: desarrollo, salud-enfermedad, desarrollo y salud, política sanitaria y atención primaria.

### I.4.1 Desarrollo

La forma como se vinculó América Latina a la economía mundial continúa determinando para la gran mayoría de los países de la Región su proceso de desarrollo.

Cardoso y Faletto afirman que, "...la situación de subdesarrollo se produjo históricamente cuando la expansión del capitalismo comercial y luego del capitalismo industrial vinculó a un mismo mercado economías que, además de presentar grados diversos de diferenciación del sistema productivo, pasaron a ocupar posiciones distintas en la estructura global del sistema capitalista. De ahí que entre las economías desarrolladas y las subdesarrolladas no sólo exista una simple diferencia de etapa o de estado del sistema productivo, sino también de función o posición dentro de una misma estructura económica internacional de la producción y diferenciación. Esto supone, por otro lado, una estructura específica de relaciones de dominación."

Como vemos, el desarrollo y el subdesarrollo, son la doble expresión del proceso de conformación y consolidación del capitalismo. Por esto consideramos que sólo es posible comprender el proceso del subdesarrollo latinoamericano a partir de la comprensión de la economía mundial.

Las exigencias de los procesos productivos de los países que se vinculaban al capitalismo como países de centro, impusieron a los países periféricos la explotación irracional de sus productos, sobre todo los productos en los que éstos países tenían ventajas comparativas.

Por lo anterior los países periféricos especializaron sus economías en el producto considerado más ventajoso para el comercio internacional. Esta monoproducción de productos agrícolas y mineros es una de las explicaciones en la endeble economía de los países subdesarrollados que se ha permitido generar condiciones de vida que potencian salud en las mayorías de la población.

Pero como bien lo afirman los autores mencionados, el subdesarrollo es mucho más que una "...estructura de un tipo de sistema económico, con predominio del sector primario, fuerte concentración de la renta, poca diferenciación del sistema productivo y, sobre todo, predominio del mercado externo sobre el interno". 1/

Los mismos autores señalan que la comprensión del subdesarrollo requiere, "...algo más que señalar las características estructurales de las economías subdesarrolladas. Hay que analizar, en sílecto, cómo las economías subdesarrolladas se vinculaban históricamente al mercado mundial y la forma en que se constituyeron los grupos sociales internos que lograron definir las relaciones hacia afuera que el subdesarrollo supone." 2/

Debido a que la mayoría de los estudios sobre el problema del desarro-

llo en América Latina, han priorizado como ejes de análisis elementos económicos; sus otras explicaciones y consecuencias fueron subordinadas.

El problema del desarrollo en América Latina, necesariamente es la realidad que permite explicar para la Región problemas tales como: la enfermedad, la muerte, el analfabetismo, la inadecuada distribución de los alimentos, viviendas, vestido y oportunidades y en general las inaceptables condiciones de vida a que han sido sometidas las mayorías de la población latinoamericana.

La concepción que reduce el problema del desarrollo al crecimiento económico, continúa favoreciendo en América Latina la organización social y económica que permite a los círculos dominantes, buscar de manera preferente el incremento de la riqueza, objetivo que condiciona y subordina los demás objetivos sociales.

Lo anterior podemos apreciarlo entre otros, a través de las variables e indicadores que se han definido para orientar el proceso de desarrollo en América Latina; hecho que pone en evidencia la naturaleza de los procedimientos estadísticos utilizados, los cuales no son fruto exclusivamente del desarrollo científico y tecnológico aislado de las condiciones sociales de las que emergen y a las que sirven. A pesar de esto, no desconocemos sus aportes para la comprensión -dentro de sus límites- de algunos problemas de la realidad latinoamericana del subdesarrollo.

En este trabajo, nos proponemos una crítica pormenorizada a los indicadores de desarrollo que se han utilizado oficialmente hasta hoy; se observarán con un poco de más detalle los utilizados en el "sector salud". Por no ser un propósito para lograr en este trabajo, no se procederá a la construcción de indicadores alternativos; sólo pretendemos expresar a partir de la discusión crítica la articulación

del que hacer sanitario con el modelo de desarrollo impuesto para América Latina y cómo se ha expresado en términos de resultados.

Estos resultados necesariamente nos obligan a tomar en consideración la información oficial disponible sobre las tendencias de mortalidad y morbilidad en América Latina, la organización de la respuesta oficial, los recursos, procedimientos, entre otros.

Por este medio (conceptual y metodológico) se hace posible explicar cómo el no desarrollo se expresa en no-salud; de igual forma se hace posible afirmar que la construcción del desarrollo es el proceso que permite generar condiciones que potencian la salud.

#### 1.4.2 El proceso salud-enfermedad

"La tercera y definitiva fase en el establecimiento de la ciencia moderna fue alcanzada en la segunda mitad del siglo XVII" <sup>[7]</sup> Estos logros científicos permitieron el inicio de una explicación del mundo y del hombre desde otras concepciones.

Fue durante el siglo XVII que Bacon y Descartes lograron generar espacios de aceptación para la ciencia experimental: hecho que se facilitó por las preocupaciones de las clases dominantes en asuntos tales como el comercio, la navegación, la manufactura y la agricultura. Bacon aportó muy especialmente la experimentación y la organización de la investigación, con espíritu positivo.

"Lo que se consiguió en el siglo XVII fue hacer un avance crítico en la observación, particularmente con el uso del microscopio, que reveló por primera vez la existencia de los espermatozoides, responsables de la generación" <sup>[8]</sup>

"... el mayor triunfo científico del siglo XVII lo constituyó la integración de un sistema general de la mecánica..." 9/. En el siglo XVIII la mayor contribución científica "fue el establecimiento de la química moderna y, por lo tanto, racional y cuantitativa" 10/

El estudio de la constitución de los diferentes organismos que inicialmente fue posible por el empleo del microscopio y perfeccionada por medios químicos; alcanzaron su mayor perfeccionamiento en el siglo XIX.

Este proceso científico permitió llegar a una fundamentación "objetiva" de la salud-enfermedad, porque permitió la identificación de los virus y otros microorganismos y precisar su presencia en ciertas enfermedades.

Para ésta nueva concepción que falseó la explicación mágico-religiosa, la salud-enfermedad continuó siendo un hecho individual, ahistórico, que proviene de la fuerza del hombre.

El empirismo y el positivismo definieron en gran medida los avances de la biología, ésta, por sus logros consiguió la hegemonía en el campo científico. Así, esta biología amplió sus espacios de poder, y llegó a convertirse en la "filosofía" que explicó la naturaleza del hombre reducida a su expresión biológica. Esta "biologización" fue la base para explicar la salud-enfermedad por mucho tiempo, que si bien recibió sus primeras críticas a finales del siglo XIX, continúa siendo la concepción dominante.

La supremacía de la "biologización" de la salud-enfermedad a la vez que subordinó la concepción mágico-religiosa, impidió una reflexión objetiva acerca de las tendencias presentadas en la determinación y distribución de la salud-enfermedad. Para su explicación, no fueron

tenidos en cuenta los acontecimientos económicos, políticos, sociales que modificaron las condiciones de trabajo, alimentación, vivienda, vestido, etc.

La concepción de salud-enfermedad no ha sido la misma a través de la historia. Su explicación a partir de los logros de la biología, no es voluntaria ni casual; corresponde a su desarrollo de las fuerzas productivas y a su expresión en las relaciones de producción.

Los virus, las bacterias, los microorganismos, no son hallados y asociados con la enfermedad por azar. La historia enseña cómo la economía, la política, la ideología, determinan y definen el qué y el cómo en el campo de la ciencia.

Así, pues, los avances de la biología y los usos que de ellos se ha hecho en el campo sanitario, están enmarcados por las posibilidades ideológicas, teóricas, políticas, metodológicas y prácticas de cada formación social.

Los usos más destacados que le han dado en nuestra sociedad a los aportes de la biología para enfrentar el problema salud-enfermedad, han sido orientados preferentemente hacia la consolidación de una respuesta que se caracterizó fundamentalmente por recurrir a la tecnología orientada a tratamientos curativos y de rehabilitación, mediante la asistencia individual.

Como vemos, el campo en que busca ser eficaz dicha respuesta es en el dominio de la enfermedad. Hoy ante la gravedad que ha alcanzado el problema salud-enfermedad y de manera particular en América Latina, se hace necesario tomar en consideración los replanteamientos que se viene haciendo a dicha respuesta e incorporarlos en las acciones de política sanitaria. Desde hace muchos años se viene afirmando

que el problema salud-enfermedad, tiene una naturaleza -además de biológica-, social y psicológica. El reto de hoy es poder responder eficazmente a este desafío, manteniendo a su naturaleza...

Las acciones de política sanitaria han sido garantizadas significativamente por los aportes de la biología, pero ésta ya no es suficiente para continuar fundamentando y orientando un qué hacer sanitario eficaz ante el problema salud-enfermedad. Las acciones de política sanitaria prevén la incorporación de explicaciones objetivas de tal modo que contribuyan a favorecer la capacidad social, política y técnica de enfrentarlo.

Desde el punto de vista metodológico y para los fines de este trabajo, se procuraremos a construir indicadores numéricos que expresen la "biologización" que se ha hecho del problema salud-enfermedad. Tampoco consideramos apropiadas un análisis profundo de los indicadores construidos a variables esenciales biológicas, como las que nacemos hasta hoy. Destacaremos las variables e indicadores sociales que se han considerado con relación al problema sanitario con el fin de esclarecer cuáles son y como los han tratado.

Aunque en este trabajo enfocaremos un aspecto al tratamiento de los indicadores que se han utilizado tradicionalmente en el "sector salud" y a los que se preparan en los documentos oficiales de la OMS "Salud para Todos en el Año 2000", reiteramos que desde el punto de vista metodológico y por los fines de éste trabajo nuestra mayor preocupación está centrada en el análisis crítico que permita obtener una apreciación total del problema, que facilite comprender cómo la "biologización" del problema salud-enfermedad se expresa en los modelos de desarrollo impuestos para América Latina a través de acciones de política sanitaria?

### 1.4.3 Desarrollo y salud

El desarrollo entendido como la conformación y adecuación de todos los elementos económicos, sociales y políticos de tal modo que garantice la realización humana. Bajo esta concepción la reciprocidad entre desarrollo y salud está dada en la medida en que entendamos la salud como la ausencia de enfermedad, sino la salud como la capacidad biopsicosocial de realización humana.

Por lo anterior, afirmamos que el mero incremento de las riquezas, el crecimiento acelerado de la economía, la ampliación de la infraestructura, con el consiguiente incremento de recursos humanos, tecnológicos y de dotación para la atención médica de la enfermedad, no podrán por sí mismos producir salud y desarrollo.

La siguiente información nos ilustra un poco al respecto:

PNB PERCAPITA Y NIVELES DE MORTALIDAD EN ALGUNOS PAISES  
DE AMÉRICA LATINA, ALREDEDOR DE 1970

País	PNB per cápita (dólares)	Mortalidad infantil <sub>1</sub>	Mortalidad general <sub>1</sub>	Esperanza de vida al nacer
Argentina	1910	45	9	69
Brasil	1570	109	8	64
Colombia	87	77	8	62
Chile	1410	4	7	66
Cuba	210	25	6	72
Costa Rica	1570	35	4	70
El Salvador	600	51	7	63
Ecuador	910	70	10	59
México	1230	7	6	65
Nicaragua	840	122	12	55
Perú	740	42	11	56
Paraguay	1200	47	6	70
Uruguay	1615	46	10	69
Venezuela	2310	43	9	68

Fuente: Population Reference Bureau Inc., 1980, World Population Data Sheet, Washington, 1980

Correlación PNB y mortalidad infantil = 0.2950

Correlación PNB y mortalidad general = 0.3267

Correlación PNB y esperanza de vida = 0.4317

1 Tasa de mortalidad infantil por 1000 nacidos vivos registrados

2 Tasa bruta de mortalidad por 100 habitantes 11/

Esta información que se puede analizar con ampliamiento como cada quien guste y quiera ilustra de manera significativa nuestros planteamientos sobre desarrollo y salud, motivo por el cual también nos permitimos transcribir alguna parte de sus análisis, los cuales son:

"Los niveles de mortalidad general, infantil y la esperanza de vida al nacimiento en América Latina están más relacionados con el progreso en materia de política social y con el grado de equidad en la distribución del ingreso, que con el nivel promedio de éste....

La casi completa ausencia de correlación entre las variables (económicas por un lado y de salud por el otro), indica que el crecimiento económico por sí no basta para mejorar las condiciones de salud de la población; ya que es imprescindible considerar la distribución del PNB entre la población. Esto explica que Cuba con un PNB bajo tenga los mejores indicadores de vida de América Latina; y que Brasil con un PNB cercano al doble del de Cuba tenga una tasa de mortalidad infantil cuatro veces mayor y ocho años menos de esperanza de vida." 12/

Cardoso y Inlotto afirman que, "...el desarrollo es en sí mismo un proceso social; aún con aspectos puramente económicos transparentan la trama de relaciones sociales subyacentes." 13/

Todo lo anterior nos permite afirmar que el desarrollo es un proceso que ha de aprehenderse en forma unitaria, no tiene aspectos puramente económicos o puramente sociales. Al construir el desarrollo, se construyen programas generadores y potenciadores de salud y elimi-

nadores de enfermedades).

1.4.4 La atención primaria como estrategia de política sanitaria:

¿Qué que hacer socialmente la política sanitaria expresa:

- Las ideas predominantes en la época
- el estado de las fuerzas productivas
- Las relaciones de producción
- la lucha de clases y el carácter del país.

a. Las ideas predominantes en la época: la historia nos permite advertir que las concepciones que se han hecho teóricas sobre el problema salud-enfermedad, han sido las más importantes por la comprensión de los conocimientos en los que se han fundamentado las acciones de política sanitaria propuestas para identificar y enfrentar el problema salud-enfermedad.

Cuando el descubrimiento de las viras, las bacterias y otros microorganismos permitieron comprender la explicación universal de la enfermedad; la política sanitaria definió acciones que priorizaron la eliminación, erradicación o control de dichos microorganismos "causales" de enfermedades.

El modelo de respuesta al problema salud-enfermedad que se conformó entonces se fue basando esencialmente en la búsqueda de soluciones respaldadas en dicha concepción científica biológica, la cual superó de teóricamente por la corriente ecologista, ésta ha ganado espacios en la práctica, prueba de ello son las acciones de política sanitaria que atienden al medio ambiente.

Estas acciones de base ecologista están relacionadas a actividades tales como: eliminación o reducción de agentes patógenos, los cuales son en su mayoría microorganismos, insectos, moluscos, roedores; cuidado de las aguas, contaminación, desechos, etc.

Como vemos la concepción ecologista del problema salud-enfermedad, es más amplia que la biológica-unicausal, pues ha permitido acciones de política sanitaria que han ido más allá de la simple relación causa-paciente.

Si bien es cierto que las acciones de política sanitaria basadas en la concepción ecologista ha ofrecido resultados positivos más amplios frente al problema sanitario, también es cierto que ha permitido fortalecer las acciones en el ámbito social y ampliar el campo de legitimación de la política sanitaria y de sus actores. Sin embargo estas acciones de política sanitaria no constituyen una respuesta eficaz al problema salud-enfermedad, en la práctica han funcionado como un complemento de las acciones basadas en la concepción unicausal biológica.

La conformación de la explicación multicausal del problema salud-enfermedad, ha permitido respaldar infinita variedad de acciones de política sanitaria para enfrentar dicho problema. Bajo ésta concepción multicausal la enfermedad puede deberse tanto a microorganismos, como a un ambiente contaminado, ruidoso, así como también a la falta de empleo, a la extrema pobreza, a las relaciones violentas entre los hombres, etc., la lista de agentes bajo esta concepción puede ser infinita.

La concepción multicausal ya permite pensar y a su vez proponer y en menor proporción realizar acciones de política sanitaria de la más variada forma que ha favorecido e impulsado la política sanitaria

multidisciplinarias en el "sector salud".

Esta variedad de acciones de política sanitaria se han venido realizando oficialmente dentro de los límites de posibilidades del modelo de práctica médica actual, en el que prevalece teórica pero con mayor proporción en la práctica la concepción biologista de salud-enfermedad.

La concepción multicausal del problema salud-enfermedad, no explicó la participación de cada una de las "causas" en la generación de los procesos generadores de enfermedad y tampoco ofreció una jerarquización de las diferentes "causas"; esta realidad explica en gran parte porqué las acciones de política sanitaria basadas en ésta concepción multicausal no responden al problema salud-enfermedad en forma esencial, pues los criterios para la fijación de prioridades no están claramente definidos.

Hoy sabemos que el problema salud-enfermedad no tiene una explicación multicausal, por tanto es necesario generar acciones de política sanitaria a partir de concepciones objetivas del problema.

Las acciones de la estrategia de Atención Primaria tal como están planteadas oficialmente por la OPS/OMS tiene bases destacadas en la concepción multicausal del problema salud-enfermedad, hecho que articulado a los lineamientos del proceso de crecimiento económico en el que persisten las clases dominantes hoy en la mayoría de los países de América Latina, imposibilitará generar procesos de desarrollo y salud para la Región.

b. El estado de las fuerzas productivas: A nivel mundial éstas han seguido un desarrollo tan acelerado con resultados significativos, inmensos hasta hace apenas pocas décadas. Si

del desarrollo general de las fuerzas productivas y del desarrollo particular dado en el campo sanitario dependiera estrictamente la presencia y/o ausencia de la morbilidad y mortalidad, nos atrevemos a afirmar que en América Latina ya no se presentarían los males que afectan a la mayoría de la población, por ejemplo diarreas, enfermedades infecciosas y parasitarias, la mayoría de las transmisibles, la desnutrición.

En la sociedad latinoamericana y concretamente en el campo sanitario, el desarrollo de las fuerzas productivas ha sido orientado preferentemente hacia la consolidación de una respuesta altamente tecnológica frente al problema salud-enfermedad, hecho que ha beneficiado doblemente a los dueños de los medios de producción, pues este desarrollo de las fuerzas productivas ha permitido mayor consolidación de los capitales y por otro lado los logros de las fuerzas productivas ofrecen a éstas minorías medios para conservar su salud.

Además esta orientación del desarrollo de las fuerzas productivas al interior del "sector salud" es coherente con el modelo de crecimiento económico en el que está inserta América Latina como región de la periferia capitalista y muestra además como las actuales acciones de política sanitaria favorecen la realización de mercancías.

Una de las expresiones de lo anterior es la prioridad dada en la investigación en el "sector salud", la cual ha privilegiado el desarrollo de tecnología altamente sofisticada para atender la enfermedad, hecho que conlleva la formación de recursos humanos que demandan con rigor esta tecnología, olvidando que la infinita mayoría de la población latinoamericana no tiene acceso a los beneficios de esta tecnología, olvidando además quien es el enfermo, sólo interesa el caso tecnológico.

El desarrollo de las fuerzas productivas, el proceso de crecimiento económico, aunados en las concepciones dominantes de salud-enfermedad, fundamentan en gran parte este superconsumo de tecnologías, instrumental, material médico, materiales de curación, recursos humanos que atiendan la superespecialidad del trabajo en el "sector salud", etc., para enfrentar el problema salud-enfermedad, del que estamos seguros no tiene una explicación esencial en los bajos consumos de éstas tecnologías; prueba de ello son las condiciones de salud-enfermedad prevalecientes en América Latina a pesar de recurrir por tantos años a acciones de política sanitaria que priorizan la tecnología.

No desconocemos los aportes de la ciencia y la tecnología a las acciones de política sanitaria y consideramos que es necesario continuar profundizando e intensificando la ciencia y la tecnología y sus aplicaciones en el campo sanitario. Por ejemplo, los medicamentos, los instrumentos, la mejor preparación de los recursos humanos, etc., han facilitado el tratamiento de muchas enfermedades, hecho que en algunas regiones del mundo ha obligado a cambiar la tendencia observada en algunas enfermedades y padecimientos, incluso en algunos sectores de la población latinoamericana; pero también es cierto que los logros sanitarios alcanzados en América Latina no se deben estrictamente a este desarrollo de las fuerzas productivas y a su aplicación por parte del "sector salud".

El logro de reivindicaciones laborales, extralaborales, económicas y sociales por parte de los trabajadores, el trabajo femenino, el incremento de la escolaridad, el mejoramiento de las condiciones de vivienda, entre otros, han contribuido además de la vacunación, el abastecimiento de agua potable, la hidratación, la alimentación, el saneamiento del medio, etc., a disminuir la mortalidad infantil y a aumentar la esperanza de vida.

Parece que un hecho si es innegable y es que en América Latina los resultados de este modelo de política sanitaria que caracterizamos para los fines de este trabajo, de acciones al servicio del modelo de crecimiento económico y con concepciones biologizantes del problema salud-enfermedad, ha permitido que las condiciones de salud-enfermedad de las mayorías de la población latinoamericana estén tendiendo a agravarse; la cantidad creciente de enfermos por desnutrición, por parasitarias, por enfermedades mentales, por transmisibles, por enfermedades originadas en los procesos laborales, el alcoholismo y las violencias, sólo por mencionar algunas, dan cuenta de ello.

c. Las relaciones de producción. En América Latina, la mayoría de las relaciones de producción son capitalistas, ésta realidad ha generado una gran cantidad de trabajadores en acto, de ejército de reserva y de desempleados con sus correspondientes familias. En el otro extremo éstas relaciones de producción, también han generado unos cuantos dueños de todos los medios de producción, que usufructan el capital generado por los trabajadores.

A este modo de producción predominante, necesariamente corresponde una política sanitaria que responde en forma diferencial a las demandas de las diferentes clases sociales que se han generado en América Latina. Para los dueños de los medios de producción, además de las condiciones tan favorables de vida que les garantizan salud, se ha conformado una medicina sofisticada en todos los recursos existentes, pero a este tipo de prácticas sólo nos vamos a referir muy lateralmente en este trabajo; pues nuestra atención está centrada en las acciones de política sanitaria dirigidas a los no dueños de los medios de producción.

Para los trabajadores en acto, para el ejército industrial de reserva y para los desempleados, dichas relaciones de producción dan origen a políticas sanitarias cuyas acciones se caracterizan esencialmente por proteger la fuerza de trabajo requerida en los procesos laborales más importantes para el modelo de crecimiento económico y por responder de alguna manera a las demandas de los desempleados. Este es lo que explica por qué la salud de los no dueños de los medios de producción no les interesa. Cuando dicen preocuparse por la salud de los pobres, lo que realmente les preocupa es conservar el estado actual de las cosas.

d. La lucha de clases y el carácter del estado: De la forma como se han dado las relaciones de producción en América Latina, ha surgido y consolidado la división de clases en la sociedad latinoamericana; en donde una minoría muy reducida es dueña de los medios de producción y, la inmensa mayoría de la población es oprimida y explotada.

Con el fin de mantener esta división de clases, la clase económicamente dominante se ha organizado en el estado, instrumento a través del cual han dominado la resistencia de las otras clases.

Es este estado el que ha dado lugar a la mayoría de las instituciones que hoy tenemos en América Latina y en particular a las instituciones del "sector salud" que hoy conocemos.

Son estos elementos de política sanitaria los que van a guiar nuestras consideraciones sobre las acciones que se proponen en la estrategia de Atención Primaria y de este modo llegar a plantear los alcances y los límites de las acciones de política sanitaria que se expresan en dicha estrategia.

Una observación de las realizaciones y logros de lo que ha sido la Atención primaria en América Latina, permitirá por medio de los resultados apreciar la eficacia de sus acciones frente al problema salud y desarrollo en la Región.

La Atención Primaria como estrategia principal para alcanzar la salud para todos, implica consideraciones que involucran a la totalidad de las políticas sanitarias de América Latina, algunas de éstas y que consideramos apropiadas para los fines de este trabajos son:

- A partir de la definición de Atención Primaria dada en Alma Ata en 1978, como se han venido adecuando las acciones de política sanitaria en América Latina, de modo que se articulen con el proceso de desarrollo y salud que se pretende para la región.
- Las acciones de política sanitaria que se han propuesto a través de la estrategia de Atención Primaria, están ofreciendo para los latinoamericanos resultados en términos de desarrollo y salud.
- La participación que ha permitido el estado a través de las acciones de política sanitaria está favoreciendo la construcción de un proceso de desarrollo y salud por parte de las mayorías latinoamericanas.

Las acciones de política sanitaria en América Latina por medio de la estrategia de Atención Primaria ha de contribuir al logro del desarrollo y la salud en forma autóctona y autónoma, de y para la Región; esto es, su finalidad no debe ser la búsqueda de resultados semejantes a los ya obtenidos en otras regiones del mundo, que han sido elegidos como modelos, como imágenes objetivo porque el desarrollo y la salud son específicos para cada formación social, son resultados de un proceso histórico y por consiguiente no pueden

ser transferidos de una sociedad a otra.

La política sanitaria ha de justificar ampliamente su estrategia de Atención Primaria y responder entre otros los siguientes interrogantes. ¿Por qué, para qué y para quiénes atención primaria? ¿Quiénes, dónde, cómo, han decidido, ejecutado, evaluado las acciones de Atención Primaria? (en el capítulo III de este trabajo nos referimos a éstas preguntas con nuestras respuestas).

Todo lo anterior aunado a las peculiaridades del desarrollo de América Latina, permitirá hacernos ideas de las posibilidades que tienen las acciones de política sanitaria a través de la estrategia de Atención Primaria de favorecer la salud de las mayorías de los latinoamericanos.

#### I.4.5 Otras consideraciones

Las condiciones de vida de las mayorías de los latinoamericanos se han empeorado; la pobreza, la enfermedad y la muerte conforman una realidad crítica en América Latina. Esta es una evidencia que pone de manifiesto el proceso de subdesarrollo que se profundiza para la mayoría de los latinoamericanos, mientras ésta Región contribuye con todos sus recursos al desarrollo de los países del centro del capitalismo.

Los efectos negativos de ésta situación para América Latina se expresan de manera destacada en términos sanitarios; problemas tales como la persistencia de enfermedades para las cuales se han precisado formas de atención médica; la reaparición de otras que se consideraban superadas en varias regiones y la aparición de otras nuevas; obligan a confrontar los planteamientos, realizaciones y resultados de la política sanitaria latinoamericana.

En América Latina, desde la promoción de la salud hasta la rehabilitación, pasando por la prevención y el tratamiento; las acciones de política sanitaria dan cuenta de su concepción del problema de salud-enfermedad, así como también del modelo de desarrollo al que se articula el que hacer sanitario.

El modo de vida de las mayorías de los latinoamericanos, caracterizado en general por unas condiciones infrahumanas de existencia, determinan sus enfermedades y su muerte. Una política sanitaria que se presente como favorecedora de las condiciones de salud de éstas mayorías sojuzgadas, necesariamente ha de enfrentar el problema del subdesarrollo, de la independencia y formular acciones sanitarias coherentes con la naturaleza del problema que involucran la participación total de las mayorías.

## I.5 Hipótesis

Las reflexiones anteriormente planteadas nos llevan a proponer la siguiente hipótesis:

Las posibilidades de la estrategia de Atención Primaria formulada oficialmente por la OPS/O'AS, de generar logros, en términos de desarrollo y salud en los países dependientes del mercado mundial capitalista, son muy restringidas porque si bien en dicha estrategia son incorporados algunos aspectos económicos y sociales con relación al problema desarrollo y salud, estos no alcanzan a trascender los límites del modelo de crecimiento económico con el que se comprometió la economía de los países de América Latina y porque en el tratamiento que le dan al problema salud-enfermedad en dicha estrategia, se observa que no logran una concepción objetiva del problema y los elementos económicos y sociales que le reconocen son biologizados.

Por lo anterior la estrategia de Atención Primaria tal como está planteada por la OPS/O'AS no puede garantizar logros en términos de desarrollo y salud que favorezca a las mayorías de la población de los países de América Latina dependientes del mercado mundial capitalista.

## I.6 Procedimiento metodológico

1. El punto de partida en este trabajo está en una aproximación a los documentos oficiales de la OPS/OMS sobre la meta, "Salud para Todos en el Año 2000", de los cuales se seleccionaron los documentos de la serie "Salud para Todos", (nueve documentos), así como también el documento, Estrategias, y el Plan de Acción. El primer acercamiento permitió advertir la preocupación expresa en los mencionados documentos por el desarrollo y la salud.

2. Lo anterior nos llevó a indagar por el desarrollo y la salud que proponen lograr para el año 2000 mediante la estrategia de Atención Primaria, fruto de éstas reflexiones es el Capítulo I de este trabajo.

3. Las definiciones, delimitaciones y consideraciones del primer capítulo; fueron las ideas que guiaron el análisis de los documentos; de este trabajo y por limitaciones personales sólo pudo dejarse constancia en el Capítulo II de la agrupación en atención a su contenido central, con algunas consideraciones al final de la presentación de cada tema agrupado

4. El paso siguiente, consistió en una caracterización global de dicho discurso tal como se expone en Capítulo III.

5. En el Capítulo IV se plantea una reflexión teórica-metodológica, tomando como base los elementos componentes de política sanitaria reconocidos en el Marco Teórico de este trabajo. Ya con todos los pasos mencionados, fue recorrido el camino para hacer una interpretación de la hipótesis que se presenta en el Capítulo V; para proceder finalmente a presentar una conclusión general para este trabajo.

## CAPITULO II

### LOS PLANTEAMIENTOS OFICIALES DE LA OMS/OPS SOBRE LA ESTRATEGIA DE ATENCION PRIMARIA

La salud y el desarrollo conforman un problema que desde hace tiempo es motivo de preocupación de diversos sectores sociales en América Latina, algunas expresiones internacionales al respecto son las siguientes:

- En 1962 en la Carta de Punta del Este dada en Uruguay se fijan los objetivos de la Alianza para el Progreso, de éstos destacamos el 1° y el 8° por ilustrar en parte nuestro trabajo, dichos objetivos son:

- " 1) Conseguir en los países latinoamericanos participantes, un crecimiento sustancial y sostenido del ingreso per cápita, a un ritmo que permita alcanzar, en el menor tiempo posible, un nivel de ingresos capaz de asegurar un desarrollo acumulativo y suficiente para elevar en forma constante ese nivel, en relación con los de las naciones más industrializadas, reduciendo de este modo las distancias entre los niveles de vida de la América Latina y los de los países más desarrollados. Disminuir, asimismo, las deficiencias del nivel de ingreso entre los países latinoamericanos, estimulando el desarrollo más acelerado de menor desarrollo relativo y otorgándoles máxima prioridad en la asignación de recursos y en la cooperación internacional en general. Para evaluar el grado de desarrollo relativo se tendrán en cuenta no sólo la expresión estadística del nivel medio del ingreso real o del producto bruto per cápita, sino también los índices de mortalidad infantil y de analfabetismo y el número de calorías diarias por habitante . . .

- 8) Aumentar en un mínimo de cinco años la esperanza de vida al nacer y elevar la capacidad de aprender y producir mejorando la salud individual y colectiva.

Para lograr esta meta se requieren, entre otras medidas, suministrar en el próximo decenio agua potable y desague a no menos del 70 por ciento de la población urbana y del 50 por ciento de la rural; reducir la mortalidad de los menores de cinco años, por lo menos a la mitad de las tasas actuales; controlar las enfermedades transmisibles más graves, de acuerdo con su importancia como causas de invalidez o muerte; erradicar aquellas enfermedades para las cuales se conocen técnicas eficaces, en particular la malaria; mejorar la nutrición; perfeccionar y formar profesionales y auxiliares de salud en el mínimo indispensable; mejorar los servicios básicos de salud a nivel nacional y local; intensificar la investigación científica y utilizar plena y más efectivamente los conocimientos derivados de ella para la prevención y la curación de las enfermedades " 1/

- En 1978 se celebró la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud en Alma Ata, Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas con el patrocinio de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF); sus contenidos se presentarán más adelante en este trabajo.
- En 1979 la Asamblea General de las Naciones Unidas en su 82a. sesión plenaria expresa su resolución 34/58 "La salud como parte integrante del desarrollo", de la cual destacamos las siguientes partes:

"Observando que una parte importante de la población de muchos

países, tanto desarrollados como en desarrollo no tienen acceso a servicios básicos de salud, y que las personas que no tienen una salud adecuada no pueden participar plenamente en el desarrollo económico y social de su país ni contribuir a dicho desarrollo. ...

Considerandó que la paz y la seguridad son factores importantes para la preservación y el mejoramiento de la salud de todas las personas, y que la cooperación entre las naciones sobre cuestiones vitales de salud puede contribuir en modo importante a la paz.

Consciente del papel fundamental que la salud y los servicios de salud desempeñan en el desarrollo de los países, especialmente de los países en desarrollo. ... 2/

En 1981 la Asamblea General de las Naciones Unidas en su 64a. sesión plenaria expresa su resolución 36/43 "Estrategia Mundial de Salud para Todos en el Año 2000", la cual se basa esencialmente en la resolución 34/58 tanto así que afirma, "...que la Estrategia Mundial refleja plenamente el espíritu de la resolución 34/58 de la Asamblea General,

Considerando que la paz y la seguridad son condiciones importantes para la conservación y la mejora de la salud de todas las personas y que la cooperación entre las naciones respecto de problemas fundamentales de salud puede contribuir en gran medida a la paz,

Observando además que la Estrategia Mundial se basa en los principios de la Declaración de Alma-Ata sobre atención primaria de salud, lo cual entraña un planteamiento global para la solución de los problemas de asistencia sanitaria y requiere el apoyo y la participación más totales de todos los sectores del desarrollo económico y social,

## Comentario

Hace ya 25 años que se propuso para América Latina la necesidad de realizar acciones con el fin de obtener resultados en términos de desarrollo y salud.

En la década de los años 70 se hace evidente una nueva crisis para el sistema capitalista, la que se manifiesta entre otras por el agravamiento de las condiciones de vida para las mayorías de los pueblos explotados del mundo.

En América Latina se profundiza la pobreza de las mayorías de la población como consecuencia de las formas que asume la crisis en esta Región y de manera particular por las limitaciones que presenta el modelo de crecimiento económico impuesto para la Región; además de la disminución de sus recursos y de los daños ecológicos.

A pesar de que la mortalidad infantil ha disminuido y la esperanza de vida se ha incrementado en América Latina y a pesar de que las mayorías de la población han elevado su "capacidad de aprender y producir", todo esto no se ha convertido en mejores condiciones de vida para los latinoamericanos.

Lo anterior lo afirmo porque la extrema pobreza que se padece en América Latina cada vez afecta a mayor número de personas, porque las características de esta pobreza son más preocupantes ya que dentro de las condiciones actuales no existe posibilidad de ofrecer mejores condiciones de vida a las mayorías.

A pesar de los avances en la investigación científica; las enfermedades transmisibles y la desnutrición continúan afectando a los

latinoamericanos en proporción significativa. Las enfermedades crónicas degenerativas, el cáncer, las violencias, los accidentes, el alcoholismo y las enfermedades mentales son la explicación de gran cantidad de enfermos y muertos.

Sólo nos separa del año 2000, trece años y los propósitos de desarrollo y salud para las mayorías de los latinoamericanos están muy lejos para alcanzarse.

Reconociendo que la aplicación de la Estrategia Mundial constituirá una contribución valiosa al mejoramiento de las condiciones socioeconómicas generales y, por consiguiente, a la puesta en práctica de la Estrategia Internacional del Desarrollo para el Tercer Decenio de las Naciones Unidas para el Desarrollo, ..." 3/

A continuación retomamos planteamientos oficiales de la OMS/OPS, publicados en la serie "Salud para Todos" que considero relevantes para aprehender a través de éstos su preocupación por el desarrollo y la salud.

## II.1 Desarrollo y Salud

Existe un reconocimiento de que "La grave desigualdad existente en el estado de salud de 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 ". 4/

Así como también de que "En el campo de la salud va en aumento la distancia que media entre los "privilegiados", o países ricos, y los "desposeídos", o países del mundo en desarrollo. Esa distancia se aprecia también dentro de ciertos países, cualquiera sea su grado de desarrollo." 5/

La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, reunida en Alma-Ata en 1978 declara: "El desarrollo económico y social, basado en 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." 6/

En vista de los cambios que se vienen dando en la sociedad, se afirma que, "La salud debe alcanzarse en medio de esa evolución continua de los factores políticos, económicos, sociales, culturales, científicos, tecnológicos y psicológicos que vienen a sumarse al medio ambiente geofísico. Cada uno de esos factores sigue influyendo en la salud de la población, la cual, a su vez, influye en ellos y en el conjunto del medio ambiente." 7/

El siguiente texto ilustra sobre algunas reflexiones en materia de salud desde el producto nacional bruto : "En general, con algunas excepciones notables, en los países que tienen un producto nacional bruto elevado la tasa de mortalidad infantil es baja y la esperanza de vida elevada, mientras que en los países con un PNB bajo ocurre todo lo contrario. El PNB por habitante va de US\$200 a US\$1000 en la mayoría de los países en desarrollo, mientras que en la mayoría de los países desarrollados va de US\$5000 a US\$10000. Muchos de estos últimos, empeñados en la solución de sus problemas económicos de inflación, balanza de pagos y desempleo, ven disminuir sus PNB y reducen los gastos públicos. Estos problemas repercuten en los países en desarrollo, con el resultado de que su PNB, ya bastante bajo en escala mundial, se reduce más aún.

En cuanto al crecimiento del PNB por habitante, los organismos de las Naciones Unidas prevén que en la mayoría de los países en desarrollo disminuirá entre 1980 y 1985 hasta llegar a menos de un 2% anual. Es probable que los ingresos por habitante de las personas que viven en los países menos adelantados aumenten tan sólo en 1% anual como máximo, lo que representa un promedio de sólo US\$2 ó 3 por persona. Se prevé incluso una reducción en los ingresos por habitante para los 140 millones de personas o más que viven en los países de ingresos bajos de Africa al sur del Sahara." 8/

El siguiente planteamiento enriquece el anterior "Pero el solo

aumento de los ingresos no garantizará la salud. Aunque es cierto que existe una estrecha relación entre la salud y los ingresos en el nivel más bajo de éstos, a medida que los ingresos empiezan a elevarse comienza también a aparecer los riesgos para la salud que lleva aparejados el desarrollo económico. Las autoridades sanitarias deberán desplegar una gran vigilancia para identificar e introducir los elementos que son esenciales para el desarrollo de la salud en los planes nacionales, regionales y mundiales de desarrollo socioeconómico. Para ello será preciso conseguir que los planificadores de la economía y las autoridades políticas tengan presentes las repercusiones que pueden tener en la salud las diversas estrategias de desarrollo, identificar los aspectos de los planes de desarrollo que pueden fomentar o amenazar la salud y velar porque en el establecimiento de esos planes se prevea la salvaguardia de la salud."9/

Con respecto al problema de la salud y el desarrollo no existe una concepción homogénea al interior de la OMS/OPS, el siguiente texto nos ilustra al respecto: "Es posible que algunas escuelas de planificación económica manifiesten reservas, partiendo de la creencia común de que el crecimiento económico por sí solo traerá como consecuencia la solución de los problemas de salud. En respuesta a esa hipótesis debe explicarse que, si bien es cierto que el verdadero desarrollo social y económico puede indudablemente contribuir al mejoramiento de la salud, es también necesario aplicar directamente medidas de salud para mejorar la situación sanitaria y que, como se ha dicho ya, las actividades de todos los sectores interesados se fortalecen mutuamente." 10/

Para la OMS/OPS es claro que "El desarrollo entraña la mejora gradual de las condiciones y la calidad de vida de que disfrutan los miembros de la sociedad. Es un proceso continuo que se da en todas las sociedades; pocas afirmarían que han completado su desarrollo."11/

Así como también que:

"Ya no se puede hacer distingo alguno entre desarrollo económico y desarrollo social. El primero es necesario alcanzar la mayoría de las metas sociales, y el desarrollo social es necesario para lograr casi todos los objetivos económicos. En efecto, los factores sociales son la verdadera fuerza motriz del desarrollo. La finalidad del desarrollo es que el pueblo pueda llevar una vida económicamente productiva y socialmente satisfactoria. Satisfacción social y productividad económica son términos que se interpretan de modos muy distintos, según sean los valores sociales y culturales predominantes en cada sociedad. En todas partes, la gente se da cuenta de que lo que la impulsa a aumentar sus ingresos no es la simple acumulación de bienes, sino las mejoras sociales que el aumento del poder adquisitivo puede reportarle, así como a las nuevas generaciones, por ejemplo mejoras de alimentación y de vivienda, mayor grado de instrucción, más tiempo libre, y por último -aunque no sea lo menos importante- el disfrute de mejor salud. Unicamente cuando alcanza un grado aceptable de salud pueden los individuos, las familias y las colectividades disfrutar de los restantes beneficios de la vida. Por ello, las mejoras de la salud son esenciales para el desarrollo social y económico, y los medios para conseguir ese doble desarrollo están íntimamente relacionados. Por tal motivo, las medidas para mejorar la salud y la situación socioeconómica se han de ver como mutamente complementarias, en vez de rivales. Los debates sobre si el fomento de la salud no hace más que consumir recursos, o si es un factor económicamente productivo que contribuye al desarrollo, ya no tienen razón de ser. " 12/

## Comentario

El problema del desarrollo es una preocupación central en los planteamientos oficiales de la OPS/OMS relacionados con la Meta, "Salud para Todos en el Año 2000"; sin embargo no existe una definición expresa de su concepción del desarrollo.

La comparación de indicadores macroeconómicos entre los países desarrollados y los no desarrollados conforma en gran parte la base que les permite conocer la "distancia" existente entre los mencionados países.

Ante la presencia de índices que ponen en evidencia el agotamiento del modelo de crecimiento económico impuesto para América Latina y las consecuencias sociales que se preveen; destaca la necesidad de encontrar respuestas sociales, la sanitaria por ejemplo, a los problemas de la infinita mayoría de la población que no resultó beneficiada con los logros de dicho modelo de crecimiento económico.

Las clases que ejercen el poder continúan insistiendo en el modelo de crecimiento económico y buscan además su legitimación por medio de las acciones de los llamados "sectores" sociales entre los cuales el de salud tiene destacada importancia.

Esta separación de la realidad en aspectos económicos por un lado y sociales por el otro, les ha permitido afirmar que el todo se logra mediante el complemento de estas dos partes; esto es que toda la pobreza y enfermedad generada por el sistema de producción puede ser "aliviada" mediante las acciones de los llamados sectores sociales.

## II.2 El proceso salud-enfermedad

### II.2.1 Salud

Tratar de hacer una delimitación del concepto de salud que la OMS/OPS expresa en los documentos de la serie "Salud para Todos", resulta un poco arbitrario debido a que todo el discurso de los textos está traspasado por alguna concepción de salud-enfermedad. Aquí presentamos los aspectos más relevantes para los fines de este trabajo.

La OMS/OPS establece una diferenciación entre el estado de salud situación sanitaria y tendencias sanitarias, así: "El estado de salud es el término general que se utiliza para designar el estado de salud de un individuo, grupo o población medido según ciertas normas aceptadas. El término "nivel de salud" parecido en ciertos aspectos, suele suponer la cuantificación del estado de salud. La situación sanitaria supone más que el estado de salud; incluye las medidas adoptadas para mejorar la salud, los recursos que se dedican a la salud, una apreciación de los problemas de salud concretos que requieren particular atención y el grado de conciencia de la población acerca de su salud y de la manera de mejorarla. Las tendencias sanitarias se refieren no solamente a la situación sanitaria actual sino también a los antecedentes que han conducido a esa situación y a las perspectivas para el futuro."13/

" La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud reitera firmemente que la salud, estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, es un hecho 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."14/

Y más adelante se afirma que: "La Constitución de la OMS y numerosas resoluciones de la asamblea de la salud han reiterado que la salud es un derecho humano básico y un objetivo social en todo el mundo, que es indispensable para la satisfacción de las necesidades humanas básicas y para la calidad de la vida, y que debe estar al alcance de todas las personas." 15/

Problemas tales como el crecimiento de la población, sus estructuras por edades, la urbanización, la ubicación geográfica de las poblaciones, factores del medio ambiente como contaminación del aire y de las aguas internacionales, las migraciones están explícitamente asociados con el comportamiento de las enfermedades. El siguiente texto nos ilustra al respecto .

"Vienen a agravar la situación las tendencias en el crecimiento de la población y en la distribución geográfica. Un mayor número de personas enfermas representa una mayor carga para la economía mundial. Un número de personas sanas representaría un mayor caudal de energías humanas y, por consiguiente, mayores posibilidades de desarrollo humano. La población total mundo aumentó en el decenio 1971-1980 a una tasa anual aproximada de 1.9%. Si esa tasa de aumento continua, el total de la población humana pasará de los 6,000 millones en el año 2000. En 1980 los países en desarrollo representaban casi el 75% de la población mundial; en el año 2000, esta proporción será probablemente de un 80%.

También se prevén en modificaciones en la estructura por edades. En los países desarrollados, un 23% de la población tiene menos de 15 años, mientras que un 8% tiene 65 años o más; las proyecciones para el año 2000 en esos países prevén que se reducirá a menos de un 22% la población de menos de 15 años y que aumentará hasta un 13% la población de 65 años a más. En cuanto a los países en desarrollo, un promedio del 40% de la población tiene menos de 15 años y el 4% tiene 65 años o más. Estos porcentajes, sin embargo, no ponen de manifiesto

el aumento de la población en diferentes grupos de edad. Por ejemplo, se calcula que entre 1980 y el año 2000 el número de ancianos en todo el mundo pasará de 258 millones a 396 millones. Más de un 70% de este aumento se registrará en los países en desarrollo. En 1980 más de la mitad de los ancianos del mundo vivían en países desarrollados; en el año 2000 acerca de las tres quintas partes de ese grupo de población vivirá en países en desarrollo. Si la tendencia actual a la urbanización continúa, en el año 2000 la mitad de la población mundial será urbana. Esa tendencia se traducirá en una concentración de la población en un número relativamente pequeño de grandes zonas metropolitanas y se calcula que, en el año 2000, 12 de las 15 zonas metropolitanas más grandes se encontraba en los países en desarrollo.

Sigue aumentando la importancia de los problemas de salud cuyos factores causales afectan adversamente a las poblaciones de cierto número de países en una misma zona geográfica. Muchos de esos problemas tienen su raíz en factores del medio ambiente, tales como la contaminación del aire y de los cursos de agua internacionales.

El brusco aumento del número de personas y la distribución geográfica y por edades previstos en diferentes grupos de países, así como la migración desde las zonas rurales hacia las urbanas, son fenómenos que conjuntamente tienen importantes consecuencias socioeconómicas y sanitarias. Influirán en las infraestructuras materiales y sociales, aumentando las cargas que pesan sobre ellas, así como los peligros del desempleo y subempleo. Afectarán a la producción y distribución de alimentos y tendrán repercusiones cualitativas y cuantitativas para el abastecimiento de agua, la educación, la vivienda, el saneamiento y la atención de salud. Además, una modificación de la estructura de la población por edades puede también cambiar la distribución de las enfermedades. \* 16/

## Comentario

A pesar de que la Meta, "Salud para Todos en el Año 2000" ha obligado a tantos "cambios", la OMS ha dejado intacta su definición clásica de salud; ¿será posible un estado de completo bienestar y equilibrio para todo el mundo en el año 2000?

Más adelante en los documentos se lee:

- Estado de salud es el término general...
- Nivel de salud es la cuantificación del estado de salud ...
- Situación sanitaria supone más que el estado de salud ...

Realmente son muchas palabras para no decir algo. ¿Por qué estas definiciones no definen algo?

La salud es por lo tanto la salud. Pero además también es: "un hecho"; "un objetivo", "un derecho".

Resulta realmente sorprendente que en el lenguaje oficial se hable con tanta insistencia del desarrollo y la salud cuando sucede que si buscamos un poco no sabemos de que estamos hablando. ¿Qué es entonces para la OPS/OMS desarrollo y salud?

## II.2.2 Salud y Desarrollo

Se reconoce que "El desarrollo sanitario y el socioeconómico están inseparablemente vinculados entre sí, de modo que los progresos en la salud conducen al progreso socioeconómico y al mismo tiempo dependen de este último." 17/

La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud está "Persuadida de que la salud depende del desarrollo social y económico y, al mismo tiempo, lo favorece." 18/

Se precisan algunas diferencias sanitarias entre los países desarrollados y los no desarrollados, -el texto siguiente da cuenta de ello

"La situación sanitaria actual de ciento de millones de personas en todo el mundo es inaceptable. Más de la mitad de la población mundial carece de los beneficios de una asistencia sanitaria adecuada.

Se registran grandes diferencias entre los países en desarrollo y los desarrollados en cuanto al grado de salud y a los recursos que dediquen al mejoramiento de la salud. Diferencias análogas entre los diversos grupos de población se observan además comúnmente en el interior de los países, cualquiera que sea su grado de desarrollo."19/

El cuadro No. 1 nos ilustra sobre las interrelaciones que se establecen por medio de indicadores entre la salud y el desarrollo."20/

Se explicita que "Los problemas de salud y los de índole socioeconómica están íntimamente vinculados. En muchos países la situación sanitaria y la socioeconómica -relacionada con la primera- son insatisfactorias y las tendencias no ofrecen perspectivas alentadoras. Además, van en constante aumento las enormes desigualdades que existen entre los distintos países y aun dentro de éstos."21/

## Indicadores de salud e indicadores socioeconómicos afines

Cuadro No. 1

	Países menos adelantados	Otros países en desarrollo	Países desarrollados
Número de países	29	90	37
Población total (millones)	283	3001	1131
Tasa de mortalidad infantil (por 100 nacidos vivos)	160	94	19
Esperanza de vida (años)	45	60	72
Porcentaje de recién nacidos con un peso al nacer de 2500 g. o más	70%	83%	93%
Cobertura de abastecimiento de agua potable	31%	41%	200%
Tasa de alfabetismo de adultos	28%	55%	98%
PNB por habitante	\$ 170	\$ 520	\$ 6230
Gastos públicos en salud, por habitante	\$ 1.7	\$ 6.5	\$ 24
Gastos públicos en salud, como es del PNB	1.0%	1.2%	3.9%

Nota: Las cifras del cuadro son promedios ponderados, basados en los datos correspondientes a 1980 o en los más recientes.

Aunque el siguiente texto es un poco largo, hemos decidido transcribirlo porque ilustra de manera significativa las relaciones de los problemas de salud con el proceso de desarrollo: "Cerca de 1000 millones de personas se hallan atrapadas en el círculo vicioso de la pobreza la malnutrición, la enfermedad y desesperación que mina sus energías, reduce su capacidad de de trabajo y limita sus posibilidades de planificar el porvenir. La mayor parte de esas personas viven en las zonas rurales y los barrios urbanos míseros de los países en desarrollo. Unas pocas cifras estadísticas permiten medir la profundidad de la privación en que se hallan sumidas. Mientras que el promedio de la expectativa de vida al nacer es de unos 72 años en los países desarrollados, ese promedio es de unos 55 años en los países en desarro

llo, y de tan solo 50 años en Africa y Asia Suboriental. Sólo de 10 a 20 de cada 1000 niños nacidos en los países subdesarrollados mueren durante el primer año de vida, pero la tasa de mortalidad infantil en la mayoría de los países en desarrollo va de cerca de 100 hasta más de 200 por mil. En cuanto a la tasa de mortalidad de los niños de 1 a 5 años, que es tan solo de 1 por 1000 en la mayoría de los países desarrollados, llega a un promedio de unos 20 en muchos países en desarrollo y demás de 30 en Africa del Sur del Sahara.

De cada 1000 niños nacidos en la pobreza en los países menos adelantados, 200 fallecen en el plazo de un año, otros 100 mueren antes de alcanzar los 5 años y solo 500 sobreviven hasta los 40 años.

La mayoría de las defunciones que se registran en la mayoría de los países en desarrollo, resultan de las enfermedades infecciosas y parasitarias. Esta clase de enfermedades guardan estrecha relación con las condiciones sociales y económicas predominantes y obstaculizan el desarrollo social y económico. En los países en desarrollo una décima parte de la existencia de una persona por término medio, resulta gravemente afectada por las enfermedades. La parásitosis, en particular, son crónicas y debilitantes, y son endémicas en la mayoría de las zonas donde reina la pobreza. Las enfermedades infecciosas comunes de la infancia va todavía en aumento en los países en desarrollo, mientras que han sido reducidas a simples molestias en los países desarrollados. Pese a que la inmunización permitiría prevenir esas enfermedades, menos de un diez por ciento de los 80 millones de niños que nacen cada año en los países en desarrollo son inmunizados contra ellas.

Las enfermedades diarreicas que se transmiten por contaminación del suelo, de los alimentos y del agua con heces humanas, hacen sus peores estragos en los países en desarrollo. En los países menos desarrolla-

dos del mundo, sólo una tercera parte de la población, aproximadamente, tiene acceso permanente de abastecimiento de agua potable y saneamiento

Las enfermedades transmitidas por insectos y otros vectores se hallan también muy difundidas en los países en desarrollo y tienen graves efectos socioeconómicos. El paludismo sigue siendo la enfermedad más prevalente, pese a que en teoría puede prevenirse mediante la administración sistemática de medicamentos pocos costosos o mediante roceamientos con insecticidas para mantener al mosquito y sus larvas. Unos ochocientos cincuenta millones de personas viven en zonas donde el paludismo solo se ha podido dominar en parte y otros 250 millones en zonas en donde no se han aplicado aun medidas de lucha activas. Solo en Africa tropical, no menos de un millón de niños mueren todos los años de paludismo.

La equistosomiasis, causada por un parásito transmitido por un molusco, es endémica en unos 70 países, donde se calcula que hay unos 200 millones de personas infectadas. La oncocercosis o "ceguera de los ríos" es causa de ceguera en más de un 20% de la población adulta en algunas regiones hiperendémicas de Africa.

Los proyectos de desarrollo han hecho aumentar la incidencia de esas enfermedades; en el caso de la esquistosomiasis porque las obras de avenamiento y los canales de riego crean un hábitat para los moluscos, y en el de la oncocercosis porque los aliviaderos de los embalsos lo crean para las larvas del simúlido.

En los países desarrollados, en cambio, la mitad de las defunciones, aproximadamente, son causadas por las enfermedades cardiovasculares, una quinta parte por el cáncer y una décima parte por los accidentes. Esos problemas van también en aumento en los países en desarrollo. Los problemas de higiene del medio planteados por la industrialización y la urbanización cobran mayor importancia cada vez; y esos mismos

problemas pueden llegar a plantearse en los países en desarrollo a medida que se industrialicen. Las enfermedades crónicas van en aumento a medida que la población envejece. En los últimos años se ha registrado un aumento constante en los trastornos mentales y en la patología social, como el abuso del alcohol y de las drogas. El cáncer del pulmón y otras enfermedades pulmonares crónicas causadas por el hábito de fumar, así como la obesidad debida a una alimentación excesiva, con fenómenos comunes.

En contraste, en los países en desarrollo la desnutrición afecta a centenares de millones de personas, reduciendo sus energías y su iniciativa, minando su rendimiento escolar y laboral y reduciendo su resistencia a las enfermedades. En esos países, la ingesta dietaria de una cuarta parte de la población se encuentra por debajo del nivel mínimo crítico. Mientras que el promedio del suministro diario de energía por habitante es unas 3400 kilocalorías (14,23 MJ) en los países desarrollados, cifra muy superior a las necesidades, este promedio es de unas 2400 (10,04 MJ) en la mayoría de los países en desarrollo y tan sólo de 2000 (8,37 MJ) en los menos adelantados. Además, existen grandes desigualdades en el interior de los países; la situación es catastrófica para los grupos más desaventajados de la población de muchos países en desarrollo. " 21/

Destacamos como muy importante que ya se reconozca a nivel de la OMS/OPS que desarrollo y crecimiento económico no son lo mismo, como se expresa en el siguiente texto:

"El mejoramiento de la salud no sólo resulta del auténtico desarrollo socioeconómico, distinto del simple crecimiento económico, sino que constituye además una inversión esencial en ese desarrollo. En reconocimiento de esas íntimas interrelaciones (...) la Estrategia estará basada en el reforzamiento mutuo de las políticas de desarrollo de

la salud y las políticas de desarrollo socioeconómico. Se tendrá plenamente en cuenta la medida en que el logro de las metas de salud vendrá determinado también por las políticas ajenas al sector de la salud, y en particular por las que están encaminadas a garantizar el acceso universal a los medios necesarios para conseguir un nivel de ingresos aceptable, cualquiera que sea su índole. En muchos países, la victoria contra la pobreza será la prioridad primordial. Según las estimaciones de los órganos de las Naciones Unidas, unos 800 millones de personas en todo el mundo viven en condiciones de pobreza absoluta; según la misma fuente, si persisten las tendencias actuales esta cifra sólo se reducirá a unos 600 millones en el año 2000. Una situación como ésta a la fuerza debe tener graves repercusiones adversas en la salud mundial. " 22/

### II.2.3 "Salud para todos"

"En mayo de 1977, la 30a. Asamblea Mundial de la Salud adoptó resolución WHA30.43 en la que decidió que la principal meta social de los gobiernos y de la OMS en los próximos decenios debería consistir en alcanzar para todos los ciudadanos del mundo en el año 2000 un grado de salud que les permitiera llevar una vida social y económicamente productiva. Esta es la meta que se denomina popularmente "salud para todos en el año 2000".

¿Qué significa "salud para todos"? Significa simplemente la realización del objetivo de la OMS consistente en "alcanzar para todos los pueblos el grado más alto posible de salud" y que, como mínimo, todos los habitantes de todos los países deberán gozar por lo menos de un grado de salud que les permita trabajar productivamente y tomar parte activa en la vida social de la comunidad en la que viven. Para alcanzar ese grado de salud, es preciso que todas las personas tengan acceso

## Comentario

¿De qué hablamos cuando hablamos? es lo que pregunto al discurso oficial de la OPS/OMS. Anteriormente nos hemos referido a las limitaciones encontradas en los conceptos desarrollo y salud.

Para mí es un ejemplo de discurso vacío el siguiente: "El desarrollo sanitario y el socioeconómico están inseparablemente vinculados entre sí, de modo que los progresos en la salud conducen el progreso socioeconómico y al mismo tiempo dependen de este último."

¿Qué es desarrollo sanitario? y ¿Qué son progresos en salud? ¿Serán de verdad lo mismo? ¿Desarrollo socioeconómico es igual a progreso socioeconómico? No se trata de jugar aquí con las palabras, se trata de advertir el compromiso que se asume con el discurso. ¿Cuál es el contenido del texto citado? ¿Qué se afirma o se niega en dicho texto?

A través de la lectura de los diferentes documentos resulta claro que cuando en ellos hablan de desarrollo se refieren a los países desarrollados en el modo de producción capitalista. Para este tipo de discurso que no se ha comprometido con la discusión de conceptos resulta muy fácil hablar de desarrollo y subdesarrollo mediante el establecimiento de comparaciones de indicadores cuantitativos y deducir de este modo la "distancia" que existe entre las sociedades desarrolladas y las no desarrolladas.

Siguiendo la misma línea de pensamiento, confrontan el registro de "causas" de morbilidad y mortalidad en ambas sociedades y mostrar por las diferencias encontradas en "salud" cuando realmente se está hablando de enfermedades.

En síntesis se han elegido los términos desarrollo y salud para hablar de asuntos que tienen una naturaleza diferente.

a la atención primaria de salud y, por conducto de ésta, a todos los escalones de un sistema de salud completo. Aunque es de suponer que todos los países tienen un concepto general análogo del significado de la salud para todos, tal como se acaba de esbozar, cada país interpretará ese significado en función de sus características sociales y económicas y de la situación sanitaria y los tipos de morbilidad de su población; así como del estado de desarrollo de su sistema de salud. " 23/

"La "salud para todos" es un proceso que conduce al mejoramiento gradual de la salud de las poblaciones y no un objetivo único y finito"  
24/

"Salud para todos no significa que en el año 2000 el personal médico y de enfermería prestará atención médica a todos los habitantes del mundo para todas sus afecciones y que no habrá enfermos ni incapacitados. Significa en realidad que la salud empieza y se mantiene o se pone en peligro en el hogar, en las escuelas y en las fabricas, donde la gente vive y trabaja. Las personas aplicarán medios más apropiados que ahora para prevenir las enfermedades y aliviar las afecciones inevitables y la incapacidad, y tendrán mejores posibilidades de desarrollarse y de envejecer y morir dignamente. La atención de salud indispensable será accesible a todos los individuos y familias, de manera aceptable y asequible y con su plena participación. Habrá una mejor distribución entre la población de los recursos disponibles para la salud, y la gente comprenderá que está en sus manos la posibilidad de orientar sus vidas y las vidas de sus familiares, libres de la carga de las enfermedades que se pueden prevenir y conscientes de que la mala salud no es inevitable. 24/

"...qué se entiende por la expresión "la salud para todos". Cabe espe-

rar que los países lleguen a un entendimiento general análogo de este término como expresión de la necesidad de poner al alcance de todo individuo la atención primaria de salud y, por conducto de ésta, todos los escalones de un sistema completo de salud, con miras al mejoramiento de la situación sanitaria de toda la población." 25/

"Salud para Todos" significa que la gente aplicará mejores métodos que ahora para prevenir la enfermedad y aliviar las afecciones e invalideces, y dispondrá de mejores medios para crecer, envejecer y morir dignamente. Significa que habrá una distribución equitativa entre la población de recursos de salud disponibles. Significa que la atención de salud esencial será accesible a todos los individuos y las familias, de manera aceptable y a su alcance, y con su plena participación. Y significa que las personas comprenderán que está en su mano orientar sus propias vidas y las vidas de sus familias, libres de la carga evitable de las enfermedades, y que se darán cuenta de que la mala salud no es inevitable." 26/

La Estrategia estará basada en los siguientes principios fundamentales establecidos por los Estados Miembros de la Organización Mundial de la Salud en numerosas resoluciones de sus órganos deliberantes:

- 1) La salud es un derecho humano fundamental y una meta social para todo el mundo.
- 2) Las marcadas desigualdades que existen actualmente en la situación sanitaria de las poblaciones son causa de preocupación común para todos los países y deben reducirse drásticamente. Es fundamental para la Estrategia, pues, una distribución equitativa de los recursos de salud tanto entre los diversos países como en el interior de cada uno de ellos, con miras a hacer accesibles a todos la atención primaria de salud y sus servicios de apoyo.

La población tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y la prestación de su asistencia sanitaria. En consecuencia, la participación de la comunidad en la construcción de su porvenir sanitario y socioeconómico, incluida la participación en masa de las mujeres, los hombres y los jóvenes, es un factor clave de la Estrategia.

La responsabilidad que incumbe a los gobiernos en cuanto a la salud de su población hace imperativa la adopción de medidas de salud y otras medidas sociales adecuadas. El compromiso político del Estado en su conjunto, y no simplemente del ministerio de salud, es indispensable para alcanzar la salud para todos.

Es preciso que los países adquieran la autorresponsabilidad en materia de salud para poder alcanzar la salud para toda su población. La autorresponsabilidad nacional comprende la iniciativa nacional pero no forzosamente la autosuficiencia. En lo relativo a la salud ningún país es autosuficiente; la solidaridad internacional es indispensable para el desarrollo y la ejecución de las estrategias de salud para superar los obstáculos. Esa solidaridad internacional en materia de salud debe respetar la autorresponsabilidad nacional.

De conformidad con el reconocimiento por la Asamblea General de las Naciones Unidas de la salud como parte integrante del desarrollo, la energía humana generada por una mejor salud debe encauzarse en apoyo del desarrollo económico y social y, a su vez, el desarrollo económico y social debe orientarse hacia el mejoramiento de la salud de la población.

El sector de la salud por si solo no puede alcanzar la meta de la salud para todos. Será preciso coordinar los esfuerzos de los demás sectores sociales y económicos interesados en el desarrollo nacional

Comentario

Retomando las palabras de los textos, sintetizamos:

"Salud para Todos" es:

1. Grado de salud más alto posible de salud para todos
2. Alcanzar el grado más alto posible de salud para todos
3. Un proceso de mejoramiento gradual de la salud y no un objetivo único y finito.
4. Que la salud empieza y se mantiene o se pone en peligro en el hogar, en las escuelas y en las fábricas, donde la gente vive y trabaja
5. Necesidad de poner al alcance de todo individuo la atención primaria de salud
6. Que la gente aplicará mejores métodos que ahora para prevenir la enfermedad y aliviar las afecciones e invalideces, y dispondrá de mejores medios para crecer, envejecer y morir dignamente.

Estas son las definiciones de la Meta que se ha propuesto la OPS/OMS para América Latina, la cual se propone lograr mediante la estrategia de Atención Primaria, por tal motivo en la discusión sobre dicha estrategia retomaré estos elementos'

y de la comunidad, en particular los de agricultura, cría de animales, producción de alimentos, industria, educación, vivienda, obras públicas y comunicaciones. Incumbe a los ministerios de salud u otras autoridades equivalentes a la importante función de estimular y coordinar esas actividades en favor de la salud.

Deben aprovecharse mejor y más plenamente los recursos mundiales para fomentar la salud y el desarrollo, y contribuir así a fomentar la paz mundial. La Estrategia se ajustará, pues, a los principios del Nuevo Orden Económico Internacional y contribuirá a su establecimiento y a su mantenimiento una vez que esté establecido. La cooperación técnica y económica entre los países es de importancia capital para el logro de la salud para todos, puesto que aportará el apoyo mutuo necesario para el establecimiento y la ejecución de la Estrategia. Constituye la mejor expresión de la solidaridad internacional en materia de salud que garantiza la autorresponsabilidad nacional." 27/

### II,3. La estrategia de Atención Primaria

#### II.3.1 Atención primaria

"La atención primaria de salud es la asistencia 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 coste que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de 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 donde trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria."28/

"La atención primaria comprende como mínimo "las siguientes actividades: enseñanzas relativas a los problemas de salud más frecuentes y a los métodos para identificarlos, prevenirlos y combatirlos; la promoción del suministro de alimentos y de una nutrición apropiada, un abastecimiento suficiente de agua potable y medidas de saneamiento básico; la asistencia maternoinfantil, incluida la planificación de la familia; la inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; la prevención y la lucha contra las enfermedades endémicas locales; el tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes; la promoción de la salud mental; y el suministro de medicamentos esenciales." 28/

"La atención primaria de salud es la función central y el foco principal del sistema de salud en un país, el principal vehículo para la prestación de atención de salud, el escalón más periférico de un sistema de salud que se extiende desde la periferia hasta el centro, y parte integrante del desarrollo social y económico de un país. La forma que adopte variará según las condiciones políticas, económicas, sociales, culturales y epidemiológicas de cada país. Para ser eficaz requiere la autorresponsabilidad individual y comunitaria y la máxima intervención de la comunidad, es decir, la intervención activa de las personas que conviven bajo alguna forma de organización y cohesión social en la planificación, el funcionamiento y el control de la atención primaria de salud, utilizando para ello los recursos locales, nacionales de otra clase. El término "intervención" es preferible al de "participación" porque supone una identificación más profunda y más personal de los miembros de la comunidad con la atención primaria de salud. En la intervención de la comunidad, los individuos y las familias asumen la responsabilidad de su salud y bienestar para sí

y para la comunidad, y aumentan su capacidad para contribuir a su propio desarrollo y al de la comunidad. Parte de esa responsabilidad es la autosuficiencia, que supone la ejecución de actividades de salud en gran parte no organizadas y la adopción de decisiones relacionadas con la salud a cargo de los individuos, las familias, los vecinos, los amigos y los compañeros de trabajo. Esas actividades y decisiones incluyen el mantenimiento de la salud, la prevención de las enfermedades, el autodiagnóstico, el autotratamiento (incluida la automedicación) y la autoasistencia ulterior, es decir, la continuación del tratamiento después de un contacto con los servicios de salud." 29/

"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 materno-infantil, con inclusión de la planificación de la familia; la inmunización contra las principales enfermedades infecciosas, la prevención y la lucha contra enfermedades endémicas locales; el tratamiento apropiado de las enfermedades y traumatismos comunes; y el suministro de medicamentos esencia

les." 30/

La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud afirmó que para que la atención primaria de salud sea completa, "...todas las actividades encaminadas al desarrollo deben estar relacionadas entre sí y equilibradas de modo que se concentren en los problemas de máxima prioridad, conforme los perciban tanto la comunidad como el sistema sanitario; y que se pongan en práctica intervenciones culturalmente aceptables, técnicamente apropiadas, factibles y adecuadamente seleccionadas en combinaciones que respondan a las necesidades locales, lo cual exige integrar los programas monovalentes en las actividades de atención primaria de salud tan rápida y armoniosamente como sea posible." 31/

"La atención primaria de salud es un medio práctico para poner al alcance de todos los individuos y familias de las comunidades la asistencia de salud indispensable, en forma que resulte aceptable y proporcionada a sus recursos, y con su plena participación. Ese concepto ha evolucionado con los años, en parte gracias a la experiencia, positiva y negativa, acumulada en varios países en materia de servicios básicos de salud. Pero la atención primaria de salud es mucho más que una simple extensión de los servicios básicos de salud; abarca factores sociales y de desarrollo y si se aplica de manera apropiada influirá en el funcionamiento del resto del sistema de salud." 32/

"Los principios de la atención primaria de salud son bien conocidos, pero son susceptibles, sin duda, de mejoramiento y de extensión progresivos. En la práctica, existen en todo el mundo muchas formas diferentes de atención primaria, y de todas ellas se pueden extraer provechosas lecciones. Sería útil, por ejemplo, disponer de la mayor información sobre la participación y el comportamiento de la comunidad, la acción conjunta con otros sectores, la tecnología apropiada, la forma-

ción y supervisión de los agentes sanitarios de la comunidad y las cuestiones relativas a su vida profesional, sus medios de apoyo y de envío de pacientes, y los medios de comunicación entre la atención primaria de salud y los demás niveles del sistema sanitario. La práctica puede enseñar mucho, pero hace falta además organizar investigaciones estrechamente vinculadas a la prestación de servicios." 33/

"Para ser eficaz, la atención primaria de salud requerirá el apoyo del resto del sistema sanitario y de los demás sectores sociales y económicos interesados. El apoyo del sistema sanitario comprende servicios de consulta sobre problemas de salud, envío de pacientes a instituciones locales para atención más especializada, supervisión y orientación suplementarias, apoyo logístico y suministros. Por lo que respecta a los otros sectores, habrá que desarrollar sobre todo los de educación, agricultura, zootecnia, alimentación, recursos hidráulicos, protección del medio ambiente, vivienda, industria obras públicas y comunicaciones." 34/

### II.3.2. Atención Primaria y desarrollo

La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, "...declaró que el criterio de la atención primaria de salud es esencial para alcanzar en todo el mundo y en un futuro previsible un nivel aceptable de salud que forme parte de un desarrollo social inspirado en la justicia social. Así se hará realidad el objetivo de lograr la salud para todos en el año 2000." 35/

"La conferencia, "... reconoció claramente que la atención primaria de salud es la clave para alcanzar la meta de la salud para todos en el año 2000 como parte del desarrollo general conforme al espíritu

de la justicia social. La Declaración instaba a todos los gobiernos a formular políticas, estrategias y planes de acción 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. La Declaración exhortaba también a una urgente y eficaz acción internacional -además de la nacional- con el fin de impulsar y poner en práctica la atención primaria de salud en el mundo entero, y particularmente en los países en desarrollo." 36/

"La Conferencia examinó las estrechas relaciones y la interdependencia que existen entre la salud y el desarrollo social y económico; ya que con la salud mejoran las condiciones y la calidad de la vida y al mismo tiempo aquélla depende del progresivo mejoramiento de éstas. La Conferencia puso de relieve que la atención primaria de salud es parte integrante del proceso de desarrollo socioeconómico. Por consiguiente, las actividades del sector de la salud deben estar coordinadas en los planos nacional, intermedio y de la comunidad o local con las de otros sectores sociales y económicos, como la educación, la agricultura, la zootecnia, el abastecimiento doméstico de agua, de vivienda, las obras públicas, las comunicaciones y la industria. Las actividades sanitarias deben emprenderse al mismo tiempo que otras medidas como las adoptadas para mejorar la nutrición, en particular la de los niños y las madres; incrementar la producción y el empleo; distribuir más equitativamente los ingresos personales; combatir la pobreza; y proteger y mejorar el medio ambiente." 37/

"La Conferencia estimó asimismo que las organizaciones internacionales, las entidades multilaterales y bilaterales, las organizaciones no gubernamentales y otras partes interesadas en la salud internacional deben fomentar activamente el desarrollo nacional de la atención primaria de salud y prestar un mayor apoyo técnico y financiero con pleno

respeto de los principios de autorresponsabilidad y autodeterminación nacionales y con la máxima utilización de los recursos locales disponibles para la cooperación técnica. La Conferencia hizo observar que todo progreso hacia el desarme y el logro de la paz universal dejaría disponibles recursos que se podrían utilizar para acelerar el desarrollo socioeconómico y en particular la atención primaria de salud, de lo cual se beneficiarían, al mismo tiempo, las poblaciones que padecen las consecuencias de los conflictos armados." 38/

"Como la atención primaria de salud forma parte al mismo tiempo del sistema nacional de salud y del conjunto del desarrollo económico y social, sin el cual estaría condenada al fracaso, se habrá de coordinar, en el plano nacional, con los demás niveles del sistema de salud así como con los demás sectores que contribuyan a la estrategia para el desarrollo total del país." 39/

"La atención primaria de salud es la clave para alcanzar, en todo el mundo y en un futuro previsible, un nivel aceptable de salud, que forme parte del desarrollo social y se inspire en un espíritu de justicia. Es igualmente válido para todos los países, desde los más desarrollados hasta los de menor desarrollo, aunque adoptará diversas formas según las diferentes modalidades políticas, económicas, sociales y culturales. Sobre todo para los países en desarrollo es de una necesidad apremiante, y ésa es la razón de que este informe se centre en las necesidades de esos países." 40/

La forma de la atención primaria es "...determinada por los objetivos sociales, tales como el mejoramiento de la calidad de la vida y la obtención de beneficios sanitarios óptimos para el mayor número posible de individuos; y esos objetivos se alcanzan con la aplicación de medios sociales, como la aceptación de una mayor responsabilidad

en materia de salud por parte de las comunidades y los individuos y su activa participación en el esfuerzo por alcanzarlos. Cuanto mejor sea el estado de salud de la población, más probable será que esa población contribuya al desarrollo social y económico, desarrollo que, a su vez, facilita los nuevos recursos y la energía social que favorecen el desarrollo de la salud. En consecuencia, la atención primaria de salud y los esfuerzos de la comunidad con miras a su desarrollo social y económico tendrán en general mayores probabilidades de ser eficaces cuando se apoyen mutuamente. Así como para que el sector de la salud llegue a su mayor eficacia ha de funcionar en armonía con los demás sectores sociales y económicos, es también necesario que en el interior del sector de la salud se combine armónicamente el apoyo que, de todos los demás niveles, debe recibir la atención primaria de salud. " 41/

"Como la atención primaria de salud es la clave para conseguir un grado aceptable de salud para todos, ayudará a las gentes a contribuir a su propia evolución social y económica. Por ello es muy natural que la atención primaria de salud forme parte integrante del desarrollo general de la sociedad." 42/

"La atención primaria de salud contribuye al desarrollo mediante el mejoramiento de la situación sanitaria y el estímulo de las medidas que favorezcan ese proceso evolutivo. Por ejemplo, la lucha contra ciertas enfermedades transmisibles mediante la atención primaria de salud y por otros medios suele favorecer el desarrollo en general. La lucha contra el paludismo, la enfermedad del sueño y la oncocercosis pueden abrir nuevas zonas geográficas a la colonización, pero esos éxitos hay que consolidarlos manteniendo la salud y las posibilidades de mejora de los colonos. Una nutrición adecuada y la disminución de las enfermedades, son factores que aumentan la productividad laboral. Romper el círculo vicioso de la malnutrición y la infección

mejora el desarrollo físico y mental del niño. La reducción de la mortalidad infantil puede -en las sociedades donde los ancianos son atendidos directamente por la familia, a conducir, con el tiempo a una reducción en el número de hijos, a que, si se sabe que los dos o tres primeros van a vivir y disfrutar de buena salud, los padres se sienten seguros de contar con el apoyo necesario para su vejez. En general, la disminución de la mortalidad en niños y adultos nos hace ver la conveniencia de planear para el futuro. Además, al aprovechar recursos humanos y financieros que hasta ahora no habían sido utilizados, la atención primaria de salud puede contribuir al despertar del interés social, tan importante para lograr la cooperación popular en pro del desarrollo. Como se ve, la atención primaria de salud puede ser una palanca que mejora la paciencia y el interés sociales, la iniciativa y la innovación." 43/

### II.3.3. Atención Primaria y política sanitaria

"La Conferencia señaló la necesidad de una distribución equilibrada de todos los recursos disponibles, y en particular de los recursos públicos, de manera que se preste una atención apropiada a los grupos de población desfavorecidos en materia de atención primaria de salud y desarrollo en general. Las políticas nacionales de desarrollo en materia de salud deben hacer accesibles a todos, con carácter prioritario, la atención primaria de salud como parte integrante de un sistema completo de asistencia sanitaria, teniendo en cuenta las características geográficas, sociales, culturales, políticas, económicas y de otra índole del país de que se trate." 44/

"La Conferencia estimó que la opción por los gobiernos de la Declaración de Alma-Ata ha representado una manifestación histórica y colectiva de voluntad política inspirada en la justicia social y destinadas

a mejorar la salud de todos los pueblos. Cada nación debe ahora responder comprometiéndose con firmeza y de manera constante a aplicar la atención primaria de salud en todos los escalones gubernamentales y de la sociedad. Ese compromiso debe quedar claramente expresado como parte integrante del sistema nacional de asistencia sanitaria y de otros sectores del desarrollo social y económico. Los gobiernos deben hacer participar a la población en ese compromiso." 45/

"La conferencia,

Afirmando que la atención primaria de salud exige una decidida y constante participación política en todos los escalones del gobierno, basada en la comprensión y el apoyo sin reservas de la población,

RECOMIENDA que los gobiernos expresen su voluntad política de alcanzar la salud para todos comprometiéndose a participar de manera permanente en la aplicación de la atención primaria de salud como parte integrante del sistema nacional de salud en el marco de desarrollo socioeconómico general, con la participación de todos los sectores interesados, a promulgar la legislación apropiada cuando sea necesario y a estimular, movilizar y mantener el interés y la participación del público en el desarrollo de la atención primaria de salud." 46/

"Debe estimularse a los organismos internacionales, gubernamentales y no gubernamentales, a que den prioridad, en el sector sanitario, a la atención primaria de salud. La adopción de una política y una estrategia de atención primaria de salud en el ámbito mundial será además de suma importancia para el apoyo de las políticas y estrategias nacionales y para su debida aplicación.

Ha llegado el momento de que la atención primaria de salud quede firme-

mente establecida en la escena política mundial. Esto exige un acuerdo internacional sobre la adopción de una política y una estrategia mundial para la atención primaria de salud, encaminadas al objetivo de poner al alcance de todos los habitantes del mundo la asistencia sanitaria indispensable. También es necesaria una acción internacional para asegurar un generoso apoyo de la comunidad internacional y para animar a los países a poner en marcha la atención primaria de salud, a mantener su ímpetu inicial y a colaborar en la superación de los obstáculos. Una auténtica determinación internacional de esta índole constituirá un ejemplo sobresaliente de la aplicación práctica de la cooperación técnica entre los países, cualquiera sea su respectivo grado de desarrollo." 47/

"Hace falta una política nacional diáfana, que fomente la cohesión de la comunidad en torno de los esfuerzos en pro de la salud y del desarrollo con ella relacionado, que promueva la coordinación a nivel local de todos los programas sectoriales que influyen en la atención primaria de salud, que mejore la capacidad de las comunidades para dar a conocer sus aspiraciones sanitarias y otras de índole social, y que garantice la fiscalización por la comunidad de los fondos que ésta invierte en atención primaria de salud y del personal que la proporciona. La participación comunitaria exige además el mutuo apoyo entre el gobierno y la comunidad, reforzado por la reciprocidad de información. Incumbe al gobierno estimular este tipo de apoyo, establecer los necesarios mecanismos intersectoriales de coordinación a los distintos niveles administrativos, aprobar la legislación pertinente en pro de la atención primaria de salud y, cuando proceda, aportar suficientes recursos humanos, materiales, técnicos y financieros."48/

"La planificación de la atención primaria de salud ha de realizarse tanto en las comunidades como en los niveles intermedio y central.

El ministerio de salud, o su equivalente, tiene a su cargo la formulación de la política sanitaria nacional, incluida la correspondiente a la atención primaria de salud, y ha de gestionar su aprobación por el gobierno. Esta política tiene mayores probabilidades de ser eficaz si forma parte de la política general de desarrollo del país y refleja, en consecuencia, los objetivos sociales y económicos del gobierno. Por otra parte, hay que elaborar la estrategia para poner en práctica esa política. Un procedimiento útil para este fin es el que hoy se denomina programación sanitaria nacional, que consiste fundamentalmente en encuadrar los problemas sanitarios del país dentro de su contexto socioeconómico, determinando los sectores susceptibles de cambio y estableciendo programas prioritarios para provocar ese cambio." 49/

"Siempre que se establece como prioritaria la atención primaria de salud, que es lo que probablemente ocurrirá en la mayoría de los países, se necesita una estrategia específica para formularla y ponerla en práctica. Establecer la política y la estrategia de la atención primaria de salud es atribución de todos los componentes sanitarios y de los demás sectores que configuran el sistema sanitario. La estrategia ha de convertirse en un programa nacional de atención primaria de salud que abarque todos los niveles, incluidos el de apoyo, el de envío de casos y el de la comunidad." 50/

"A nivel central se ha de adoptar en una fase temprana la importante decisión de conceder prioridad a la atención primaria de salud, tanto a nivel de la comunidad como de los niveles que apoyan dicha asistencia. Esa decisión básica ha de traducirse en términos presupuestarios para que la aplicación sea efectiva." 51/

"La atención primaria de salud exige un cambio muy importante en la manera de aplicar la asistencia sanitaria. Hacer de la comunidad

el punto principal de todo el sistema de salud, buscar técnicas adecuadas que los países y las comunidades pueden aceptar y aplicar y aspirar a que todos sin excepción tengan acceso a la asistencia necesaria es algo que, en muchos aspectos, puede calificarse como revolucionario. La atención primaria de salud será más aceptable y más fácil de poner en práctica en cualquier país, si en él se sabe que en otros países se está aplicando con éxito. Por este motivo es importante el apoyo internacional, tanto político como moral, técnico y económico." 52/

#### II.3.4 Atención Primaria y participación de la comunidad

"La atención primaria de la salud 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." 53/

"La Conferencia destacó la importancia de la participación plena y organizada y de la autorresponsabilidad final de la comunidad, de manera que los individuos, las familias y las comunidades sean más responsables de su propia salud. La participación de la comunidad en la identificación y solución de sus problemas de salud puede verse facilitada por el apoyo de grupos tales como los organismos de administración local, las personalidades locales, los grupos de voluntarios, los grupos juveniles y femeninos, los grupos de consumidores, la Cruz Roja y sociedades análogas, otras organizaciones no gubernamentales y movimientos de liberación, así como por la posibilidad de informar

debidamente a la población. Para que la atención primaria de salud forme parte integrante del desarrollo del país y de la comunidad y no quede reducida a una acción aislada y periférica, es necesaria una labor de promoción y coordinación y el apoyo de la administración no sólo a nivel local, sino también intermedio y central." 54/

"Para que la atención primaria de salud sea, lo más rápidamente posible, accesible a todos los miembros de la comunidad, es indispensable que la comunidad y los individuos contribuyan con su máximo esfuerzo a su propio desarrollo sanitario. Para que esto sea así, la comunidad ha de participar plenamente en la planificación, la organización y la administración de la atención primaria de salud. Esa participación se consigue principalmente mediante una adecuada labor de educación que permita a las comunidades enfrentarse, en la forma más conveniente, con sus verdaderos problemas de salud. Así estarán mejor situadas para adoptar decisiones racionales acerca de la atención primaria de salud y para conseguir de los demás niveles del sistema nacional de salud el apoyo que realmente sea necesario. Esos niveles superiores se deben organizar y fortalecer para que puedan apoyar la atención primaria de salud mediante conocimientos técnicos, formación de personal, orientación y supervisión, ayuda logística, suministros, información, financiación y sistemas e instituciones de envío de enfermos o de consulta de problemas pendientes de solución." 55/

"Todo da a entender que, para alcanzar su máxima eficacia, la atención primaria de salud habrá de emplear medios que la comunidad acepte y comprenda y que el personal sanitario pueda aplicar dentro de las posibilidades económicas de la comunidad y del país. Ese personal sanitario de la comunidad, incluidas, cuando así proceda, las personas que practican la medicina tradicional, dará el máximo rendimiento si reside en la misma comunidad a la que ha de atender y ha recibido una formación social y técnica adecuada a las necesidades de salud expresadas por esa comunidad." 56/

"El personal de salud forma también parte de la comunidad en que vive y trabaja y debe mantener con ella un diálogo continuo para armonizar opiniones y actividades concernientes a la atención primaria de salud. Esto le permitirá al personal sanitario conocer mejor el sentir de la comunidad, las razones de sus puntos de vista, el nivel de sus aspiraciones y su tipo de organización y comunicaciones. Por su parte, el pueblo aprenderá a identificar sus verdaderas necesidades sanitarias, a comprender la estrategia nacional referente a la atención primaria de salud y a compartir y promover la acción colectiva en pro de la salud. Gracias a ese diálogo, la sociedad se dará cuenta de que la salud no sólo es un derecho de todos, sino además responsabilidad de todos, y los miembros de las profesiones sanitarias hallarán ahí también su función adecuada." 57/

"La comunidad puede participar de muchas maneras en cada etapa o fase de la atención primaria de salud. Primero tiene que intervenir en la evaluación de la situación, la definición de los problemas y el señalamiento de prioridades. Acto seguido, ayudará a planear las actividades de atención primaria de salud y, ulteriormente, cooperará sin reservas cuando esas actividades se lleven a cabo. Esa cooperación abarca la aceptación por el individuo de un alto grado de responsabilidad en su propia asistencia sanitaria, por ejemplo adoptando un estilo de vida higiénico, aplicando principios plausibles de nutrición e higiene, utilizando servicios de inmunización. Además, los miembros de la comunidad pueden adoptar recursos laborales, aparte de financieros y de otra índole, a la atención primaria de salud.

Asimismo, incumbe a la comunidad revisar constantemente la ejecución de actividades de atención primaria de salud y cerciorarse de que esa ejecución se desarrolla de acuerdo con el propósito declarado. Esto facilitará la identificación y el allanamiento de dificultades y el reajuste de las actividades cuando sea necesario." 58/

"La población es el recurso más importante de todo país, pero con demasiada frecuencia no se utiliza debidamente. Sin embargo, como la atención primaria de salud tiene que aprovechar plenamente todos los recursos disponibles, le es indispensable movilizar todas las reservas de personal de que dispone la comunidad. Para esto es necesario que los individuos y sus familias estén dispuestos a asumir una mayor responsabilidad en el mantenimiento de su propia salud. El interés de la población por sus propios problemas de salud y su participación activa para resolverlos no son solamente una manifestación clara de conciencia social y confianza en la propia capacidad, sino un factor importante para garantizar el buen éxito de la atención primaria de salud. Así se transforman los individuos en miembros de pleno derecho del grupo de salud, cuya acción conjunta es indispensable para que la atención primaria de salud rinda sus máximos beneficios" 59/

"Uno de los principios básicos de la atención primaria de salud es el de la participación de la comunidad en todas las etapas. Para que esa participación sea consciente, es preciso que la población tenga fácil acceso a la información pertinente sobre su situación sanitaria y sobre la forma en que puede contribuir a mejorarla. Tiene especial importancia la clara explicación de las técnicas disponibles, de sus ventajas e inconvenientes, de sus éxitos y fracasos, de sus posibles efectos adverbos y de su costo. La información que se facilite no debe ser ni excesivamente complicada, ni excesivamente simple; la norma que se ha de seguir es formulada en términos que la población pueda entender. Pueden utilizarse periódicos, revistas, emisiones de radio o de televisión, películas, representaciones teatrales, carteles, tableros de anuncios y otros medios de los que se disponga, para despertar el interés y obtener la cooperación de la población en las tareas de la atención primaria de salud y en el buen funcionamiento de sus servicios." 60/

"Los ministerios de salud o las autoridades análogas procederán a subdividir el país en diferentes tipos y tamaños de comunidades en las que habrá de organizarse la atención primaria de salud, teniendo en cuenta los límites administrativos para facilitar la colaboración intersectorial. Se dará consideración a la conveniencia de ayudar a esas comunidades a organizar y de delegar en ellas la responsabilidad y autoridad necesarias y el establecimiento de presupuestos apropiados. El ministerio de salud facilitará orientaciones y apoyo prácticos, en la medida necesaria, a las comunidades que organicen su propia atención primaria de salud" 61/

#### II.3.5 Atención Primaria y sistema de salud

La Conferencia,

Considerando que la atención primaria de salud es la base de un sistema nacional de salud completo y que éste debe estar organizado de tal forma que apoye a la atención primaria de salud y garantice su eficacia.

RECOMIENDA que los gobiernos fomenten la atención primaria de salud y otras actividades de desarrollo afines de manera que aumente la capacidad y la determinación de la población para resolver sus propios problemas. Para ello se requiere una estrecha colaboración entre el personal de atención primaria de salud y la comunidad y que cada equipo sea responsable de una zona determinada. Se necesita asimismo reorientar el sistema existente para conseguir que todos los escalones del sistema sanitario apoyen a la atención primaria de salud facilitando el envío de enfermos y la consulta sobre problemas de salud, proporcionando supervisión y orientación de apoyo, ayuda logística y suministros, y haciendo un mejor uso de los hospitales de consulta y envío de casos." 62/

"La atención primaria de salud se orienta hacia los principales problemas sanitarios de la comunidad y presta los correspondientes servicios preventivos, curativos, de rehabilitación y de fomento de la salud. Como esos servicios reflejan las condiciones económicas y los valores sociales del país y de sus comunidades y son una emanación de esas condiciones y esos valores, variarán lógicamente según los diversos países y comunidades, pero han de comprender como mínimo; la promoción de una nutrición adecuada y de un abastecimiento suficiente de agua potable; el saneamiento básico; la salud de la madre y el niño, incluida la planificación de la familia; la inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; la prevención y la lucha contra las enfermedades endémicas locales; la educación sobre los principales problemas de salud y sobre los métodos de prevención y lucha correspondiente; y el tratamiento apropiado para las enfermedades y los traumatismos comunes." 63/

"Todo sistema sanitario está integrado por elementos de su propio sector y de otros sectores, cuyas actividades están relacionadas entre sí y contribuyen al buen estado de salud. Existen en él varios niveles, el primero de los cuales es el punto de contacto entre el individuo y el sistema en cuestión, que es donde se presta la atención primaria de salud. Los servicios facilitados por la atención primaria de salud pueden variar de un país a otro y de una comunidad a otra, pero, al menos, abarcan las siguientes actividades: el fomento de una nutrición apropiada y de un abastecimiento suficiente de agua potable; el saneamiento básico; la asistencia maternoinfantil, incluida la planificación de la familia; la inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; la prevención de las enfermedades endémicas de la localidad y la lucha contra ellas; las enseñanzas relativas a los problemas sanitarios predominantes y a los métodos de prevenirlos y luchar contra ellos; y el tratamiento adecuado de las enfermedades y lesiones habituales. Los otros niveles del sistema de salud proporci-

nan servicios más especializados de creciente complejidad." 64/

"La atención primaria de salud constituye el centro del sistema sanitario. En torno a él están los demás niveles del sistema, cuyas actividades convergen en la atención primaria de salud para prestarle apoyo y permitirle facilitar una asistencia sanitaria básica de forma continuada. En un nivel intermedio se hace frente a los problemas más complejos y se presenta una asistencia más especializada y experimentada así como el correspondiente apoyo logístico. En este nivel, un personal más capacitado presta su apoyo mediante la formación profesional y la orientación sobre los problemas prácticos que surgen en relación con todos los aspectos de la atención primaria de salud. En el nivel central se encuentran los altos servicios técnicos de planificación y administración, la asistencia muy especializada, la formación de especialistas y los conocimientos técnicos propios de instituciones tales como los laboratorios centrales de salud, así como el apoyo central logístico y financiero." 65

### II.3.6 Componentes de la estrategia de Atención Primaria

"La Declaración de Alma-Ata definió también los componentes esenciales de la atención primaria de salud en los siguientes términos:

"... 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 materno-infantil, con inclusión de la planificación de la familia; la inmunización contra las principales enfermedades infecciosas; la

prevención y la lucha contra las enfermedades y los traumatismos comunes; y el suministro de medicamentos esenciales." 66/

" Una vez se hayan adoptado las decisiones sobre los métodos que se deban emplear para cada uno de los componentes de la atención primaria de salud y sobre la clase de personal sanitario que haya de aplicar esos métodos, se podrá decidir qué equipo y suministros se necesitan, los medicamentos y vacunas fundamentales, el sistema de mantenimiento del equipo y la frecuencia con la que habrán de renovar los suministros. Hay que llegar a un equilibrio entre las consideraciones locales y las normas nacionales, teniendo en cuenta por una parte la iniciativa y el desarrollo locales y por la otra posibilidad de establecer un sistema nacional de mantenimiento y abastecimiento. Es preciso decidir asimismo los medios materiales requeridos, su tamaño y ubicación, así como la forma de concebirlos o adaptarlos utilizando una estructura ya existente" 67/

### II.3. 7 Funcionamiento de la estrategia de Atención Primaria

"La Conferencia advirtiendo la importancia de contar con apoyos administrativos y financieros adecuados en todos los órdenes para lograr el desarrollo nacional coordinado, inclusive el de la atención primaria de salud, y para poner en práctica las políticas nacionales, recomienda que los gobiernos intensifiquen el apoyo de sus servicios administrativos generales a la atención primaria de salud y actividades conexas mediante la coordinación entre los diferentes ministerios y la delegación de las responsabilidades y poderes necesarios en favor de los niveles intermedio y comunitario, asignando personal y recursos suficientes a esos niveles." 68/

"La OMS y otros organismos internacionales prestan apoyo técnico y de gestión a las actividades nacionales, regionales y mundiales. Este apoyo incluye el abastecimiento de normas fundamentales, es decir, reglas generales que los Estados Miembros de la OMS pueden utilizar como guía, por ejemplo para establecer y aplicar políticas, para organizar un proceso de gestión o para implantar la atención primaria de salud en las comunidades. A causa de las grandes diferencias que se observan entre los distintos Estados Miembros, esas normas fundamentales deben ser forzosamente muy generales; pero los Estados Miembros pueden utilizarlas como base para preparar unas pautas, en las que se establecen las medidas que deberán adoptarse para realizar una tarea o aplicar una política así como la manera de hacerlo. Las pautas son más específicas y más detalladas que las normas fundamentales en las que están basadas". 69/

"La atención primaria de salud 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; 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, de 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 expresas de la comunidad." 70/

"La Conferencia examinó los diversos resultados obtenidos por los países al enfrentarse con problemas diferentes de salud en zonas rurales y urbanas. Estimó que el modo de resolver los problemas de salud variará según el país y la comunidad en función de su grado de desarro-

llo, pero que deberá comprender servicios de promoción, de prevención, de curación, de rehabilitación y de urgencia adecuados para resolver los principales problemas sanitarios de la comunidad, que presten particular atención a los grupos vulnerables, y se adapten a las necesidades y capacidades de la población. La Conferencia reafirmó la importancia de organizar y perfeccionar un sistema nacional de salud completo, del que la atención primaria de salud forma parte integrante, estimulando la participación plena de la población en todas las actividades relacionadas con la salud." 71/

"La Conferencia convino en que la puesta en práctica de los principios de la atención primaria de salud exige la asignación prioritaria de recursos presupuestarios a la atención primaria de salud, una mejor distribución y utilización de los recursos existentes y el perfeccionamiento de los métodos y de la capacidad de gestión en todos los niveles a efectos de planificación, ejecución, preparación de presupuestos, vigilancia, supervisión y evaluación, con el respaldo de un sistema de información pertinente. Deberían realizarse, con la plena participación de las poblaciones, investigaciones en apoyo de la atención primaria de salud, especialmente investigadores sobre servicios de salud, y aplican de manera innovadora los conocimientos existentes con objeto de que la atención primaria de salud se introduzca y mejore progresivamente como parte integrante y núcleo principal del sistema nacional de salud completo. Es preciso proseguir la elaboración de indicadores para la planificación, ejecución y evaluación de la atención primaria de salud, inclusive indicadores para la participación y autoasistencia de la comunidad." 72/

"La Conferencia, consciente de que el éxito de la atención primaria de salud depende de un apoyo logístico suficiente, apropiado y continuo en miles de comunidades de muchos países, lo cual plantea nuevos problemas de gran magnitud.

RECOMIENDA que los gobiernos adopten disposiciones para el establecimiento de servicios eficaces de administración, abastecimiento y mantenimiento que abarquen todas las actividades de atención primaria de salud en el plano de la comunidad; que todos los escalones del sistema sanitario, y en particular el personal de salud de la comunidad, dispongan en todo momento de suministros y equipo apropiados suficientes; que se preste particular atención al envío y almacenamiento, en condiciones de seguridad, de suministros perecederos, como las vacunas; que se refuercen debidamente las instalaciones de apoyo, comprendidos los hospitales; y que los gobiernos se aseguren de que el transporte y todas las instituciones materiales para la atención primaria de salud sean funcionalmente eficaces y adecuados al medio social y económico." 73/

"La Conferencia, reconociendo que la puesta en práctica de la atención primaria de salud exige la movilización efectiva de recursos relacionados con salud,

RECOMIENDA que, para expresar su voluntad política de promover el concepto de la atención primaria de salud, los gobiernos, al aumentar progresivamente los créditos asignados a la salud, atribuyan la máxima prioridad a la extensión de la atención primaria de salud a las comunidades menos favorecidas; fomenten y apoyen distintas maneras de financiar la atención primaria de salud, inclusive, cuando proceda, por medios tales como la seguridad social, las cooperativas y todos los recursos disponibles en el plano local mediante la intervención y participación activas de las comunidades; y adopten medidas encaminadas a obtener el mayor rendimiento y eficacia posibles de las actividades relacionadas con la salud en todos los sectores." 74/

"Es fácil advertir que la aplicación apropiada de la atención primaria de salud tendrá consecuencias de vasto alcance, no sólo en todo el

sector de la salud sino también en otros sectores sociales y económicos, en el plano de la comunidad. De la misma manera, su aplicación influirá en gran medida en la organización general de la comunidad. Es de prever cierta resistencia a esos cambios. Así, es muy probable que la introducción a una distribución más equitativa de los recursos de salud tropiece con la resistencia de grupos de presión políticos y profesionales, y que el empleo de una tecnología apropiada suscite oposición por parte de las industrias médicas."75/

"El factor que por sí solo puede tener mayor importancia para la promoción de la atención primaria de salud y la superación de los obstáculos es una voluntad y un apoyo políticos firmes, lo mismo en el plano nacional que en el de la comunidad, fortalecidos por medio de una resuelta estrategia nacional. Pero cabe emplear también antidotos específicos. Por ejemplo, es posible influir en los profesionales de la salud que aún no estén persuadidos de la importancia de la atención primaria de salud invitándoles a participar en su desarrollo. Será preciso hacerles comprender que, lejos de renunciar a sus funciones médicas, están acrecentando sus responsabilidades en materia de salud. De manera parecida, cabe desarmar la posible resistencia entre el público en general mediante la celebración de debates en las comunidades y el uso de los medios de comunicación de masas. Esos debates deben tener por objeto hacer comprender a la gente que la atención primaria de salud es una solución realista, puesto que facilita a todos, a un costo asequible, la atención sanitaria indispensable, dentro de un espíritu de justicia social, en lugar de prestar una asistencia médica y muy elaborados a unos pocos privilegiados, en contra del espíritu de equidad social." 76/

"El sistema general de administración de un país es importante para conseguir la coordinación de las aportaciones al desarrollo procedentes de los diferentes sectores interesados. Hasta hoy, se ha observado

la tendencia a una concentración casi total en el nivel de la administración central. Solo en los últimos tiempos se ha empezado a centrar la atención en los niveles locales. Conviene hacer ahora hincapié en la importancia de la descentralización en beneficio de los niveles intermedios, provinciales o de distrito, por ejemplo, pues se encuentran bastante cerca de las comunidades para ser sensible a sus necesidades y problemas prácticos y poder responder a los mismos; igualmente, están bastante cerca de la administración central para poder poner en práctica la política del gobierno. Son particularmente útiles para armonizar las actividades de los diversos sectores que promueven conjuntamente el desarrollo. Así, los niveles administrativos actúan como importantes ejes del desarrollo coordinado. Para que puedan desempeñar esa función habrá que fortalecerlos en muchos países, en particular asignándoles los recursos de personal que necesiten los diversos sectores." 77/

"Al establecer la estrategia y elaborar el programa, hay que tener muy en cuenta las técnicas que se van a utilizar, los recursos que se van a emplear, el apoyo que se necesita en los otros niveles y la forma de organizarlo todo para que constituya un sistema coherente" 78/

"Lo ideal es que la información relativa a los programas de atención primaria de salud de todas las comunidades se haga llegar a los demás niveles del sistema sanitario, para utilizarla en la planificación de los servicios de apoyo y de consulta en esos niveles, así como para la consolidación del programa nacional. En consecuencia, se debe mantener una comunicación constante entre los niveles centrales -en los que se establece la política, se hacen las principales asignaciones de recursos y se establecen las normas y orientaciones- y los niveles intermedios y comunitarios, en los que se elaboran los detalles de los programas." 79/

"La forma de planificar y organizar la atención primaria de salud en las comunidades variará con su tipo, su número de población y su sistema de organización social. Por lo tanto, las soluciones aplicables a pueblos pequeños pueden ser muy distintas de las apropiadas para comunidades urbanas de gran tamaño. Sin embargo, hay que tener en cuenta algunos rasgos que se dan en todo tipo de comunidades

Es necesario decidir cuáles son los mecanismos más convenientes para la planificación, el funcionamiento y la fiscalización del programa de atención primaria de salud de una comunidad. Para determinarlos, habrá que contar con el sistema político, administrativo y social de la localidad en cuestión. En todos los casos, es preciso llegar a un acuerdo sobre ciertas funciones como, por ejemplo, quién será, en última instancia, el encargado del programa y si esa misma persona, o en su caso ese mismo comité, tendrá también a su cargo los detalles de la planificación y administración. Si se elige un comité, habrá que decidir por quién ha de estar integrado -por dirigentes políticos o de otros sectores de la comunidad, por trabajadores sanitarios o por representantes de la población- y en qué proporción. Habrá también que decidir si se conceden a tal comité poderes absolutos o estará facultado solamente para formular propuestas y, en este caso, a qué persona u órgano que represente a la comunidad en general habrá de presentarlas. Otro problema será determinar cuál es la mejor forma de asegurar la coordinación con los demás sectores; si conviene incorporar a sus representantes al mecanismo de planificación y organización de la atención primaria de salud, o si es preferible crear otro grupo de la comunidad formado por representantes de todos los sectores que intervienen en el desarrollo.

Al determinar las prioridades, hay que elegir el mejor medio para conocer la opinión de toda la comunidad. Una vez determinadas las prioridades, hay que decidir si se han de poner en ejecución todas a un tiempo o por etapas. Desde luego, esto dependerá de los recursos

locales en metálico y en especie y se han de calcular los que se puedan conseguir de otros niveles del sistema de salud y del gobierno central. Es asimismo necesario decidir quien se encargará de las relaciones con los demás niveles del sistema de salud: si lo hará el personal sanitario, a nivel técnico, o los dirigentes de la comunidad en el orden político, o tanto aquél como éstos.

Una vez se haya llegado a una decisión sobre las prioridades, habrá que determinar los métodos y técnica que se van a emplear, y que deben ser aceptables tanto para quienes lo usen como para aquellos en cuyo beneficio se han de usar. También en este caso hace falta un mecanismo adecuado para la adopción de decisiones, o en el que participen preferentemente representantes del público y del sector sanitario. Asimismo, habrá que adoptar decisiones sobre la composición y el grado de conocimientos del equipo sanitario que haya de prestar la atención primaria de salud. Habrá que decidir si lo deben integrar trabajadores sanitarios que presten, todos ellos, el mismo tipo de servicio, o una combinación de personal en la que cada uno preste un servicio diferente, y si se habrá de trabajar a tiempo parcial o con plena dedicación, o en una y otra forma.

Asimismo habrá que determinar: las condiciones de selección del personal y a cargo de quién estará esta área; si se debe conceder una remuneración y, en caso afirmativo, su forma y cuantía; si el personal tendrá perspectivas de mejorar en su empleo y, y de ser así, como se organizará y fiscalizará las posibilidades de mejora profesional, y si habrá que utilizar personal voluntario.

Para fiscalizar la ejecución de un programa de la comunidad, es preciso decidir los métodos y mecanismos de orientación y supervisión social, administrativa y técnica. ¿Sobre quién recaerá la responsabilidad general dentro del servicio de atención primaria de salud? ¿A quién habrá de informar esa persona sobre los progresos realizados y cada

cuánto tiempo? ¿A quién tiene que recurrir cuando se presenten problemas administrativos, técnicos o sociales, y a quién recurrirán los miembros de la comunidad cuando se enfrenten con problemas similares?

La accesibilidad supone el suministro continuo y organizado de asistencia para toda la comunidad, en condiciones favorables desde el punto de vista geográfico, financiero, cultural y funcional.

La asistencia a de ser apropiada y suficiente, tanto en contenido como en cuantía, para responder a las necesidades fundamentales de salud de la población y se ha de prestar mediante procedimientos que la población acepte.

Por accesibilidad geográfica se entiende que la distancia, el tiempo necesario para recorrerla y los medios de transporte sean aceptables por la población. Accesibilidad financiera significa que, cualesquiera sean las formas de pago que se utilicen, los servicios están dentro de las posibilidades económicas de la comunidad y del país. Por accesibilidad cultural se entiende que los métodos técnicos y administrativos utilizados estén en consonancia con las pautas culturales de la comunidad. Por accesibilidad funcional se entiende la prestación permanente de asistencia adecuada a quienes la necesiten, y en cualquier momento que la necesiten, por conducto del grupo sanitario apropiado para ese fin.

La accesibilidad de la atención primaria de salud ha de medirse, no solo en función de su utilización a nivel de la comunidad, sino también del grado en que permita resolver problemas más complicados y atender a las personas que necesiten una asistencia más complejas en los demás niveles del sistema de salud. La atención primaria de salud que es plenamente accesible para todos es, en consecuencia, un medio para

lograr que la totalidad del sistema de salud se utilice de una manera racional.

Es evidente que la definición de la accesibilidad variará de unas a otras sociedades y según sea el grado de desarrollo de una misma sociedad. Cada sociedad, en cada una de las etapas, tendrá que definir el criterio, para medir la accesibilidad en función de los factores antedichos.<sup>80/</sup>

"...el lugar que ocupa la atención primaria de salud en el sistema sanitario, las actividades de atención primaria en la comunidad necesitan el apoyo de otros servicios que ocupan distintos niveles. Estos servicios de consulta y envío de casos están atendidos por un personal más capacitado que está en condiciones de ocuparse de una gama cada vez más amplia de intervenciones especializadas que requieren de una tecnología más elaborada que la puede proporcionarse en el nivel de la comunidad.

En esos servicios de consulta y envío de casos habrá que prestar atención en especial, a los que, en la cadena del sistema de salud, constituye el eslabón más próximo a los servicios de atención primaria. En particular, es necesario examinar las funciones, la dotación de personal, la planificación, la estructura, el equipo, la organización y la administración de los centros de salud y los hospitales del distrito, a fin de prepararlos para su ampliación de funciones en apoyo de los servicios de atención primaria de salud. Esos establecimientos tendrán que desempeñar nuevas funciones en respuesta a las necesidades de la atención primaria. Como los problemas se plantearán en una escala más amplia que los problemas clínicos de los enfermos graves, será también preciso dar a los servicios mayor extensión. Habrá de figurar entre ellos la formación continua, la orientación y supervi-

sión del personal de salud que trabaje en la comunidad y la educación sanitaria de la comunidad. Esos establecimientos tendrán que dar orientaciones sobre medidas sanitarias y habrán de difundir información sobre métodos de lucha contra las enfermedades, que se adapten a las condiciones locales.

Tendrán que prestar apoyo logístico en el abastecimiento de plagicidas, medicamentos y equipo sanitario y médico. Desde luego, seguirán proporcionando asistencia clínica especializada para pacientes ambulatorios y hospitalizados. Entre sus funciones se contara también la de servir de enlace y órgano de gestión con otros sectores que, en el nivel administrativo apropiado en cada caso, intervengan en el desarrollo social y económico. Esa actividad extramuros es indispensable para fomentar la confianza en la totalidad del sistema y para no recargar las instituciones de envío de casos con personas que no necesiten sus servicios y que puedan ser atendidas en la comunidad en el marco de la atención primaria de salud.

Para organizar el sistema envío de casos que requieran una asistencia más especializada, lo mejor es establecer con claridad el procedimiento que se ha de seguir en cada nivel. De esta manera se logrará que en cada eslabón de la cadena del sistema se desempeñen las funciones para las que fue creado, sin olvidar que, siempre que sea posible, la atención sanitaria se ha de prestar a nivel de la comunidad.

Es preciso organizar adecuadamente el transporte de ida y vuelta de los pacientes a los servicios de consulta y envío de casos, aprovechando lo mejor posible los medios de que se disponga. A veces es posible evitar traslados innecesarios cuando se puede obtener el asesoramiento apropiado por conducto de cualquiera de los medios de comunicación que existan o que puedan establecerse a bajo costo.

Conviene insistir en que el sistema de consulta y envío de casos es

un proceso bidireccional y que los pacientes no deben permanecer en una institución más que el tiempo más breve posible.

Tan pronto como su restablecimiento pueda continuar por procedimientos más sencillos, deben regresar a su comunidad, a la que se debe enviar una información clara sobre el diagnóstico clínico y el tratamiento aplicado, así como instrucciones sobre la asistencia ulterior que necesiten.

La logística del suministro comprende la preparación de los planes y presupuestos correspondientes, la obtención o fabricación del material y su almacenamiento, distribución e inspección. Los suministros de la calidad y en la cantidad y adecuadas se entregarán a los servicios de atención primaria de salud en el momento oportuno para que puedan desarrollar su actividad sin interrupción. Habrá que tener en cuenta el tiempo necesario para las diversas operaciones de compra y distribución de los diferentes tipos de material, y se aplicarán procedimientos administrativos que garanticen la continuidad del suministro." 81/

"Las asignaciones presupuestarias han de ir acompañadas de una delegación de funciones y autoridad. De esa forma, a cada comunidad se le asignan, dentro de los límites determinados, créditos que puede emplear como estime oportuno y que vendrán a sumarse a sus propios recursos en metálico y en especie para dispensar atención primaria de salud de acuerdo con el programa que haya establecido. También se asignan fondos y se delegan funciones y atribuciones a otros niveles, con el fin específico de que apoyen la atención primaria de salud en las comunidades a que sirven. Este sistema asegura la ejecución del programa mediante la asignación de fondos que solo pueden utilizarse para atención primaria y para servicios de apoyo.

La atención primaria de salud y sus servicios de apoyo han de estar bajo inspección para asegurarse en lo posible de que funcionan conforme a la política y la estrategia adoptadas por el país de que se trate.

La propia comunidad asegura en gran medida un servicio de inspección mediante diversos mecanismos concebidos para comprobar la aplicación de las medidas establecidas y la ejecución de las actividades previstas. Si se producen desviaciones se pueden notificar rápidamente y corregirlas en su punto de origen o, en otro caso, se las puede aprobar si parecen más acertadas que las medidas y actividades planeadas inicialmente.

La inspección técnica está a cargo de otros niveles más especializados del sistema de servicios de salud y consiste en orientación, educación y suministro de los datos necesarios, junto con la intervención, llegado el caso, para resolver problemas más complejos.

De lo que antecede se deduce que la inspección de la atención primaria de salud entraña supervisión en un doble sentido: control por la propia comunidad, combinado con orientación técnica, y apoyo de otros niveles del sistema de servicios de salud, prestado como aporte de un verdadero proceso de educación." 82/

"Ya se sabe bastante sobre atención primaria de salud para llevarla a la práctica inmediatamente. Sin embargo, todavía queda mucho por aprender respecto a su aplicación en condiciones locales y, por otra parte, cuando se encuentre en marcha se plantearán problemas de inspección y evaluación que requerirán las oportunas investigaciones. Estas podrán versar sobre cuestiones tales como la organización de la atención primaria de las comunidades y la de los servicios en apoyo; el interés y la participación de la comunidad; los modos para aplicación óptima de la tecnología existente o establecimiento de otra nueva,

si fuere preciso; la planificación y formación de recursos de personal de salud de la comunidad, supervisión, remuneración y perspectivas profesionales; y los métodos para financiar la atención primaria de salud. Cualquiera que sea el tema de las investigaciones, la inclusión de éstas en el programa desde un principio constituye un medio práctico de promover la introducción continua de mejoras" 83/

"Es importante que la formulación del programa se realice a escala nacional. El programa nacional puede iniciarse en determinadas zonas del país, pero a condición de que la cobertura se extienda a la totalidad de éste lo más pronto posible. Puede asimismo comenzar sólo con un reducido número de los componentes de la atención primaria de salud siempre que después se le vayan agregando los otros. Lo fundamental es que el ámbito geográfico y el contenido del programa aumenten hasta que todos los componentes esenciales sean asequibles a toda la población. La estrategia nacional debe comprender los sistemas de consulta y envío de casos de que ya se ha hecho mención así como el apoyo de los elementos pertinentes de otros sectores, tales como los de enseñanza, transporte, agricultura y medio ambiente.

El objetivo global de la estrategia es la prestación de atención sanitaria básica a la población. Para alcanzar este objetivo final se hace necesario establecer algunas etapas intermedias. A continuación se indican algunos de los pasos más importantes para la elaboración y ejecución de una estrategia.

Es necesario: determinar qué comunidades son las que precisan tal tipo de asistencia, decidir de qué forma hay que agruparlas a efectos del apoyo que se les ha de prestar y del sistema de consulta y envío de casos, y cerciorarse de que los demás niveles del sistema de salud están adecuadamente orientados para prestar la ayuda requerida.

Es necesario asegurarse de que la planificación central fomente realmente la planificación comunitaria descentralizada, de que el presupuesto de salud conceda prioridad a la asignación de fondos a la atención primaria de salud y a sus mecanismos de apoyo y de que se proceda a una delegación de autoridad y de funciones.

Asimismo, es importante asegurarse de que existe una adecuada coordinación con todos los demás sectores interesados, a nivel de la comunidad, intermedio y central.

Hay que facilitar información acerca de las técnicas que pueden emplearse y de la mejor manera de utilizarlas. Se ha de organizar un sistema de suministros y se han de dar orientaciones en cuanto a edificios, equipo y suministros. Se ha de dar información al personal y se ha de desarrollar la aptitud para la investigación, por ejemplo, para mejorar los conocimientos que puedan ser efectivamente aplicados al programa, o para asegurar la aplicación de programa en distintos contextos sociales y culturales.

Por último, es importante establecer mecanismos de cooperación técnica entre países en desarrollo, tanto para aportar y recibir los resultados de la experiencia, como para asegurarse de que los fondos provenientes del exterior se destinen a la atención primaria de salud y se distribuyan adecuadamente.

En algunos países serán necesarios medidas legislativas para facilitar el desarrollo de la atención primaria de salud y la puesta en práctica de su estrategia. Con este fin, puede haber necesidad de adoptar nuevas disposiciones o de reformar las existentes para que las comunidades puedan planificar, administrar y fiscalizar la atención primaria de salud para que el personal que trabaje en ella pueda desempeñar tareas que, hasta ahora, han sido de la competencia exclusiva de quienes tenían un título profesional. También son frecuentes los casos

en que la legislación existente ya, pero no se aplica; sin embargo, hacerla cumplir puede ser de utilidad para el desarrollo de la atención primaria de salud.

El pleno desarrollo del programa de desarrollo de atención primaria de salud y la consecución de sus objetivos básicos exigen mucho tiempo y la estrategia debe tener en cuenta este hecho. Es necesario ir recogiendo los nuevos conocimientos adquiridos en el curso de las actividades nacionales e internacionales y de las investigaciones.

Por consiguiente, conviene que todos los países establezcan mecanismos que se les ayuden a asimilar la información sobre la experiencia relativa a la atención primaria de salud. Habrá que readaptar constantemente la estrategia en función de esta información, de la propia experiencia del país y de los cambios sociales que inevitablemente se produzcan a lo largo del tiempo.

La ayuda mutua de los países respecto de los programas de atención primaria de salud debe consistir, sobre todo, en compartir los conocimientos técnicos y los medios de formación profesional, en el desarrollo de una tecnología apropiada y en el intercambio de información y de experiencias, a través de instituciones nacionales. Si bien la ayuda económica y técnica de los países desarrollados seguirá siendo sumamente útil, la atención primaria de salud ofrece una especial oportunidad para la práctica de la cooperación técnica entre países en desarrollo. La función de los organismos internacionales consistirá sobre todo en fomentar y apoyar dicha cooperación técnica, así como la cooperación entre países industrializados y países en desarrollo. De todas formas, esta función de fomento y apoyo tiene también su mejor medio de ejecución en las instituciones nacionales." 84/

"La planificación, la organización en funcionamiento de la atención

primaria de salud es un proceso a largo plazo y es posible que la cobertura total de la población deba conseguirse por etapas.

Una de sus características esenciales es que se debe ampliar progresivamente, lo mismo en cuanto a la cobertura geográfica que a su contenido, hasta proteger a la totalidad de la población con todos los elementos esenciales." 85/

"Se organizará un sistema de envío de enfermos y consulta de problemas de modo que no se sobrecargue el primer escalón con problemas que podrían resolverse mediante la atención primaria de salud en la comunidad, y que los enfermos y los problemas consultados sean devueltos a nivel de donde fueron enviados, acompañados de la información necesaria sobre las medidas adoptadas y de orientaciones sobre el curso de acción subsiguiente.

Los ministerios de salud estudiarán el problema de los transportes y las comunicaciones, conjuntamente con las autoridades locales y los representantes de los demás ministerios interesados como con miras al funcionamiento eficaz del sistema de envío de enfermos." 86/

"Los ministerios de salud examinarán diversas posibilidades de facilitar los elementos esenciales en la atención primaria de salud. Una vez identificadas, dentro de cada programa prioritario, las actividades cuya ejecución incumbe a los mismos individuos, a las comunidades, a los servicios de salud y a los demás sectores, los ministerios de salud examinarán la posibilidad de refundir las actividades que se espera de cada una de estas categorías para el conjunto de todos los programas. Esta forma de proceder les permitirá identificar la acción de apoyo necesaria para cada una de esas categorías. Por ejemplo, habrá

que prestar apoyo a los individuos para la administración de la autoasistencia el tratamiento a las enfermedades y los traumatismos comunes o la administración de medicamentos profilácticos contra determinadas enfermedades endémicas.

Los esfuerzos para modificar el estilo de vida de la población pueden tener efectos considerables en la situación nutricional de los individuos y de sus hijos, en el uso adecuado de las instalaciones de agua y saneamiento y en la prevención y lucha contra algunas enfermedades transmisibles y no transmisibles.

Así será posible además identificar el apoyo que necesitan las comunidades para organizar y vigilar su propia atención primaria de salud y adoptar las medidas necesarias para influir en el medio ambiente, incluido el sicosocial, con miras a la prevención y lucha contra toda una serie de enfermedades transmisibles, otras enfermedades tales como las cardiovasculares, el cáncer y los trastornos mentales y ciertos fenómenos como el consumo abusivo de alcohol y el uso indebido de drogas." 87/

"Para asegurar un procedimiento adecuado de apoyo y envío de enfermos bidireccional, es preciso establecer un sistema que relacione entre sí las diversas instituciones, partiendo de los individuos y los centros de salud más elementales de las pequeñas comunidades y continuando a través de instituciones cada vez más complejas a lo largo de la cadena del sistema de salud. Igualmente deben establecerse mecanismo que permitan a los agentes de atención primaria de salud y a las comunidades obtener orientación sobre los problemas de salud, y debe fortalecerse el procedimiento de envío de enfermos, cuando sea necesario, a las instituciones de salud especializadas. No menos importante será desarrollar los medios logísticos indispensables para asegurar los suministros y el apoyo y la supervisión indispensables. Habrá

que dedicar particular atención a las instituciones que prestan apoyo directo a la atención primaria de salud y revisar, en consecuencia, las funciones, la dotación de personal, la planificación, el diseño, el equipo, la organización y la gestión de los centros de salud y hospitales de distrito, teniendo en cuenta sus nuevas funciones más amplias, de apoyo a la atención primaria de salud." 88/

"La programación detallada es una actividad costosa por naturaleza, y es preciso poner el máximo empeño en organizarla debidamente. Ante todo, debe decidirse en quienes se delegan la responsabilidad y la autoridad para la programación de los planes intermedios y de la comunidad local. En las decisiones de esa índole influirán varios factores como el tamaño, la organización, administrativa y las características geográficas del país. También es necesario determinar, sobre la base de unos criterios previamente convenidos, el tamaño y los tipos de comunidades que han de recibir atención primaria de salud, así como su agrupación para los fines de apoyo y envío de enfermos. En este punto debe presentarse atención a la cobertura de la población y a la accesibilidad de la asistencia sanitaria.

En el escalón apropiado deberá después asignarse un administrador del programa y, a veces, un administrador más para cada uno de los grandes elementos del programa como, por ejemplo, la creación de una institución. Lo ideal es que la elección del administrador recaiga en la persona que a fin de cuentas deberá dirigir el programa o la institución. Normalmente habrá que adiestrar al nuevo administrador en la ejecución de sus funciones, ya que raras veces se encuentran personas debidamente preparadas para estos fines.

El administrador del programa deberá familiarizarse no solo con los objetivos y las metas del programa, sino también con el tipo de tecnología que se considere apropiada. Deberá informarse acerca de los

tipos de personal y de otros sectores previstos, de las instalaciones materiales que se consideren necesarias; de las clases de equipo y suministros, incluidos los vehículos; de los métodos de vigilancia y evaluación; del plazo fijado para poner el marcha el programa; de las relaciones existentes entre su programa y los demás programas; y de la forma en que se ha previsto integrar esos programas en el sistema de salud.

La programación detallada obliga a prestar atención a gran número de factores relativos a los recursos y su administración; a las personas como sujetos y objetos del desarrollo de la salud, al personal de salud; a las instalaciones y su construcción, y al equipo y a su conservación; a los suministros y los medios logísticos necesarios para asegurar su disponibilidad en el momento oportuno; y a la comunicación y los transportes. En muchos casos, sólo cuando se han examinado y planificado pormenorizadamente esas cuestiones aparece su verdadera índole y magnitud y sólo entonces cabe adoptar decisiones más concretas respecto a ellas." 89/

"Una vez que se haya llegado a una decisión sobre las prioridades, habrá que determinar los métodos y técnicas que se van a emplear, que deben ser aceptables tanto para quienes los usen como para aquellos en cuyo beneficio se han de usar. También en este caso hace falta un mecanismo adecuado para la adopción de decisiones, en el que participen preferentemente representantes del público y el sector de la salud. Asimismo, habrá que adoptar decisiones sobre la composición y el grado de conocimientos del equipo sanitario que haya de prestar la atención primaria de salud. Habrá que decidir si lo deben integrar trabajadores de salud que presten, todos ellos, el mismo tipo de servicio, o una combinación de personal en la que cada uno preste un servicio diferente, y si se habrá de trabajar a tiempo parcial o con plena dedicación, en una y otra forma. Asimismo habrá que determinar:

las condiciones de selección del personal y a cargo de quién estará esa tarea; si se debe conceder una remuneración y, en caso afirmativo, su forma y cuantía; si el personal tendrá perspectivas de mejorar en su empleo y, de ser así, cómo se organiza y fiscalizarán las posibilidades de mejora profesional; y si habrá que utilizar personal voluntario." 90/

"Para fiscalizar la ejecución de un programa de la comunidad, es preciso decidir los métodos y mecanismos de orientación y supervisión social, administrativa y técnica ¿Sobre quién recaerá la responsabilidad general dentro del servicio de atención primaria de salud? ¿A quién habrá de informar esa persona sobre los progresos realizados y cada cuánto tiempo? ¿A quién tiene que recurrir cuando se presenten problemas administrativos, técnicos o sociales, y a quién recurrirán los miembros de la comunidad cuando se enfrenten con problemas similares?

Estos son solamente algunos ejemplos de las cuestiones que se plantean cuando se trata de planificar y poner en funcionamiento un programa de atención primaria de salud en la comunidad. Cualquiera sea la solución adoptada, es preciso seguir procedimientos claros que estén al alcance de la comunidad en general y de los trabajos sanitarios en particular, y que reciban la aprobación de todos los interesados." 91/

"Para garantizar en todo momento el buen funcionamiento de las instalaciones y el equipo es preciso desplegar actividades de conservación. Para esas funciones se deberá nombrar y adiestrar o contratar personal adecuado. Hay que contar con existencias iniciales de piezas de recambio y organizar un sistema de inventario que permita encargar y obtener a tiempo las piezas que hagan falta. En muchos casos deberá establecerse además un inventario de herramientas, combustible, lubri-

cantes, artículos de limpieza y otros suministros." 92/

"Durante la formulación del programa detallado se habrán determinado el tipo, las cantidades y la localización de los suministros. Durante la fase de comienzo de la ejecución habrá que asignar fondos para un mínimo de existencias iniciales, adquirirlas y situarlas en el lugar oportuno. Para proteger esas existencias contra el robo y la intemperie, habrá que guardarlas en un almacén y, en algunos casos, prever las necesarias instalaciones de refrigeración. Hay que establecer un procedimiento de inventario y gestión de las existencias y determinar claramente a quién incumbe la responsabilidad de ese procedimiento, que deberá abarcar el almacenamiento, un sistema de distribución para conseguir que los suministros lleguen puntualmente a lugar oportuno, un sistema de registro eficaz y un mecanismo de alerta para renovar las existencias.

Durante la fase de comienzo de la ejecución habrá que facilitar el personal (inclusive personal de conservación y reparación), los vehículos, el combustible, los lubricantes, las piezas de recambio y las herramientas que sean necesarios de conformidad con los planes establecidos durante la formulación del programa detallado.

Es obvio que, al mismo tiempo, será preciso conseguir la aprobación presupuestaria para efectuar los gastos que exigen todas las actividades mencionadas.

Todo lo que se haya planeado y puesto en ejecución deberá administrarse día a día. La gestión cotidiana de los programas y de las instituciones encargadas de su ejecución debe ajustarse, en general, a procedimientos que son muy específicos de cada país. Las siguientes observaciones son, pues, de índole muy general." 93/

### Comentario

Si tenemos en cuenta las actividades mínimas que se han definido para ser realizadas mediante la estrategia de Atención Primaria, no queda la menor duda en que la acepción dada en los textos al término asistencia es tratamiento o cuidados médicos.

"Abrir nuevas zonas geográficas a la colonización" y "aumentar la productividad laboral", en sí mismos no son desarrollo; se podría afirmar que son un aporte de los trabajadores al crecimiento económico en la sociedad capitalista y queda muy claro cómo algunas acciones de la estrategia de atención primaria contribuyen con dicho sistema económico. También es muy cierto que se logra la "cooperación popular" los reales interesados en el modelo de crecimiento obtendrán mayores ganancias.

Por el contenido de los textos, concluyó que la estrategia de Atención Primaria conforma un espacio más para el ejercicio del poder de quienes hoy lo ejercen en nuestra sociedad. Por tanto no sorprende que se trate de acuerdos en la "cúpula" a los que se les busca su legitimación por medio de la prestación de "una atención apropiada a los grupos de población más desfavorecidos", y en donde "los gobiernos deben hacer participar a la población en ese compromiso" o sea en el compromiso que ellos han contraído sin que a las mayorías se les hubiese preguntado el qué y el por qué y el cómo. Se trata de la política de los que hoy hacen la política.

Las formulaciones de la estrategia de Atención Primaria permiten comprender que en parte se trata de una racionalización de la política sanitaria que pretende con un mejor funcionamiento ampliar sus espacios de poder mediante una mayor eficacia y mayor eficiencia.

Esta claro que son los ministerios, o sus equivalentes los que formulan la política, elaboran la estrategia y definen los procedimientos y buscan que la población participe apoyando los compromisos de las clases que son representadas por los ministerios.

Es a través de los procedimientos expresados en la programación sanitaria nacional en los que se puede comprender un poco más la naturaleza política de la estrategia de Atención Primaria que se propone para alcanzar la Meta, "Salud para Todos en el Año 2000" y por consiguiente ver cual es la participación de la comunidad que proponen. Este marco político es el que define los alcances y los límites de la participación que permiten.

Si observamos una vez más los componentes de la estrategia de Atención Primaria, concluiremos que son esencialmente los mismos que en 1962 formuló la Alianza para el Progreso para América Latina, la novedad es metodológica, pues se ha dicho que se van a obtener por medio de la Atención Primaria; además en todos estos años la administración ha ofrecido aportes al manejo de asuntos sanitarios, de ahí que se dedique tanto espacio al funcionamiento de dicha estrategia.

Destaca en los documentos el gran espacio dedicado a la explicación detallada del funcionamiento administrativo: recursos, mediciones, costos, financiamiento, coberturas, etc. lo que significa la orientación efficientista que puede llegar a lograrse; no queda la menor duda que la estrategia de Atención Primaria obligará a obtener una mayor racionalidad en los actuales sistemas de salud.

## II.4 Política sanitaria

### II.4.1 Política sanitaria

"Cada gobierno necesita llevar a cabo la tarea de mejorar la salud de su población una política sanitaria nacional, que es un conjunto de decisiones sobre la adopción de medidas encaminadas a alcanzar unas metas concretas para el mejoramiento de la situación sanitaria, entendiéndose por finalidad un objetivo general hacia el cual se encaminan los esfuerzos, por ejemplo, conseguir que el medio ambiente sea favorable a la salud o disponer de atención primaria de salud para todos. Esa política, que presupone una voluntad política de dedicar a su logro recursos suficientes, determina igualmente el orden de prioridad entre las finalidades, y las principales directrices para alcanzarlas. Una política sanitaria nacional suele formularse en términos amplios y sirve de base para el establecimiento de una estrategia nacional, en la que se describen en líneas generales las medidas que deberán aplicarse en todos los sectores interesados para dar efecto a la política sanitaria nacional y se señalan los problemas existentes y la forma de abordarlos."<sup>94/</sup>

"En el ejercicio de su autorresponsabilidad, los gobiernos pueden establecer diversos mecanismos para ayudar a elaborar y aplicar la política sanitaria, la estrategia, el plan de acción y los correspondientes programas. En algunos países puede ser útil crear un consejo nacional de salud encargado de asesorar a los gobiernos sobre las cuestiones de salud y socioeconómicas afines que afecten a la totalidad del país. La composición de ese consejo variará según los países conforme a sus circunstancias propias pero es preferible que abarque el sector de la salud y los que versan sobre las cuestiones políticas, económicas y sociales afines y que incluya a miembros del público.

Para ayudar a la tarea de establecer y aplicar los diversos componentes del proceso de gestión para el desarrollo nacional de salud, los ministerios de salud pueden designar como centros nacionales para el desarrollo de la salud, departamentos, instituciones, escuelas y organizaciones apropiados. Esos centros pueden además asesorar sobre asuntos técnicos, difundir información y contribuir a la coordinación de las actividades con otros sectores. Cuando esos centros están vinculados entre sí de manera orgánica su conjunto recibe el nombre de red nacional para el desarrollo de la salud."95/

"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." 96/

"Teniendo en cuenta la magnitud de los problemas sanitarios así como la insuficiencia y la injusta distribución de los recursos de salud entre los países y dentro de ellos y persuadida de que la salud es un derecho humano fundamental y un objetivo social para el mundo entero, la Conferencia pidió que se abordaran los problemas de la salud y de la asistencia sanitaria con nuevos criterios para reducir el abismo que media entre los "privilegiados" y los "desposeídos" asegurar una distribución más equitativa de los recursos de salud y conseguir que los ciudadanos de todos los países alcancen un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva." 97/

"La Conferencia reiteró que los gobiernos tienen la obligación de cuidar de la salud de sus pueblos, obligación que sólo puede cumplirse mediante la adopción de medidas sanitarias y sociales adecuadas y equitativamente distribuidas. La atención primaria de salud, como

parte del sistema nacional de asistencia sanitaria completa, representa un gran paso hacia el logro de esos objetivos sanitarios y sociales fundamentales. Cada país deberá interpretar y adaptar determinados aspectos concretos de la atención primaria de salud en función de su propio contexto social, político y de desarrollo. Todas las personas tienen el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y organización de su asistencia sanitaria." 98/

"La oposición de las industrias médicas se puede encauzar en una dirección positiva, interesándolas en la producción de equipo apropiado para la tecnología que se haya de aplicar en atención primaria de salud. Cualquier pérdida causada por la disminución de la venta de cantidades limitadas de equipo costoso podrían perfectamente compensarse con creces con la venta, en mercados inexplorados, de mayores cantidades de equipo y de suministros menos costosos para la atención primaria de salud." 99/

"También puede ocurrir que el apoyo que se preste a la atención primaria de salud parta del supuesto erróneo de que lo que se ha de hacer es facilitar a los pobres el tipo más barato de asistencia médica, con el mínimo apoyo financiero y técnico. Esa actitud sólo puede superarse mediante la intervención política acompañada de explicaciones convincentes acerca de la finalidad y el alcance propios de la atención primaria de salud." 100/

"Las políticas, las estrategias y los planes de acción nacionales forman un todo y no hay entre ellos una línea divisoria neta. Sería, pues, arriesgado tratar de definir de manera demasiado específica sus diferencias, pero será útil indicar el contenido de cada uno de esos conceptos.

Una política sanitaria nacional es una formulación de metas para el mejoramiento de la situación sanitaria, de las prioridades entre esas metas y de las orientaciones generales para alcanzarlas. Una estrategia nacional, que deberá basarse en la política sanitaria nacional, comprende las líneas generales de acción necesarias en todos los sectores que han de contribuir a la aplicación de aquella política. Un plan nacional de acción es un plan intersectorial amplio para alcanzar las metas sanitarias nacionales mediante la aplicación de la estrategia establecida. El plan indica lo que debe hacerse, quién debe hacerlo y con qué recursos, y fija al mismo tiempo el calendario de acción. Es un marco dentro del cual deberán desarrollarse, de manera más detallada, las actividades de programación, preparación de presupuestos, ejecución y evaluación.

Los párrafos siguientes comprenden un sucinto análisis de los principales problemas que se plantean en la formulación de políticas, estrategias y planes de acción nacionales. En la presentación de esos problemas se trata, en primer lugar, de los asuntos generales de índole política y social; después, de los diversos procedimientos y mecanismos que pueden ser necesarios; más adelante, del desarrollo de la atención primaria de salud y, finalmente, de las actividades de vigilancia y evaluación. Sin embargo, en modo alguno debe entenderse que los países se han de seguir en ese orden. Tampoco habrá de interpretarse lo expuesto en el sentido de que los países deben empezar forzosamente por definir completamente sus políticas y continuar con la formulación de estrategias antes de preparar los planes de acción, puesto que, como se ha dicho ya, esas diversas entidades forman un todo sin líneas divisorias acusadas que las separen. Los posibles puntos de iniciación del conjunto del proceso son muy numerosos. Algunos países quizás posean ya un sistema sanitario basado en la atención primaria de salud que sólo requiera su fortalecimiento, y es posible que deseen empezar a partir de esa base. Otros quizás

hayan iniciado la programación sanitaria por países y estimen útil desarrollar su estrategia mediante la continuación de este proceso. Otros, en fin, pueden estimar necesario tomar como punto de partida una medida política y social o una serie de medidas de esta índole." 101/

"En algunos países tal vez sea preciso legislar para introducir las reformas indispensables. En la preparación de sus propias leyes, puede resultar útil a los países la consulta de la legislación pertinente adoptada por otros y compilada y analizada por la OMS. En algunos casos, la acción legislativa debe ir acompañada de la apropiada movilización y otras formas de comunicación social. Estas acciones combinadas quizá sirvan de ayuda para puntualizar los derechos y las obligaciones, para proteger al individuo y al medio ambiente y para permitir a la comunidad planear, administrar y vigilar sus programas y servicios de salud y los de índole social con ella relacionados." 102/

"Los ministerios de salud o las autoridades gubernamentales equivalentes tienen un cometido primordial al determinar la política sanitaria nacional, al promover la preparación de las estrategias y los planes de acción requeridos para poner en práctica esa política y, más tarde, al formular los programas sanitarios y al planear, poner en marcha e inspeccionar los sistemas de salud. Para ser eficaces, han de integrarse en la corriente principal de adopción de decisiones de carácter político en las más altas instancias gubernamentales y lograr la participación constante de los ministerios de finanzas, de planificación u órganos semejantes, y de otros ministerios y autoridades competentes en materia de desarrollo socioeconómico. En muchos países, esto lleva consigo la necesidad de fortalecer sus funciones políticas, sociales, técnicas y directivas, para que sean totalmente

capaces de garantizar la coordinación en el sector sanitario, mantener el diálogo con otros sectores y participar en el conjunto del desarrollo socioeconómico nacional." 103/

"En el ejercicio de su importante función, consistente en suscitar el apoyo de los profesionales y de la población para el desarrollo y la supervisión de las políticas, estrategias y los planes de acción nuevos, así como su participación en esas actividades, los gobiernos pueden considerar útil la creación de consejos nacionales de salud o el reforzamiento de los ya existentes. La posición constitucional de esos consejos deberá quedar lo más clara posible. Tendrán normalmente un carácter consultivo y dependerán en algunos países del ministerio de salud y en otros de la más alta autoridad ejecutiva y legislativa. Esos consejos podrán resultar particularmente útiles para conseguir que los sistemas de salud se integren en el desarrollo social y económico de conjunto. En consecuencia, los consejos nacionales de salud podrían estar formados por personalidades representativas de una amplia serie de sectores sanitarios, políticos, económicos y sociales, además del conjunto de la población, incluida la rural. De esta forma, se podrían explorar conjuntamente todas las cuestiones de política relacionadas con el desarrollo de la salud y economicosocial, despertando así el interés de los dirigentes de sectores sociales y económicos por la realidad sanitaria, y de todos ellos por las realidades planteadas a los usuarios de los servicios de salud. Podría ser útil, asimismo, crear esos consejos a otro nivel, según las dimensiones y el sistema político y administrativo de cada país."

104/

"La vigilancia de la ejecución y la evaluación de las repercusiones de los programas tiene lugar en dos niveles, el nivel de política general y el nivel directivo y técnico, pero ambos han de estar vinculados. A nivel de política general hace falta saber si está mejorando el estado de salud de la población y si es preciso revisar la políti-

ca, la estrategia y los planes de acción. A nivel directivo y técnico, ha de averiguarse si se están preparando en forma debida los programas correspondientes y si se están organizando adecuadamente los servicios y las actividades indispensables para la ejecución de dichos programas. También es preciso saber si éstos se están ejecutando eficazmente por conducto de servicios de salud y de servicios afines, sociales y económicos, apropiadamente dirigidos." 105/

"La base política de la salud para todos se encuentra en la Constitución de la OMS, en la que se declara que la finalidad de la Organización será "alcanzar para todos los pueblos el grado más alto posible de salud". La meta de la salud para todos en el año 2000 incorpora ese mismo objetivo, haciendo hincapié en los términos "el grado más alto posible" de modo que los diferentes países deberán tratar de mejorar la salud de su población en la medida de sus posibilidades sociales y económicas." 106/

"Los esfuerzos encaminados a alcanzar la salud para todos han recibido apoyo de diversos grupos de países, tales como el Movimiento de los Países no Alineados, en su Sexta Conferencia de Jefes de Estado o de Gobierno celebrada en la Habana en 1979, la Organización de la Unidad Africana, en relación con las perspectivas de desarrollo de África hacia el año 2000, y la Asociación de Naciones de Asia Sudoriental." 107/

"También se han manifestado la voluntad política de alcanzar la salud para todos sobre la base de la atención primaria de salud numerosos jefes de estado, programas y organismos de las Naciones Unidas, organismos bilaterales y multilaterales y bancos internacionales de desarrollo, y esa voluntad se ha manifestado igualmente en la adopción de cartas regionales de salud en Asia Sudoriental y Africa, que muchos

jefes de estado han suscrito individualmente en nombre de sus gobiernos. Todo esto puede ayudar a conseguir el apoyo político y económico necesario para aplicar la Estrategia." 108/

Una vez que se hayan especificado de esta forma la infraestructura del sistema de salud y los programas que esa infraestructura debe ejecutar, los países se hallarán en mejor situación para abordar de manera práctica el control social del conjunto, del sistema de salud de modo que resulte coherente con sus tradiciones, políticas, culturales y administrativas. Puede ser necesario establecer una política nacional explícita, y aun adoptar medidas legislativas y presupuestarias adecuadas para hacer posible que los individuos y las comunidades participen activamente en las decisiones sobre la política de salud y en la tarea de orientar la planificación, la gestión y la vigilancia de la infraestructura sanitaria y de los programas que ésta debe ejecutar. Cabe utilizar los mecanismos que ya existan, o crear otros nuevos, para ofrecer a la población la posibilidad de expresar sus opiniones acerca del sistema de salud de su comunidad o del país en general, de adoptar decisiones sobre el alcance de la participación de los individuos y de la comunidad en la aplicación de ciertos elementos de la atención primaria de salud en el sector de la salud y otros sectores relacionados con ésta, de controlar la atención primaria de salud en la comunidad donde viven y de participar activamente en el control de los demás escalones del sistema de salud. Para que pueda asumir esas responsabilidades, la población debe estar bien informada; esa tarea de información será una importante función del personal de salud, que forma parte de la comunidad y del país donde vive y trabaja." 109/

Con el fin de asegurar y facilitar la aplicación de las políticas en las que está basada la Estrategia, se desplegarán esfuerzos inten-

sos para conseguir el compromiso de las autoridades políticas y el apoyo de los planificadores económicos, así como el de las profesiones de salud y otras afines. Se establecerá un proceso de gestión adecuado para facilitar la aplicación de la Estrategia por el sistema nacional de salud. Se revisarán y reorientarán las investigaciones sobre salud en la medida necesaria para que en ellas se dé prioridad a los problemas que deben resolverse para aplicar la Estrategia. Todavía se utilizará la información como brazo operativo en apoyo de los objetivos de la Estrategia y para facilitar su aplicación."110/

"Para una ejecución eficaz de la Estrategia en los países deberá haber una sola autoridad que asuma esa responsabilidad en nombre del gobierno. La primera reforma que deberá considerarse en muchos países será, pues, el fortalecimiento de las atribuciones del ministerio de salud u otra autoridad análoga, de modo que se convierta en la autoridad directiva y coordinadora de la acción sanitaria nacional. Esta función no entraña forzosamente la administración directa de todas las instituciones de salud, ya que la mayoría de los sistemas de salud comprenden, por definición, elementos que no dependen, desde el punto de vista administrativo del ministerio de salud; pero sí implica la responsabilidad de encauzar las actividades hacia la Estrategia Nacional de salud para todos y coordinarlas en representación del gobierno, lo mismo dentro del sector de la salud - independientemente de cuál sea el organismo y la institución de ejecución- que dentro de los demás sectores por los cauces adecuados. En algunos países esta responsabilidad incumbirá al conjunto del sector de la salud, incluidos los servicios de salud prestados por la seguridad social y las industrias, así como los ministerios de salud, estando presidido el sector por el ministerio de salud."111/

"Los ministerios de salud, respaldados por el compromiso político de los estados miembros de la OMS en favor de la estrategia, tomarán

iniciativas encaminadas a conseguir el compromiso de sus gobiernos en su totalidad, en favor de su aplicación en los países. Además, en nombre sus gobiernos, se esforzarán por conseguir el apoyo de las personalidades públicas y los organismos adecuados, como los partidos políticos, los dirigentes religiosos y civiles, los sindicatos y las asociaciones no gubernamentales más influyentes. Para movilizar el apoyo popular se procurará que los individuos y las familias participen en el cuidado de su propia salud e intervengan también colectivamente, en la acción comunitaria en favor de la atención primaria de salud, en los diversos aspectos técnicos, de apoyo y financieros."112./

"Los ministerios de salud propondrán a sus gobiernos mecanismos apropiados para suscitar la acción necesaria en todos los sectores sociales y económicos pertinentes, tales como los comités interministeriales o los consejos nacionales de salud multisectoriales.

Desplegarán todos los medios posibles para conseguir que la distribución de los recursos para la salud sea cada vez más equitativa y beneficie a todos los segmentos de la población del país. Para introducir las necesarias reformas en el sector de la salud, en algunos países se promulgarán disposiciones legislativas adecuadas, por ejemplo, para definir los derechos y los deberes de las personas en lo que se refiere a su propia salud, así como los de las diversas categorías de personal e instituciones de salud, para proteger a la población frente a los riesgos presentes en el medio y para permitir a las comunidades establecer y administrar sus propios programas y servicios de salud y de índole social afín. Se procurará evitar que las deliberaciones sobre la legislación pertinente se prolonguen demasiado porque retrasaría la acción, y velar porque la población comprenda la índole de las disposiciones legislativas y las apruebe" 113./

"En la escena internacional se utilizarán la Asamblea Mundial de la Salud y los comités regionales de la OMS para prestar apoyo constante mediante declaraciones y contactos con los dirigentes políticos, el sistema de las Naciones Unidas y los medios de comunicación de masa. Las regiones de la OMS que todavía no hayan formulado sus cartas para la salud examinarán la posibilidad de hacerlo, y tratarán de obtener de los jefes de estado la ratificación de esas cartas. Se emprenderá una acción intensiva dentro del sistema de las Naciones Unidas encaminada a conseguir el apoyo de los jefes de estado en favor de las estrategias nacionales e internacionales de salud para todos. Se informará a intervalos adecuados a la Asamblea General y al Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas acerca de los progresos conseguidos hacia la aplicación de la resolución 34/58 de la Asamblea General sobre la Salud como parte integrante del desarrollo, y también acerca de la medida en que se avance hacia el logro de la meta de salud para todos. Se establecerá contacto con los órganos deliberantes de los organismos especializados de las Naciones Unidas, por conducto de los jefes ejecutivos para adopten medidas en apoyo de la Estrategia en sus respectivas esferas de acción.

Se emprenderán gestiones análogas cerca de las agrupaciones subregionales, regionales y mundiales, por conducto de los "amigos de la salud para todos" influyentes que se cuenten entre los representantes de sus países miembros. Se estimulará a esas agrupaciones geopolíticas a que incluyan en su programa, como parte integrante de sus actividades, los sectores de la Estrategia que son de interés para ellas. También se establecerán contactos con las organizaciones internacionales no gubernamentales más influyentes para que incluyan en sus actividades los sectores de la Estrategia que entren en sus esferas de competencia. Las modificaciones importantes de la legislación sanitaria que tengan lugar en los países en apoyo de las estrategias de salud para todos se podrán en conocimiento de los demás países, que quizá puedan beneficiarse de esa información." 114/

"La vigilancia de la aplicación y la evaluación de la efectividad y las repercusiones tendrán lugar, normalmente, en dos planos -el plano de las políticas y el plano administrativo y técnico-, pero deberán existir enlaces y vínculos entre ambos planos. En el de las políticas, los países desearán averiguar si la situación sanitaria de la población mejora y si hace falta revisar la política y la estrategia sanitarias. En los planos administrativo y técnico, los responsables desearán saber si se formulan programas pertinentes y si los servicios y actividades necesarias para su ejecución se organizan adecuadamente. También desearán saber si los programas se ejecutan con eficacia mediante los servicios de salud y otros servicios sociales y económicos afines organizados debidamente." 115/

"No se ha prestado atención bastante a la formulación y al análisis de las políticas sanitarias. En el pasado, fueron muchas las dificultades con que se tropezó a la hora de determinar nacionales de salud en función de su prioridad en el país; y con frecuencia esas dificultades han surgido en etapas avanzadas, como las de programación y ejecución. Todo ello no hace más que subrayar la necesidad de que se establezcan estrechos vínculos entre los escalones oficiales de gestión del programa y los escalones en los que se formulan las políticas nacionales. La formulación de políticas es una actividad permanente de los gobiernos. De los procesos gubernamentales, en efecto, emanan continuamente políticas, unas veces oficiales y otras no escritas. El problema consiste en procurar que la planificación, la programación y la ejecución se ajusten a las políticas nacionales formuladas por las autoridades supremas del país." 116/

"Esta noción es de la máxima importancia del proceso de formulación y ejecución de las estrategias de salud para todos en el año 2000. Como dijo el Consejo Ejecutivo de la OMS:

alcanzarse por otras etapas." 118/

"Es muy posible que al iniciarse la programación general todavía no se hayan puntualizado plenamente todas las cuestiones de política general. Sin embargo, durante la programación general, cuando se definen los programas nacionales en relación con su prioridad, las autoridades que establecen las políticas deben consultar continuamente con el personal técnico, haciendo así gradualmente más explícitas las políticas de salud y situando el plan general de acción dentro del contexto de las políticas nacionales de desarrollo." 119 /

"En la identificación, revisión o formulación de los programas prioritarios intervienen otros factores de índole política, orgánica o personal. La decisión que se adopte, por ejemplo, puede afectar el prestigio de organismos y profesionales. La reorganización y reorientación de los programas puede influir, en efecto, en la situación de organismos e individuos. Es preciso, pues, plantearlas cuidadosamente con el fin de inmovilizar al máximo las capacidades profesionales y de los organismos en apoyo de las estrategias correspondientes, reduciendo al mínimo las alteraciones de los programas en ejecución y mitigando los efectos inquietantes que un cambio de orientación puede causar en el personal del programa. La tarea es ardua, ciertamente, pero de gran importancia." 120/

"La información pertinente sobre las políticas nacionales de desarrollo socioeconómico y las políticas nacionales de salud debe facilitarse durante el análisis o la reformulación de las políticas vigentes, o en ambas etapas, en particular con referencia en relación con las estrategias de salud para todos y la atención primaria de salud." 121/

Las políticas, las estrategias y los planes de acción nacionales forman un todo y no hay entre ellos una línea divisoria neta...

Una política sanitaria nacional es una formulación de metas para el mejoramiento de la situación sanitaria, de las prioridades entre esas metas y de las orientaciones generales para alcanzarlas. Una estrategia nacional, que deberá basarse en la política sanitaria nacional, comprende las líneas generales de acción necesarias en todos los sectores que han de contribuir a la aplicación de aquella política. Un plan nacional de acción es un plan intersectorial amplio para alcanzar las metas sanitarias nacionales mediante la aplicación de la estrategia establecida. El plan indica lo que debe hacerse, quién debe hacerlo y con qué recursos, y fija al mismo tiempo el calendario de acción. Es un marco dentro del cual deberán desarrollarse, de manera más detallada, las actividades de programación, preparación de presupuestos, ejecución y evaluación." 117 /

"En los países raras veces se sigue el orden estricto de terminar primero la definición de las políticas, seguir con la formulación de las estrategias y sólo después establecer los planes de acción, ya que, como se ha dicho antes, políticas, estrategias y planes forman un todo.

El punto de partida que se elija dependerá de la fase de desarrollo del sistema de salud del país y de sus principales prioridades. Cualquiera que sea el punto de partida que elija un gobierno, habrá que examinar con espíritu crítico las políticas oficiales actuales y volver a formularlas en la medida de lo necesario a la luz de los conceptos y los principios de atención primaria de salud definidos en la Declaración de Alma-Ata. Cada vez tendrá su propio orden de prelación y el concepto de atención primaria de salud deberá interpretarse de conformidad con las circunstancias y las aspiraciones particulares de cada país. La planificación, organización y aplicación de la atención primaria de salud constituye invariablemente un proceso a largo plazo y es posible que la cobertura total de la población tenga que

"Objetivo 1. Determinar y dar efecto a las políticas de la OMS y en particular, vigilar la aplicación de las estrategias de salud para todos, fomentar y coordinar su aplicación por los países y otros sectores y evaluar su eficacia.

Procedimientos. En la colectividad constituida por los Estados Miembro de la OMS, la Asamblea Mundial de la Salud actuará como la autoridad suprema que determina las políticas de la OMS y, en particular, que concentra las actividades de la Organización del establecimiento, la aplicación, la vigilancia y la evaluación de la estrategia mundial encaminada a alcanzar la meta de la salud para todos en el año 2000. Seguirá velando porque las funciones de direcciones, coordinación y cooperación técnica que desempeña la organización se apoyen mutuamente y porque se mantenga la debida interrelación entre las actividades de la Organización en todos los escalones.

Por su parte, los seis comités regionales tendrán una mayor responsabilidad en el establecimiento de las políticas y los programas regionales de salud en apoyo de las estrategias nacionales, regionales y mundial de la salud para todos y en la tarea de actualizarlos en lo necesario. Mediante sus funciones de vigilancia, control y evaluación. Velarán porque los programas regionales y su ejecución se ajusten debidamente a las políticas nacionales, regionales y mundiales.

En nombre de la Asamblea, el Consejo Ejecutivo seguirá encargándose de dar efecto a las políticas y decisiones de la Asamblea, así como de vigilar la forma en que los comités regionales reflejan en sus actividades las políticas de la Asamblea y en que la Secretaría presta apoyo a los Estados Miembros, tanto individual como colectivamente.

La Asamblea Mundial de la Salud, los comités regionales y el Consejo Ejecutivo desarrollarán sus respectivas actividades en relación mutua, de manera que se fortalezcan las funciones que incumben a la organiza-

ción de fomentar la acción y de señalar la forma en que esa acción debe ejecutarse, así como de mejorar y garantizar la disponibilidad de tecnologías para la salud que sean eficaces, aceptables desde el punto de vista social y económicamente viables. En su acción, los órganos deliberantes prestarán apoyo activo a la cooperación técnica entre los Estados Miembros, tanto desarrollados como en desarrollo. Harán uso de su influencia política y moral para fortalecer los ministerios de salud o los organismos equivalentes, con el fin de que lleguen a ser las autoridades directivas y coordinadoras de la acción nacional encaminada a ejecutar las estrategias nacionales de salud.

Con respecto a las actividades de cooperación de la Organización en el sistema de las Naciones Unidas los órganos deliberantes centrarán su atención en los esfuerzos conjuntos de apoyo a la salud como parte integrante del desarrollo y de la Estrategia Internacional del Desarrollo para el Tercer Decenio de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Ello implicará la adopción de acciones bilaterales y multilaterales específicas en colaboración con otros organismos del sistema de las Naciones Unidas en los sectores de salud y el desarrollo con el fin de fomentar la aplicación de un criterio intersectorial al desarrollo.

Los órganos deliberantes desempeñarán un papel principal en la tarea de tratar de conseguir que todos los recursos disponibles para la salud, incluidos los de otros sectores interesados y los de las organizaciones no gubernamentales, se utilicen en apoyo de las estrategias de salud para todos en todos los escalones, en particular para los países más necesitados.

La disparidad entre los trabajos de los órganos deliberantes y la acción de salud en el plano de los países se ha reflejado fielmente, y lógicamente, en las actividades de la Secretaría de la OMS. En este punto, el abandono de los antiguos criterios, basados en la ejecución de proyectos de asistencia técnica independientes entre sí

y de programas verticales de lucha contra las enfermedades, en favor de una orientación hacia la coordinación y la auténtica cooperación técnica ha obrado efectos particularmente sensibles porque ha requerido la adopción de maneras de pensar y de obrar totalmente nuevas en la función que incumbe a la Secretaría de prestar apoyo coherente e integrado a los Estados Miembros, individualmente en el plano nacional y colectivamente en los órganos deliberantes de los planos regional y mundial. Buena parte de la metodología necesaria para esta nueva manera de abordar los problemas de salud se ha establecido ya y funciona en parte, pero este proceso debe completarse durante el periodo de seis años del Séptimo Programa General de Trabajo. Lo mismo cabe decir del esfuerzo necesario para dar vigor y efecto al concepto de la salud como parte integrante del desarrollo en la acción que la OMS ha de desplegar sobre una base intersectorial en apoyo de sus propias actividades en el sector de la salud.

#### Objetivo 2

Establecer y dirigir eficazmente el programa de la Organización y coordinar con este fin las actividades de la Organización con las de otros organismos.

#### Procedimientos

La gestión ejecutiva de la OMS aportará el apoyo de la Secretaría a los órganos deliberantes para la determinación y aplicación de las políticas de la Organización, específicamente con respecto a la Estrategia de salud para todos. Asumirá, pues, la responsabilidad de la ejecución del Séptimo Programa General de trabajo. Para asegurar su ejecución, este Programa se convertirá en programas a plazo medio de manera que sus distintos programas en los diferentes escalones orgánicos estén vinculados entre sí de la mejor manera posible para

que sean coherentes y útiles en el plano de los países. Esta labor se desarrollará como un proceso de gestión permanente. Como parte de ese proceso, la preparación del presupuesto por programas permitirá seleccionar las actividades que deban emprenderse durante el bienio para ejecutar los programas a plazo medio, atribuyendo particular importancia a la aplicación correcta del proceso de preparación del presupuesto por programas en relación con los recursos de la OMS en el plano de los países. Por consiguiente, la preparación de los presupuestos por programas fluirá en el alcance y el ritmo de ejecución de los Programas Generales de Trabajo y de sus correspondientes programas a plazo medio. La evaluación formará parte integrante de todo el proceso. Se utilizará principalmente para apreciar los progresos realizados en la ejecución de las actividades, así como la eficacia de los programas de la OMS para facilitar la aplicación de la Estrategia de salud para todos y la eficacia de esos programas a ese respecto. Cada uno de los componentes del proceso de gestión, así como el conjunto del proceso, genera información y la requiere a su vez. El Sistema de Información de la OMS atiende esas necesidades de información para la gestión velando por el uso de una metodología apropiada para los sistemas de información y de una tecnología moderna para el tratamiento de datos y textos. Se organizará la información y orientación del personal en todos los escalones para que pueda participar activamente y con la eficacia en el proceso de gestión, así como para prestar apoyo a los países en la aplicación de sus estrategias de salud para todos.

Los Fondos del Director General y de los Directores Regionales para Actividades de Desarrollo se utilizarán para facilitar capital de lanzamiento a los países, con el que éstos puedan sufragar los costos iniciales de programas realmente innovadores o de otras actividades de importancia que presenten gran interés para la aplicación de sus estrategias nacionales de salud para todos, incluidas las actividades

que probablemente hayan de atraer un volumen considerable de fondos externos. En las estrategias regionales y mundial de salud para todos y en los planes de acción para su aplicación se indican los tipos de acción nacional innovadora que podrían hacer a los países acreedores de una ayuda inicial con cargo a esos fondos.

Se establecerán acuerdos de colaboración, según un criterio selectivo, con las otras organizaciones de las Naciones Unidas interesadas. Estos acuerdos tendrán por objeto fomentar la acción intersectorial en apoyo de las estrategias de salud para todos y conseguir que esas estrategias contribuyan al desarrollo socioeconómico en general y al establecimiento y mantenimiento del Nuevo Orden Económico Internacional. Incluirán esfuerzos de colaboración las Naciones Unidas y sus comisiones económicas regionales, el UNICEF, el Banco Mundial y los bancos de desarrollo regionales, el PNUD, el PNUMA, la OIT, la FAO, el PMA, la UNESCO, el FNUAP y la ONUDI, individualmente o en grupos, en relación con asuntos específicos encaminados a fomentar el desarrollo socioeconómico y sanitario. Se establecerán acuerdos análogos con organizaciones intergubernamentales, con organizaciones no gubernamentales que mantengan relaciones oficiales con la OMS y , juntamente con los gobiernos interesados, con organizaciones no gubernamentales nacionales con miras a conseguir su participación en la aplicación de esas estrategias. Se entrará en contacto con organismos de financiación bilaterales y multilaterales con el fin de conseguir fondos externos para ayudar a los países en desarrollo a aplicar estrategias nacionales de salud para todos perfectamente definidas. Se asegurará la coordinación en todos los escalones orgánicos entre los mecanismos existentes para atraer fondos externos para la salud, se prestará apoyo a la formulación por los países en desarrollo de sus necesidades en materia de recursos externos, en una forma que resulte aceptable para los organismos de financiación, y se señalarán a la atención esos organismos las necesidades prioritarias de los países en desarro-

llo.

La OMS tomará parte en las actividades sanitarias de las operaciones de socorros de urgencias destinadas a los países que atraviesen periodos difíciles, así como en los esfuerzos encaminados a preparar mejor a los países para esos casos de urgencia.

La gestión ejecutiva velará por que todas las actividades de la Organización se lleven a cabo de conformidad con la Constitución y con las disposiciones del derecho internacional y por que con sus cuentas sean debidamente intervenidas." 122/

#### II.4. 2. Política sanitaria y desarrollo

"Cada país tendrá que establecer su política sanitaria, como parte de la política general de desarrollo socioeconómico y habida cuenta de sus propios problemas y posibilidades, circunstancias particulares, estructuras sociales y económicas, y mecanismos políticos y administrativos. Cualquiera que sea el proceso, cada país ha de especificar sus metas y prioridades de salud, después de haber identificado y analizado cuidadosamente sus problemas de salud y su capacidad socioeconómica para abordarlos. A la luz de este análisis podrá señalar las principales orientaciones para alcanzar esas metas." 123/

"La adopción de una política sanitaria correcta favorece la política socioeconómica general; así, en la política general de desarrollo del país se da prioridad, por ejemplo, el desarrollo rural, la urbanización o la industrialización, la política sanitaria debe prestar atención preferente a esas prioridades." 124/

"La Estrategia incorpora las posibilidades internacionales y nacionales

encaminadas a conseguir una distribución equitativa de los recursos de salud y a reducir la distancia entre la situación sanitaria de las poblaciones de los países en desarrollo, por una parte, y la de los países desarrollados por otra. Así pues, la Estrategia contribuirá a reducir las diferencias de situación socioeconómica entre los países en desarrollo y los desarrollados." 125/

"Los ministerios de salud aprovecharán todas las oportunidades para conseguir el apoyo de las instituciones y los planificadores económicos, haciéndose comprender que la salud es indispensable para el desarrollo y contribuye a la producción, y refutando la idea de la búsqueda de la salud se traduce simplemente en el consumo de los escasos recursos disponibles, para utilizarlos en una asistencia médica de utilidad marginal que no ejerce efectos en la salud de la población. Los ministerios de salud procurarán además, mediante el empleo de personal especializado si fuese necesario, conseguir que las necesidades de salud y las medidas de protección de la misma formen parte integrante de los proyectos de desarrollo, teniendo en cuenta la relación costo/eficacia, por ejemplo en los planes de riego, embalses y proyectos de desarrollo industrial, tanto en los países en desarrollo como en los desarrollados." 126/

"Los ministerios de salud tratarán, pues, de conseguir de sus gobiernos que se comprometan no sólo a ejecutar su propia estrategia, sino a cooperar plenamente con otros países en la aplicación de la Estrategia Mundial.

Esa forma de cooperación reviste particular importancia para los países en desarrollo tanto en el aspecto técnico (CTPD) como en el económico (CEPD)." 127/

#### II.4.3. Política sanitaria, desarrollo y atención primaria

"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." 128/

"El apoyo político a atención primaria de salud supone algo más que la aprobación oficial del gobierno y de los dirigentes de la comunidad. Exigen una nueva orientación de las estrategias nacionales de desarrollo sanitario. En particular para los países en desarrollo, esto impone la necesidad de aumentar la transferencia de recursos de salud a esa parte más numerosa de la población que se encuentra insuficientemente atendida y, al mismo tiempo, aumentar el presupuesto nacional de salud hasta que la atención sanitaria esencial quede al alcance de todas las personas. Gran parte de ese aumento se habrá de consagrar a las instituciones que prestan apoyo directo a la atención primaria de salud." 129/

"Es, por tanto, necesario proceder con flexibilidad en la elección de métodos de financiación de la atención primaria de salud. Cada país ha de establecer los suyos propios, según las circunstancias y las ideas en él imperantes, analizando la experiencia de los demás en relación con sus propias condiciones políticas, sociales y económicas, efectuando los ensayos necesarios y comunicando a los demás el resultado de esos ensayos. Por ejemplo, en muchos países, incluso un ligero aumento de la productividad de amplios sectores de la socie-

dad modificaría sus características de consumo y les permitiría asumir parte de la carga financiera que supone el desarrollo económico. En algunas sociedades, si la población estuviera verdaderamente interesada y preparada sería posible hacer un uso mayor de servicios voluntarios para diversas actividades de salud, inclusive la organización del abastecimiento de agua en las ciudades o la colaboración en la asistencia sanitaria." 130/

#### II.4.4 Política sanitaria y atención primaria

La Conferencia,

Consciente de que, para fomentar y sostener la atención primaria de salud y superar los obstáculos que se oponen a su aplicación, son necesarios una solidaridad y un apoyo internacionales enérgicos y coordinados, y

Enterada con satisfacción de las ofertas de colaboración procedentes de las organizaciones del sistema de las Naciones Unidas así como de otras fuentes de cooperación.

RECOMIENDA que las organizaciones internacionales, los organismos multilaterales y bilaterales, las organizaciones no gubernamentales, las entidades de financiación y otras partes interesadas en la salud internacional, actuando de manera coordinada, estimulen y ayuden a los países a hacer suya una política de atención primaria de salud y encaucen hacia ésta una mayor asistencia técnica y financiera, dejando enteramente a los propios países que coordinen esos recursos con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación y aprovechando al máximo los recursos locales disponibles." 131/

"Es imprescindible una decidida participación nacional en la atención

primaria de salud y es preciso exponer con claridad lo que esa participación entraña. Se ha puesto de manifiesto que la atención primaria de salud tiene muchos aspectos y consecuencias que exceder en gran medida los aspectos técnicos. Por consiguiente, son necesarias estrategias nacionales que tengan en cuenta todos los factores tanto los políticos, sociales y económicos como los técnicos, y que contribuyan a la superación de toda clase de obstáculos. Tales estrategias deben orientarse a crear un clima que haga viables los objetivos, las metas y las actividades de la atención primaria de salud. También reviste importancia la ayuda internacional para promover este clima y ayudar a los distintos gobiernos a superar las dificultades que encuentren."

132/

"El éxito de la estrategia dependerá en definitiva de que refleje la plena participación del gobierno en su conjunto. Dicha participación es importante para organizar y poner en ejecución la estrategia y para mantener su impulso. La existencia de una voluntad política así es fundamental para garantizar la asignación preferente de recursos a la atención primaria de salud, para garantizar asimismo el apoyo a las comunidades en la planificación de sus propios programas de asistencia sanitaria y para asegurarse de que todos los sectores participantes coordinan sus esfuerzos. Ahora bien, si no hay posibilidad de desarrollar las estrategias de conformidad con un proceso estrictamente nacional de adopción de decisiones, puede ser necesario recurrir a un procedimiento pragmático a fin de aprovechar todas las oportunidades de introducir la atención primaria de salud cuando y donde sea factible." 133/

"Conviene estimular a las organizaciones nacionales no gubernamentales para que financien la atención primaria y los servicios complementarios. Del mismo modo, el apoyo financiero exterior que necesitan

muchos países debería orientarse en la misma dirección. Ese apoyo financiero puede consistir en préstamos y subvenciones de origen bilateral y multilateral, pero los países habrán de sopesar las ventajas y los inconvenientes de aceptarlo. Además de facilitar fondos para uso inmediato, la financiación exterior puede estimular la asignación de más fondos nacionales, facilitando así la implantación de programas para todo el país y acelerando la cobertura total de éste. Sin embargo, conviene velar por que la financiación exterior no reemplace los esfuerzos nacionales que se necesitan para garantizar la continuidad y el ulterior desarrollo de la atención primaria de salud." 134/

"Si bien la idea básica de la atención primaria de salud es de carácter universal, no existe ninguna fórmula que sea universalmente aplicable a los programas de atención primaria, ya que cada uno de ellos representa un esfuerzo nacional especialmente destinado a hacer frente a una situación determinada. Lo que se hace en un país no siempre se puede trasplantar a otro para lograr en él los mismos resultados. No obstante, de las experiencias nacionales surgen ciertos factores que pueden servir de guía en otras partes, por lo que la cooperación internacional en este sector puede ser provechosa." 135/

"Al determinar las prioridades, hay que elegir el mejor medio para conocer la opinión de toda la comunidad. Una vez determinadas las prioridades, hay que decidir si se han de poner en ejecución todas a un tiempo o por etapas. Desde luego, esto dependerá de los recursos disponibles. Hay que adoptar decisiones sobre la obtención de recursos locales en metálico y en especie y se han de calcular los que se puedan conseguir de otros niveles del sistema de salud y del gobierno central. Es asimismo necesario decidir quien se encargará de las relaciones con los demás escalones del sistema de salud: si lo hará

el personal sanitario, a nivel técnico, o los dirigentes de la comunidad en el orden político, o tanto aquél como éstos." 136/

#### II.4. 5' Grupos prioritarios

"El procedimiento que consiste en identificar y dedicar especial atención a los individuos o grupos que, por razones biológicas, ambientales o socioeconómicas, se hallan especialmente expuestos a sufrir daños en salud, a contraer una enfermedad determinada, o a ver insuficientemente atendidos sus problemas de salud, se conoce con el nombre de criterio del riesgo. Este criterio se ha resumido con la siguiente fórmula: "Algo para todos, pero más para los necesitados, en proporción a sus necesidades"." 137/

"La Conferencia,

Reconociendo las necesidades especiales de aquellos que, por razones geográficas, políticas, sociales o financieras, están menos capacitados para buscar asistencia de salud por propia iniciativa, y sumamente preocupada por los grupos más vulnerables o más expuestos.

RECOMIENDA que, como parte de la cobertura total de las poblaciones mediante la atención primaria de salud, se atribuya alta prioridad a las necesidades especiales de las mujeres, los niños, los trabajadores muy expuestos y los sectores desfavorecidos de la sociedad; y que se prosigan las actividades necesarias para identificar sistemáticamente, en el seno de todos los hogares y lugares de trabajo, a las personas más expuestas, a fin de prestarles atención permanente y eliminar los factores que contribuyan al mal estado de salud." 138/

"Al mismo tiempo, en todo el mundo existen grupos desfavorecidos que

no tienen acceso a ninguna forma permanente de atención de salud. Esos grupos, localizados principalmente en las zonas rurales y los barrios urbanos míseros, representan en conjunto, probablemente, las cuatro quintas partes de la población mundial. En algunos países, aunque existen establecimientos de salud físicamente accesibles para esos grupos, la imposibilidad de pagar o los tabúes culturales los sitúan fuera de su alcance." 139/

#### II.4.6 Política sanitaria y participación de la comunidad

"La Declaración de Alma-Ata se refiere a la autorresponsabilidad de los individuos, las comunidades y las autoridades nacionales en materia de atención primaria de salud. Esta autorresponsabilidad supone su voluntad de asumir la responsabilidad de su propio desarrollo sanitario, la adopción de medidas cuyo significado comprendan y que sean aceptables para ellos, el conocimiento de sus propios recursos y fuerzas y de la forma de utilizarlos, y el conocimiento en qué ocasiones y con qué fin deben pedir el apoyo y la cooperación de otros. La autorresponsabilidad debe distinguirse de la autosuficiencia, es decir, el hecho de depender exclusivamente de los propios recursos y las propias fuerzas." 140/

"La Conferencia,  
Persuadida de que la autorresponsabilidad y la conciencia social nacional y comunitaria son factores fundamentales del progreso humano, y reconociendo que el pueblo tiene el derecho y el deber de participar en el proceso de mejorar y conservar su salud.

RECOMIENDA que los gobiernos estimulen y aseguren la plena participa-

ción de la comunidad mediante la difusión eficaz de la información pertinente, el incremento de la alfabetización y el establecimiento del marco institucional necesario que permita a los individuos, las familias y las comunidades hacerse responsables de su salud y bienestar." 141/

"Los representantes de la comunidad en la administración local deben velar por que los intereses comunitarios se tengan debidamente en cuenta al planificar y ejecutar programas de desarrollo. De gran importancia es el principio de que los servicios públicos deben responder de su gestión ante las comunidades a que sirven, en particular en cuanto al uso que se haga de los recursos que las comunidades hayan invertido. La conveniencia de coordinar a nivel local las actividades de los diversos sectores que intervienen en el desarrollo socioeconómico, y el papel importantísimo de la comunidad en el logro de esa integración, hacen que la participación comunitaria sea un elemento esencial de la atención primaria de salud." 142/

"Una comunidad se compone de personas que viven juntas, en una u otra forma de organización y cohesión sociales. Sus miembros comparten, en distintos grados, características políticas, económicas, sociales y culturales, así como intereses y aspiraciones, incluida la salud. Las comunidades varían mucho en cuanto a su magnitud y perfil socioeconómico, y pueden habitar en caseríos aislados o en aldeas más organizados, en pueblos o en ciudades." 143/

"La confianza en el propio esfuerzo y la conciencia social son factores clave en el progreso humano. La participación de la comunidad en el establecimiento de normas y en la planificación, ejecución e inspección de programas de desarrollo es hoy día una práctica muy aceptada. Sin embargo, esa práctica se entiende e interpreta de distintas maneras

en distintos países, por cuanto en ella influyen mucho la estructura política general y la situación socioeconómica. Los estudios de casos sobre participación de la comunidad realizados por el Comité Mixto UNICEF/OMS de Políctia Sanitaria han contribuido a resaltar y aclarar el papel que la participación colectiva desempeña en la atención primaria de salud." 144/

"La participación de la comunidad es el proceso en virtud del cual los individuos y las familias asumen responsabilidades en cuanto a su salud y bienestar propios y los de la colectividad, y mejoran la capacidad de contribuir a su propio desarrollo económico y al comunitario. Llegan a conocer mejor su propia situación y a encontrar incentivo para resolver sus problemas comunes. Esto les permite ser agentes de su propio desarrollo, en vez de beneficiarios pasivos de la ayuda al desarrollo. Para ello, han de comprender que no tienen por qué aceptar soluciones convencionales inadecuadas, sino que pueden improvisar e innovar para hallar soluciones convenientes. Han de adquirir la aptitud necesaria para evaluar una situación, ponderar las diversas posibilidades y calcular cuál puede ser su propia aportación. Ahora bien, así como la comunidad ha de estar dispuesta a aprender, el sistema de salud tiene la función de explicar y asesorar, así como dar clara información sobre las consecuencias favorables y adversas de las actividades propuestas y de sus costos relativos." 145/

"La Declaración de Alma-Ata y diversas doctrinas elaboradas por los Estados Miembros en la Organización Mundial de la Salud y en otros organismos internacionales contienen ciertos principios fundamentales para el desarrollo de la salud, entre los cuales figuran los siguientes: La responsabilidad de los gobiernos en cuanto a la salud de sus poblaciones; el derecho y el deber de las personas a participar individual y colectivamente en el desarrollo de la salud; el deber de los gobiernos y de las profesiones sanitarias de facilitar al público

información pertinente en materia de salud, para que la población pueda asumir una mayor responsabilidad en cuanto a su propia salud; la autodeterminación y autorresponsabilidad individuales, comunitarias y nacionales en materia de salud; la interdependencia de los individuos, las comunidades y los países basada en su común preocupación por la salud; una distribución más equitativa de los recursos de salud dentro de los países y entre éstos, incluida su asignación preferente a los sectores sociales más necesitados, con el fin de que el sistema sanitario proteja debidamente a toda la población; la atribución de mayor prioridad a una acción preventiva bien integrada con medidas curativas, de rehabilitación y de higiene del medio; la práctica de las oportunas investigaciones biomédicas y sobre servicios de salud, y la pronta aplicación de sus resultados; la aplicación de una tecnología apropiada mediante programas de salud bien definidos e integrados en un sistema sanitario de alcance nacional, basado en la atención primaria de salud y en los principios mencionados; la orientación social de los agentes de salud de todas las categorías al servicio de la población y su formación técnica, que ha de capacitarles para prestar a la población los servicios previstos." 146/

"Deben adoptarse medidas para conseguir la participación libre y consciente de la comunidad, de modo que, sin perjuicio de la responsabilidad general que incumbe a los gobiernos por la salud de la población, los individuos, las familias y las comunidades asuman una mayor responsabilidad por su propia salud y bienestar, incluida la autoasistencia. Esa participación no sólo es deseable, sino que constituye una necesidad social, económica y técnica. En consecuencia, los gobiernos deberán idear medios apropiados para fomentar dicha participación, apoyándola, difundiendo de manera eficaz la información pertinente y estableciendo o fortaleciendo los mecanismos necesarios. Los gobiernos, las instituciones y los miembros de las profesiones sanitarias, así

como los organismos interesados en la salud y el desarrollo, deberán adoptar, por tanto, medidas para informar al público en materia de salud con el fin de que la población pueda participar individual y colectivamente, como es su derecho y su deber, en la planificación, la ejecución y la vigilancia de las actividades relativas a su salud y al desarrollo social. Al establecer la estrategia correspondiente, cada país deberá tener en cuenta sus participaciones culturales y sociales y su propio sistema político. Puede ser útil, como parte de la participación de la comunidad en el proceso de formulación de políticas sanitarias nacionales, recabar el concurso, en las actividades locales, regionales y nacionales apropiadas, de dirigentes políticos, sociales y locales, así como de organizaciones, de la industria, de los medios laborales, de profesiones pertinentes y del personal de los medios de información pública." 147/

"La participación de la comunidad en el establecimiento y la aplicación de la estrategia nacional de salud para todos supone la participación de las personas que desempeñan en el seno de la sociedad una función técnica en relación con la salud. Se desplegarán que, debidamente motivadas, pueden ejercer poderosa influencia tanto en las autoridades como en el público general, mientras que si no se las movilizan pueden constituir un grave obstáculo." 148/

"Se enumeran a continuación algunas de las medidas que cabe aplicar para fomentar la participación de la comunidad:"

1) delegación de responsabilidad, autoridad y recursos para establecer la atención primaria de salud en la comunidad, de modo que guarde estrecha relación con la verdadera situación de los habitantes de la comunidad;

2) creación de consejos de salud de la comunidad, compuestos de una

muestra representativa de la población de la comunidad, encargados de establecer la atención primaria de salud y de vigilar su aplicación:

3) fomento de la responsabilidad de la población para la autoasistencia individual y familiar, adoptando un estilo de vida sano y aplicando principios adecuados de higiene y nutrición;

4) delegación de responsabilidad y recursos de las comunidades para que puedan ejecutar ciertos componentes de los programas de salud previamente designados, tales como los rociamientos con insecticidas contra el paludismo y el suministro de alimentos adecuados para los niños menos atendidos;

5) establecimiento de mecanismos para que la población pueda participar en el plano nacional en la adopción de decisiones sobre el sistema de salud del país y la tecnología para la salud, utilizando para ello los cauces sociales y políticos aceptados;

6) inclusión de representantes de la población en los consejos de salud nacionales o de los escalones intermedios;

7) elección de miembros del público para que formen parte de los órganos deliberantes de las instituciones de salud." 149/

"Asimismo hay que establecer el tipo de formación básica que deben recibir los miembros del equipo de salud y durante cuánto tiempo; cómo se va a organizar su formación continua, quién la organizará y quién la habrá de impartir; quién será nombrado jefe de grupo; cómo se incorporará a los individuos y a las familias en el equipo de salud para que se conviertan en plenos colaboradores de su propio desarrollo sanitario, y cómo y por quién van a ser instruidos en los temas sanitarios." 150/

Con absoluta independencia de la evaluación efectuada por los responsables del desarrollo de la salud en los servicios de salud, la evaluación a cargo de la misma comunidad puede ser un instrumento muy útil. Por ejemplo, en un país determinado la evaluación de un programa sanitario ocurrió a cargo de un comité de salud de distrito durante un seminario celebrado en la comunidad. En el seminario se examinaron los resultados del programa durante un año y se preparó un plan de acción mejorado que fue aprobado por cada comunidad después del correspondiente examen. Ese tipo de evaluaciones a cargo de la comunidad puede resultar útil siempre que se ejecuten programas de atención primaria, cosa que deben tener presente en cada país los responsables de aplicar el elemento de evaluación del proceso de gestión para el desarrollo de la salud. Se describe a continuación, a grandes rasgos, una de las formas en que las comunidades pueden efectuar esa evaluación.

Cabe formular las siguientes preguntas:

- ¿Está orientado el programa hacia los problemas más prioritarios de la comunidad?
- ¿Se utilizan en el programa métodos que pueda aplicar y sufragar exactamente la comunidad interesada?
- ¿Existe algún otro programa o servicio que pueda representar otra posible solución para los problemas de salud de la comunidad?
- ¿En las actividades y su calendario de ejecución ¿se han tenido en cuenta las condiciones particulares de la comunidad?
- ¿Acepta la comunidad el conjunto de indicadores que se afirma son aplicables en la comunidad?
- ¿Se dispone de un suministro adecuado de los medicamentos necesarios?

en la comunidad?

La comunidad debe examinar si las actividades se ejecutan de conformidad con el plan previsto. A ese respecto, se presentan los siguientes ejemplos:

- Si un agente de la comunidad ha sido seleccionado, ha sido adiestrado y desempeña sus funciones a plena satisfacción de la comunidad;
- Si se ha construido el número de pozos fijado como meta;
- Si se ha reducido la mortalidad infantil;
- Si el consultorio local tiene siempre en existencia los medicamentos esenciales necesarios.

Deben formularse preguntas para averiguar las razones por las que no se han alcanzado ciertas metas y para determinar qué acciones correctivas propone la comunidad.

Se trata de analizar la medida en que se han alcanzado en la comunidad los objetivos de salud. Es posible que la comunidad necesite la ayuda de funcionarios de salud para organizar el acopio de datos y analizarlos con el fin de evaluar las mejoras obtenidas en el estado de salud, utilizando los indicadores de la situación sanitaria y los que permitan medir la prestación de asistencia sanitaria. Por ejemplo, la tasa de mortalidad infantil es un indicador de la situación sanitaria general de uso común, que puede calcularse a partir de los datos disponibles sobre el número de defunciones registradas entre niños de menos de 1 año de edad, en comparación con el número total de niños nacidos vivos durante el año." 151/

#### II.4.7 Política sanitaria y estrategias

"Es evidente que la salud para todos debe alcanzarse dentro de los países ; sin embargo, el logro de esta meta social en todo el mundo

exige la colaboración y el apoyo internacionales. En consecuencia, y de conformidad con la política según la cual la acción internacional ha de basarse en las necesidades reales de los países, se propone que las estrategias sean formuladas ante todo y sobre todo por los propios países. Fundándose en esos planes de acción y estrategias nacionales, y en apoyo de éstos, se establecerán después colectivamente las estrategias regionales y mundiales. Se comprende que las políticas, las estrategias y los planes de acción nacional, así como las estrategias regionales, presentarán amplias diferencias según las aspiraciones y posibilidades de los países. Al mismo tiempo, para que la meta pueda ser alcanzada por todos los países, colectiva e individualmente, es necesario establecer un marco común en el que puedan formular sus estrategias y planes de acción. El presente documento quiere ser justamente ese marco común flexible." 152/

"Las estrategias deben comprender la identificación sistemática, la utilización de los puntos de iniciación que más favorezcan el desarrollo de la salud, de los medios para conseguir la participación otros sectores que influyen en la salud y de los diversos factores políticos, sociales, económicos, administrativos y técnicos, así como la determinación de los obstáculos y las limitaciones, y la manera de superarlos. La estrategia nacional comprende la identificación y el aprovechamiento de todos los factores y condiciones favorables; así como el reconocimiento de las limitaciones y la localización de los obstáculos existentes o posibles que puedan impedir el logro de las metas nacionales. El modo de superar las dificultades indicadas dependerá de la naturaleza de éstas." 153/

"El compromiso político nacional se verá reforzado por la cooperación técnica entre los países y por el apoyo político internacional. La

voluntad de cooperar en otros países para alcanzar las metas sanitarias colectivas y de prestar apoyo internacional con ese fin exige también el compromiso político de los gobiernos. Ello supone que éstos habrán de estar dispuestos a lograr que la política sanitaria sea compatible con los acuerdos internacionales en materia de salud, y a compartir sus exigencias con otros países." 154/

"También en los planos regional y mundial se vigilará y evaluará la estrategia. De esa manera los países colaborarán en la evaluación de los progresos conseguidos colectivamente en las regiones y en todo el mundo hacia la meta de la salud para todos. En estos planos, la vigilancia y la evaluación estarán basadas en la información recibida de los países. Este proceso de cooperación facilitará a todos los países información sobre la situación sanitaria y socioeconómica predominante, y permitirá decidir si deben efectuarse modificaciones en la política sanitaria internacional y en la Estrategia Mundial." 155/

"Los gobiernos estudiarán la manera de fortalecer las atribuciones de sus ministerios de salud o autoridades análogas.

Los ministerios u órganos análogos:

- 1) tomarán iniciativas encaminadas a conseguir el compromiso total de sus gobiernos en favor de la aplicación de la Estrategia en el país;
- 2) Se esforzarán por conseguir el apoyo de personalidades públicas y órganos adecuados;
- 3) propondrán mecanismos apropiados para garantizar la acción intersectorial necesaria en apoyo de las Estrategias;
- 4) se esforzarán por conseguir el apoyo de las instituciones y los planificadores económicos;

- 5) procurarán obtener el apoyo de los grupos profesionales;
- 6) establecerán un proceso sistemático y permanente de gestión para el desarrollo de la salud, así como los mecanismos apropiados a estos efectos;
- 7) tratarán de orientar las investigaciones hacia los problemas que requieren solución para aplicar la Estrategia;
- 8) difundirán información que pueden inclinar a sus destinatarios en favor de la Estrategia.

Los comites regionales:

- 1) estudiarán la conveniencia de adoptar cartas regionales de salud si todavía no lo han hecho;
- 2) promoverán la Estrategia entre las agrupaciones geopolíticas de países en las respectivas regiones.

El Consejo Ejecutivo adoptará las medidas adecuadas para conseguir que el Consejo Económico y Social y la Asamblea General de las Naciones Unidas tengan presente la Estrategia; vigilará la aplicación de la resolución 34/58 de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la salud como parte integrante del desarrollo.

La Asamblea de la Salud examinará los informes del Consejo sobre los asuntos mencionados y orientará al Consejo con respecto a las medidas que

El director General:

- 1) mantendrá al corriente al Consejo Económico y Social y a la Asamblea

General de las Naciones Unidas de los progresos realizados en la aplicación de la Estrategia y de la resolución 34/58 de la Asamblea General sobre la salud como parte integrante del desarrollo, así como de la resolución 36/43 de la Asamblea General relativa a la Estrategia, adoptada en noviembre de 1981;

2) establecerá contacto con los jefes ejecutivos de las organizaciones y los órganos del sistema de las Naciones Unidas para conseguir que esas partes del sistema adopten medidas en apoyo de la Estrategia en sus respectivas esferas de acción;

3) entrará en contacto con las agrupaciones geopolíticas de países que rebasen los límites regionales;

4) entrará en contacto con los organismos bilaterales y multilaterales para obtener su apoyo económico a la Estrategia;

5) facilitará información a las organizaciones no gubernamentales y procurará obtener por conducto de ellas el apoyo de los grupos profesionales;

6) prestará apoyo al proceso de gestión para el desarrollo nacional de la salud;

7) procurará que los Comités Consultivos de investigaciones Médicas regionales y mundial apoyen plenamente la Estrategia;

8) procurará difundir información apropiada, tanto de carácter técnico como de divulgación popular;

9) aprovechará todas las ocasiones que se presenten para facilitar la CTPD en apoyo de la Estrategia;

10) velará por que se emplee la Estrategia en la cooperación con otros

organismos intergubernamentales en apoyo de la nueva Estrategia Internacional del Desarrollo y del establecimiento del Nuevo Orden Económico Internacional". 156/

"Las actividades prioritarias de la Organización se derivarán de un atento análisis efectuado juntamente con los países de sus necesidades en materia de apoyo en favor de sus estrategias de salud para todos en el año 2000, necesidades que se traducirán en la respuesta de la OMS dentro de cada uno de los programas correspondientes a la Organización; esas prioridades se derivarán también de una selección cuidadosa de los procedimientos que deberán aplicarse, individualmente o en combinación según proceda, para cada programa, con miras a conseguir que todos los programas apoyen realmente el establecimiento gradual por los países de sistemas completos de salud basados en la atención primaria. La aplicación oportuna de esos criterios debe contribuir de manera decisiva a determinar las actividades prioritarias de la Organización, en particular durante los procesos vinculados de la programación a plazo medio y de la preparación del presupuesto por programas. Sin embargo, en último análisis, el orden de prioridad que se establezca entre las actividades de la Organización y la índole y extensión de la participación de la OMS dependerá de las prioridades fijadas por los mismos Estados Miembros. En el plano de los países, el establecimiento de las prioridades entre los diferentes programas es una decisión nacional que los gobiernos toman normalmente previa consideración de las condiciones epidemiológicas, ambientales y sócioeconómicas del país y del estado de desarrollo de su sistema de salud, teniendo en cuenta lo que es realizable en el país con los métodos de que ya se dispone y a un costo asequible. En los escalones regional y mundial desempeñan un papel importante en el establecimiento de esas prioridades los comités regionales, el Consejo Ejecutivo y la Asamblea de la Salud.

Guarda estrecha relación con la cuestión de las prioridades el establecimiento de metas. Para la OMS las metas sólo pueden tener sentido si están basadas en metas nacionales pero, en esta fase, pocos países las han definido con bastante precisión en conexión con sus estrategias de salud para todos para que la OMS pueda fijar sobre su base las metas mundiales. Las metas para cada programa del Séptimo Programa General de Trabajo deben considerarse, pues, como metas ideales que, a juicio de la Organización, sus Estados Miembros podrían alcanzar para la fecha indicada. Una vez más, en fin de cuentas, esas metas solo serán realistas cuando resulten de la síntesis de las metas nacionales definidas por los países como parte de sus estrategias de salud. La aplicación por los países de un proceso de gestión para el desarrollo de salud les ayudará a fijar unas metas nacionales realistas" 157/

"Mantener la unidad de la dirección y la acción de política general entre la diversidad de los Estados Miembros de la OMS es la tarea, a veces desalentadora, que incumbe a los órganos deliberantes; la Asamblea Mundial de la Salud, los seis comités regionales y el Consejo Ejecutivo. Aunque la estructura regional peculiar de la OMS debería en teoría permitir al conjunto de la Organización responder de manera sensible y eficaz a las necesidades de los distintos Estados Miembros, ocurre en la práctica que la disparidad entre, por una parte, los propósitos expresados en forma de resoluciones de la Asamblea de la Salud y de los Comités regionales y, por otra, la acción sanitaria en el plano de los países es con frecuencia demasiado grande para ser aceptable. Aunque se están corrigiendo muchos de esos defectos, incumbirá a los órganos deliberantes la tarea de mantener y aumentar el impulso que ha adquirido la Organización en su marcha hacia la salud para todos, pese a los obstáculos imprevistos e imprevisibles que se opondrán a la conversión de las políticas de salud en acción y pese a los inevitables reveses." 158/

## Comentario

En la política sanitaria no se plantean elementos novedosos en su esencia. Las decisiones continuarán siendo tomadas por los mismos y la comunidad "participará" ó "intervendrá" en la medida que les sea permitido, en general se propone que "participen" dando su apoyo a las decisiones que ya se han tomado.

Una preocupación sí es innegable, la necesidad de ser más racionales en las decisiones de manera que se pueda llegar a ser más eficaces, eficientes, coherentes, convincentes, capaces de generar legitimación.

Por parte de estas formulaciones de política sanitaria no existe una declaración autónoma de salud y desarrollo y su consecuente que hacer. Sucede que nada está cuestionado en términos políticos todo se quedará como está, lo nuevo es que se buscará prestar asistencia a los grupos más desfavorecidos del sistema económico; esto es, las acciones de política sanitaria puesta al servicio de la redistribución de las partes de la ganancia que el sistema económico capitalista considera necesaria para controlar las demandas mínimas de las mayorías que viven en la extrema pobreza.

Por lo anterior no es difícil comprender por qué las mayorías no podrán PARTICIPAR realmente en la obtención de la Meta, "Salud para Todos" las decisiones y definiciones ya fueron dadas, a la comunidad sólo le corresponde aportar sus esfuerzos para apoyar las decisiones que fueron tomadas por otros para beneficio de "todos".

II.5 En este espacio presento algunos contenidos del Documento Oficial No. 173, "Salud para Todos en el Año 2000 ESTRATEGIAS" de la Organización Panamericana de la Salud, Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. 1980.

El documento en cuestión tiene dos partes:

## PARTE I

### Capítulo 1. Evolución del sector salud en los años setenta

- 1.1. Evolución del desarrollo socioeconómico
- 1.2. Análisis de la evolución demográfica
- 1.3. Análisis de la mortalidad y de la morbilidad
- 1.4. Evolución de la alimentación y nutrición
- 1.5. Evolución de la extensión de la cobertura
- 1.6. Evolución de la salud ambiental
- 1.7. Desarrollo de la ciencia y la tecnología
- 1.8. Desarrollo de recursos humanos
- 1.9. La articulación intersectorial
- 1.10 Gastos y financiamiento del sector salud
- 1.11 La cooperación internacional

### Capítulo 2 Estrategias para alcanzar la Meta de Salud para Todos en el Año 2000

- 2.1. La meta: "Salud para Todos en el Año 2000"
- 2.2. El probable escenario socioeconómico
- 2.3 Implicaciones del probable escenario para la meta de salud y sus estrategias
- 2.4 Formas de expresión de la meta

- 2.5. Estrategia principal: atención primaria y sus componentes
- 2.6. Componentes prioritarios de las estrategias nacionales de la atención primaria
- 2.7. Estrategias de cooperación entre varios países
- 2.8. Mecanismos regionales de apoyo para las estrategias

## PARTE II

1. Los aspectos sociales y ambientales de la región de las Américas
2. Evaluación del Plan Decenal de Salud para las Américas, 1980
3. Las implicaciones de la meta de Salud para Todos en el Año 2000 y del nuevo orden económico internacional
4. Método para el análisis de estrategias y la preparación de un plan de trabajo para la atención primaria de salud
5. Objetivos para los sectores sociales y de salud
6. Metas mínimas regionales de salud
7. Resumen de las estrategias regionales de salud para todos en el año 2000
8. Implicaciones de las estrategias regionales de salud a niveles nacional, regional y global.

II.5.1 Con relación al problema del desarrollo destacan en el documento No. 173 los siguientes aspectos:

En América Latina el crecimiento económico durante el decenio 1970 alcanzó un promedio anual del 6%.

- El producto interno bruto (PIB) creció hasta el 7%, solo en el año 1973-1974 descendió a 4.5%; en 1979 volvió a subir a 6.5%.
- El producto per capita aumentó sólo 3.2% en lugar de 3.5% previsto debido a que el crecimiento demográfico fue de 2.7%, cifra superior a la programada.
- La balanza de pagos fue deficitaria para la mayoría de los países, con excepción de los exportadores de petróleo
- En la mayoría de países se intensificó el problema inflacionario.
- Las importaciones, exportaciones, inversiones y cambios tecnológicos aumentaron en América Latina, en estos asuntos la función tanto de las compañías transnacionales como de la banca privada internacional ha tenido significativa importancia.
- La deuda externa que en 1965 era de alrededor de 10.000 millones, pasó en 1979 a aproximadamente 100.000 millones.
- La producción agrícola no alcanzó un crecimiento medio anual de 3.5% y no el 4% como se habría programado
- La producción manufacturera en promedio anual no llegó al 7%, la meta programada fue de 8%.

En el documento se afirma: "En medida considerable el potencial de crecimiento, que como un todo registra la región durante el decenio de 1970, refleja el desarrollo constante, aunque desigual de la capacidad productiva del continente y la evolución de sus mecanismos económicos de defensa, no obstante, siguen siendo muy evidentes la vinculación y el grado de interdependencia de las economías de América Latina con relación al resto del mundo, y su sensibilidad a la expansión y contracción de la economía de los países industrializados.

Uno de los rasgos destacados del desarrollo económico de América Latina durante el decenio de 1970 fue la persistencia de la inflación a partir de 1973-74. Durante los primeros 4 años del decenio, los precios del consumidor subieron a un promedio del 21% en toda la región, durante los 6 años siguientes la tasa de inflación subió a más del doble y en ningún año fue inferior al 40%. Los salarios reales bajaron, lo que impuso grandes sacrificios a la población trabajadora más vulnerable." 159/

II.5.2. El problema salud-enfermedad de América Latina es considerado desde los siguientes puntos de vista:

II.5.2.1 Evolución demográfica. Los 615 millones de habitantes de América Latina representarán el 138% de la población mundial, se espera que en el año 2000 el número de latinoamericanos sea 898 millones.

A pesar de la disminución observada, permanecen tasas altas de fecundidad, aunadas al descenso de las tasas de mortalidad brutas, esto se expresa en un aumento de la esperanza de vida al nacer, la cual alcanzó un promedio para la región durante el quinquenio 1975-80,

los 67 años.

Lo anterior ha traído como resultado cambios en la estructura por edades de la población, la población menor de 15 años proporcionalmente es menor, en la década 1970-1980 pasó de un 36.3% a 33.5%, la población de 15 a 44 años creció de 41.4% a 44.6%. La población mayor de 65 años aumentará en la región entre 1980 y el año 2000 en 13 millones de ancianos.

Esta estructura de la población por edades trae problemas tanto para el sector salud como para otros sectores. Por ejemplo con respecto al trabajo, pues la población económicamente activa crecerá en 148 millones de personas.

Se observa una redistribución geográfica en la región, en 1980, 2 de cada 3 personas residían en zonas urbanas; se espera que en el año 2000 esta razón se llevará a casi 3 de cada 4, esta realidad obliga al sector salud a dedicar mayor atención a la población urbana, sin dejar de reconocer la importancia de la población rural.

#### II.5. 2.2. Análisis de mortalidad y morbilidad

La tendencia de la mortalidad es descendiente en general, aunque presenta diferencias por áreas y países. Esta reducción de la mortalidad en gran parte se explica por la reducción de la mortalidad infantil, descenso que es explicado por las inmunizaciones, mejoramiento del ambiente y la nutrición.

Destacan como causa de muerte en América Latina las enfermedades infecciosas y parasitarias, enfermedades diarreicas, enfermedades respiratorias y causas perinatales. En menor proporción están: tumo-

res, enfermedades cardiovasculares, enfermedades nutricionales, diabetes, anemias y algunas enfermedades del metabolismo, accidentes de tránsito, suicidios y homicidios.

Con relación a la morbilidad. "La morbilidad y consiguientemente, la mortalidad por difteria, tétanos, tos ferina, poliomelitis, sarampión y tuberculosis no han logrado los niveles de reducción y se propusieron en el Plan Nacional de Salud para las Américas". 160/

Las enfermedades diarreicas, que están relacionadas con problemas del ambiente físico y social, con la desnutrición y la higiene de los alimentos. Las enfermedades respiratorias agudas, la lepra, las enfermedades de transmisión sexual, la fiebre amarilla, el dengue, las enfermedades arbovirales, las encefalitis, las fiebres hemorrágicas, hepatitis.

La enfermedad de Chagas, la leishmaniasis, la esquistosomiasis, la filariasis, teniasis, cisticercosis e hidatidosis, la malaria.

Debido al aumento de población en edad avanzada, "... asociado con los cambios en las pautas de vida que se espera durante los próximos dos decenios, permite conjeturar que el cáncer, las enfermedades cardiovasculares, las degenerativas y las mentales, experimentaran un incremento que será de la mayor trascendencia para los servicios de atención médica de los países de la región", 161/

Los tumores, las neurosis, retardo mental, trastornos convulsivos, alcoholismo y fármaco-dependencia.

### II.5.3 Evolución de la alimentación y nutrición

Las enfermedades más destacadas en América Latina por problemas en la alimentación son:

La desnutrición energético-proteica, que afecta a 28 millones de niños menores de 5 años.

El bocio endémico, las anemias por deficiencia de hierro, hipoavitaminosis A.

El incremento de las enfermedades por dificultades en la alimentación, "...contrasta con la capacidad potencial de los países para satisfacer la demanda de alimentos, ya que poseen tierras, recursos naturales inexplorados y mano de obra abundante para transformarlos en bienes y servicios para toda la población". 162/

"Los factores que inciden en la adecuada disponibilidad y consumo de alimentos básicos se relacionan fundamentalmente con la producción nacional de alimentos para uso interno; el nivel y tendencia de los salarios de la población de bajos ingresos; el desempleo y el subempleo, el costo o precio de una dieta mínima adecuada." 163/

Debido a este problema alimentario, "...en algunos países han constituido, a nivel de las oficinas nacionales de planificación, grupos técnicos encargados de analizar las implicaciones de los diferentes programas y proyectos de desarrollo económico y social, en la alimentación y la nutrición." 164/

4

### II.5.4 Evolución de la salud ambiental, en la que se comprende:

- Saneamiento básico (abastecimiento de agua y eliminación de excretas)
- Residuos sólidos
- Control de la contaminación y otros riesgos de la salud

• personas en edad avanzada

- Los sistemas de servicios de salud

## II.6.2 Desarrollo de la ciencia y la tecnología

"... la investigación biomédica de América Latina ha surgido con mayor vigor que cualquier otro de los campos de investigación"166/

"Las recomendaciones de todos los grupos de trabajo que han analizado la situación en América Latina coinciden en señalar la conveniencia de poner mayor atención a la investigación aplicada a la salud pública, lo que debe ser responsabilidad de aquellos que tienen a su cargo la dirección científica del país". 167/

"En el campo de la salud el desarrollo de la investigación se encuentra relacionado con las formas dominantes de práctica médica, siendo esta última resultado de las transformaciones de la totalidad social. Así, los datos existentes señalan un predominio cuantitativo de la investigación clínica intimamente relacionada a la atención médica hospitalaria, especialmente en el ensayo de nuevas formas terapéuticas". 168/

"Con respecto al desarrollo de la tecnología, la experiencia obtenida durante la década de los sesenta mostró que la aplicación del avance tecnológico no generaba, en la mayoría de los casos, los beneficios observados en los países de centro, en cuyo contexto esta tecnología se había desarrollado. Resultó evidente que las características de los sistemas de salud de la Región presentaban factores peculiares que convertían en inadecuados muchos de esos avances tecnológicos... La llamada transferencia tecnológica ha sido el mecanismo más generalizado de incorporación del desarrollo

ambiental

- Salud ocupacional
- Protección alimentaria

II.6. El problema de los servicios de salud en América Latina es considerado desde los siguientes puntos de vista:

II.6.1. Evolución y extensión de la cobertura y de los sistemas de salud.

Al inicio de la década de los setenta el 40% de la población de América Latina no disponía de algún servicio de salud. Tres aspectos se destacan aquí:

- Los enfoques en la extensión de cobertura
  - . extensión de servicios
  - . construcción de nuevos establecimientos
  - . mejoramiento de los establecimientos existentes
  - . formación de recursos humanos
  - . modificaciones administrativas

El concepto de cobertura ha evolucionado pero, "...aún hoy se encuentran variaciones grandes, hay países donde su entendimiento se limita a la posibilidad de incrementar la productividad de la oferta existente, mientras que en otros, se le enfoca por el lado del establecimiento previo de metas de producción de prestaciones consideradas adecuadas para satisfacer un conjunto de necesidades dadas con énfasis en ciertos grupos humanos considerados prioritarios." 165/

- Grupos humanos prioritarios
  - . poblaciones marginadas urbanas
  - . los trabajadores
  - . núcleo familiar

tecnológico en la Región. En la práctica, consistió en la aceptación y adquisición masiva, a granel e indiscriminada, de tecnologías -más que de conocimiento- independiente de sus posibilidades reales de uso, adaptación eficiencia y eficacia".169/

### II.6.3. Desarrollo de recursos humanos

Tipo de personal	1968		1974		1977	
	No.	%	No.	%	No.	%
Con formación universitaria o superior	254 000	45	509 000	62	616 000	63
Técnico	62.00	12	41.000	5	43.000	4
Auxiliar	224.000	42	206.000	33	318.000	33
						<u>170/</u>

"La formación del personal de salud ha estado orientada, sobre todo, hacia la creación de grupos de excelencia, dentro de un sistema escolarizado que limita el ingreso de grandes números de estudiantes y, divorciado de las necesidades de salud de los países. Posteriormente, la formación de personal se ha ido incorporando a categorías y niveles diferentes como ser personal auxiliar o colaborador, y en la actualidad, ha logrado, en mayor o menor grado, un perfil propio, pero casi siempre desvinculado de la realidad" 171/

### II.6.4. La articulación intersectorial

"La evidencia de que los procesos de crecimiento económico y cambio

social en curso no conducían necesariamente a una mejor y mayor distribución del producto del desarrollo, actualizó en los años sesenta el problema de la articulación intersectorial. Así, el enfoque del desarrollo "unificado", como solución para conseguir que las altas tasas de crecimiento económico facilitaran una real transformación social, tuvo amplia aceptación internacional" 173/

Entre las causas de los fracasos destacó, "... la incapacidad de generar un compromiso expresado en políticas generales e instrumentales, declaradas y de hecho, que hicieran factibles y viables los planteos unificados." 174/

#### - La programación intersectorial a nivel local

"En la década de los sesenta el sector salud ha habido recorrido una larga trayectoria buscando la articulación de distintos sectores, en condiciones de vida a nivel local y comunitario. Generalmente estos programas comprendieron aspectos del desarrollo y de la comunidad, mejoramiento del ambiente, educación para la salud, la nutrición, producción de algunos alimentos para uso familiar o comunitario y algunos aspectos básicos de protección de la salud. El sector salud se conectaba habitualmente con los recursos locales del sector educación y con los correspondientes a programas de extensión agrícola. Un ejemplo conspicuo de este tipo de programas son los PINAS". 175/

PINAS = Programas de Alimentación y Nutrición

#### - Los acuerdos de "cúpula"

"La constatación del escaso impacto y de la dificultad de mantener estos programas "articulados" a nivel local, especialmente

en la solución de los problemas de desnutrición y de disponibilidad de alimento, condujeron a la reorientación de los esfuerzos del sector salud, en materia de articulación intersectorial, a lograr acuerdos "de cúpula" en el plazo nacional" 176/

"No obstante estos aspectos negativos, los esfuerzos desplegados tuvieron como resultado un amplio reconocimiento de los problemas de salud y de sus conexiones con el resto del desarrollo nacional, facilitaron y desarrollaron el intercambio de análisis y preposiciones entre sectores y entre diversos grupos de presión y poder, y produjo una positiva y necesaria revisión del rol y del significado del sector salud en el quehacer del desarrollo social y económico nacionales" 177/

"...Como corolario de los intentos de formular políticas de alimentación en la década de los setenta, aparece una tendencia a organizar en el seno de las unidades de planificación del desarrollo económico y social grupos ad hoc interdisciplinario para tratar el problema de la alimentación y desnutrición. Estos grupos en la mayoría de los casos fueron concebidos y actúan como un subsector en sí, diferenciado y no siempre bien conectado con las otras unidades sectoriales, incluyendo la de salud" 178/

- Los programas regionales integrados

" La experiencia recogida en la participación del sector salud en la programación regional integrada merece especial atención, toda vez que esta participación constituye uno de los elementos fundamentales de las estrategias nacionales destinadas a perfeccionar el desarrollo de la articulación intersectorial en las próximas décadas. Para fines de facilitar el análisis es conveniente diferen-

ciar dos tipos de proyectos regionales: los desarrollos rurales "integrados" y aquellos proyectos de grandes dimensiones del tipo de represas hidroeléctricas, complejos industriales, creación de ciudades intermedias, expansión de la frontera agrícola, etc." 179/

## II.7. Gastos y financiamiento del sector salud

"Al parecer en ningún país de la Región los sistemas de seguridad social tienen una influencia particularmente positiva en el contexto de las estrategias encaminadas a satisfacer las necesidades básicas de la población. En general, la naturaleza progresiva de las fuentes de financiamiento de los programas de seguridad social, junto con la restringida cobertura de esos programas y la consecuente perpetuación de desigualdades en la distribución del ingreso, es motivo de creciente preocupación en muchos países. Si se redefinieran sus fuentes y formas de financiamiento y sus políticas, funciones, programas y costos, esos sistemas podrían convertirse en un factor nacional positivo". 180/

"La suma de los gastos totales de salud efectuados por el conjunto de los organismos públicos, en la mayoría de los países latinoamericanos, parecería ser suficiente para financiar los objetivos de más alta prioridad declarados en sus estrategias nacionales. Sin embargo, el análisis hace evidente que para ello se requerirá una radical reestructuración de los sistemas y una reducción selectiva de los tipos de servicios de la estructura de sus prestaciones de las funciones de producción con objeto de bajar los costos unitarios de las mismas" 181/

"... en la Región, la organización de sus sistemas de prestación de servicios de salud tiende esencialmente a una ampliación de los niveles e intermedios de su actual pirámide funcional, y no a trun-

car radicalmente dicha pirámide. En consecuencia, no se considera a la atención primaria como un programa, sino como una estrategia que permea todos los niveles de la pirámide" 182/

"En la perspectiva de la extensión de cobertura en el contexto de la meta para el año 2000, las reducciones de los costos unitarios de los servicios de salud es crucial. Un punto de partida pragmático sería determinar los procedimientos terapéuticos más económicos de las condiciones mórbidas comunes mediante la comparación de la eficiencia, seguridad, economía y aceptación del uso de diversos métodos, complementados por actividades apropiadas de información y persuasión. En resumen, se trata de desarrollar y aplicar la tecnología más apropiada e introducir los mecanismos necesarios para su aceptación o para el control de su eficiencia y eficacia" 183/

"Los países que gastan porcentajes más elevados de su PBI en salud no necesariamente proporcionan a sus poblaciones servicios sanitarios más amplios o mejores que los países que parecen gastar menos" 184/

## II.8 La cooperación internacional

Los organismos internacionales que se destacaron en la cooperación internacional son los siguientes:

PNUD = Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo

UNICEF = Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia

UNFPA = Fondo de las Naciones Unidas para Actividades de Población

PNUMA = Programación de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente

FAO = Organización para la Agricultura y la Alimentación

PMA = Programa Mundial de Alimentos

OIT	=	Organización Internacional para el Trabajo
UNESCO	=	Organización de las Naciones Unidas para la Educación y la Cultura
BID	=	Banco Interamericano de Desarrollo
BIR	=	Banco Internacional para la Reconstrucción y Fomento
USAID	=	Agencia para el Desarrollo Internacional de los Estados Unidos.
CIDA	=	Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional

#### La Fundación Kellogg

CLATES	=	Centro Latinoamericano de Tecnología Educativa para la Salud
PLADES	=	Programa Latinoamericano de Desarrollo Educativo para la Salud
BIREME	=	Biblioteca Regional de Medicina y Ciencias de la Salud

Grupo de integración económica en Centroamérica y Panamá

Grupo Andino

La Comunidad del Caribe (CARICOM)

Conferencia de Ministros de Relaciones Exteriores de los Países de la Cuenca del Río de la Plata

Ministerios de Salud del Área Andina

Ministerios de Salud de los países de habla inglesa del Caribe

Reunión de Ministros de Salud de Centro América y Panamá

## II.9 Estrategia para alcanzar la meta de salud para todos en el año 2000

### II.9.1. La meta: "Salud para Todos en el Año 2000"

Las estrategias complementarias de la atención primaria son: el desarrollo de los sistemas de servicios nacionales de salud, reorientados a conseguir la cobertura de las poblaciones rurales y urbanas no atendidas o subatendidas; la organización y participación de la comunidad en el bienestar; el desarrollo de la articulación intersectorial, de la investigación y tecnología; la disponibilidad y producción de insumos críticos; la formación de recursos humanos y definición de estrategias de financiamiento, y de cooperación entre los países". 185/

### II.9.2. El probable escenario socioeconómico en el cual se desarrollan las estrategias

- Aspectos demográficos: Crecimiento de la población en términos absolutos, creciente urbanización, tendencia decreciente de la fecundidad y elevada esperanza de vida. "La fuerte población en edad activa y el incremento de los grupos de edad avanzada (45 y más), junto con el fenómeno de urbanización, configurará una nueva problemática para la aplicación de las estrategias de Atención Primaria en la mayoría de los países" 186/

- Aspectos socioeconómicos: "El ritmo de migración rural-urbana tendrá un efecto particularmente desarticulador, salvo que los países consigan una suficiente redistribución espacial de la población y del ingreso. El problema ya no consiste en cómo frenar la migración campo-ciudad, sino en el de

formular políticas viables de orientación de esa migración basadas en la creación de redes de centro poblados." 187/

"La demanda industrial y la urbana continuará presionando por la baja de los precios agrícolas con la consiguiente necesidad de incrementar la productividad del agro, y por lo tanto su tecnificación y mecanización. Probablemente aumentará el número de asalariados temporeros rurales y disminuirá fuertemente la población rural con acceso a tierra y con capacidad de producción de subsistencia, mientras que en las ciudades se incrementará el sector llamado "informal" <sup>\*</sup>  
188/

El problema de la desocupación se mantendrá probablemente en las próximas décadas. Aunque el crecimiento del tres por ciento anual de la fuerza laboral que se espera podría ser absorbido sin crear grandes problemas de desempleo abierto, persistirá el problema de la desocupación disfrazada que constituye el componente más importante. El desempleo y el subempleo junto con los problemas distributivos harán más difícil el logro de los propósitos de eliminación de la pobreza extrema y de disminución de desigualdades. De no corregirse las tendencias observadas en las pasadas décadas aumentará la brecha entre los grupos que logren incorporarse al sector "moderno" de la producción rural y urbana y aquellos que queden marginados en el sector "informal" y los confinados a condiciones límites de subsistencia." 189/

"Las desigualdades entre grupos humanos también se reflejan en el importante problema de la desnutrición y subnutrición que padece la Región. Es posible inferir que la competencia por el uso de la tierra entre la producción de alimentos para uso interno y la satis-

---

\* Se denomina sector informal al conjunto de personas no incorporadas al empleo productivo estructurado, y que constituye el grueso de la subocupación.

facción de las necesidades de la industria y de la exportación, influya negativamente en la disponibilidad de alimentos". 190/

- Consideramos sobre posibles enfoques: "El análisis de la evolución de la situación urbana y rural, así como el resultado de las políticas que se intentaron para su transformación, confirman la poca utilidad, tanto de establecer estrategias y tratar de aplicar soluciones instrumentales exclusivamente limitadas al hábitat rural, como de continuar atacando los problemas urbanos con los enfoques y normas convencionales" 191/

La imposibilidad de resolver el problema urbano con las soluciones ya ensayadas"...obligará a los Gobiernos a revisar y seleccionar las diversas opciones intentadas en la década pasada que se considere útiles para el corto plazo, y a combinarlas con el desarrollo de nuevas formas, más drásticas y de largo aliento, viables para peculiaridades políticas, económicas y sociales de cada país, que tiendan a una solución de fondo" 192/

"El problema de la generación de empleo deberá ser considerado conjuntamente en los ámbitos urbano y rural, teniendo en cuenta que cualquier estrategia que se adopte para el desarrollo del agro producirá un excedente de mano de obra rural, en mayor o menor magnitud, que repercutirá en la capacidad de empleo del medio urbano" 193/

"La experiencia ha demostrado que es imprescindible la elaboración de planes nacionales de desarrollo regional que proporcionen el marco de referencia necesario para la programación regional, incluyendo la selección y localización de los proyectos, y asegurando su consistencia y compatibilidad con el desarrollo económico y social nacional. Asimismo, que sin el equilibrio -consistencia y complementación- de los subconjuntos de políticas instrumentales, cualquier

estrategia de desarrollo regional está destinada al fracaso o a tergiversar sus objetivos. También se será difícil aplicar con éxito cualquier estrategia de cambio, si no se contemplan algunas transformaciones en las estructuras de valores y de poder de la sociedad nacional sino se revisa en profundidad su estilo de desarrollo.

Desde esa perspectiva, el diseño de cualquier estrategia destinada a mejorar las condiciones urbanas y rurales y reducir desigualdades debería considerar:

- a) La definición del tipo de sociedad nacional deseada
- b) El análisis y evaluación de las contradicciones y de los intereses urbano-rurales y de las posibilidades de su armonización.
- c) La definición de los tipos de habitat y de estilos de vida en lo rural y urbano, así como las características de la participación a nivel nacional, regional y local, y el análisis y definición de las relaciones urbano y rurales.
- d) La redistribución espacial de la población y la selección y adopción de tecnologías productivas y de servicios, compatibles con la política nacional de conservación y explotación de recursos, los límites ecológicos y las decisiones sobre niveles y estilos de vida de la población.
- e) La disponibilidad y acceso de los alimentos a toda la población en cantidad y calidad adecuadas
- f) La creación de empleo urbano y rural con una productividad media e ingreso anual aceptable.
- g) La provisión de servicios a las personas y de mejoramiento del ambiente (educación, salud, vivienda, agua potable y saneamiento,

recreación y otros) consistente en los niveles de vida definidos y que garanticen el acceso de toda la población y contribuyan a lograr los objetivos de equidad". 194/

- Los sectores sociales : "En el tipo de desarrollo esperado, el papel de los sectores sociales resulta fundamental. Las desigualdades entre grupos humanos, que tendrá a crear el crecimiento económico, deberán ser compensadas por políticas correctivas, de las cuales estos servicios sociales pueden constituir un vigoroso instrumento.

En este sentido, la responsabilidad principal de los sectores sociales es contribuir al mejoramiento de los perfiles de bienestar de la población, aumentando especialmente las oportunidades de los grupos postergados. Por lo tanto, la prioridad para la asignación de recursos reales y financieros, necesarios para la producción de estos sectores, se justifica en el grado en que éstos pueden satisfacer el objetivo de elevar la calidad de vida y disminuir las desigualdades. Una política de servicios debe constituir un aspecto de una política más amplia sobre distribución de la población, organización de la producción y el consumo, distribución e incremento del ingreso y formación de centros poblados organizados de modo tal que faciliten el acceso escalonado a los servicios" 195/

### II.9.3 Implicaciones del probable escenario para la meta de salud y sus estrategias

"El núcleo fundamental de la meta de salud para todos en el año 2000 consiste en elevar la calidad de vida y la contribución del sector salud en la disminución de desigualdades y eliminar la pobreza extrema. Por lo tanto las estrategias para alcanzar este objetivo

deberán considerar algunas características del probable escenario económico-social y demográfico en el que deberán operar, y que constituyen fuertes restricciones.

En primer lugar el problema de una gran masa de población fuertemente concentrada en grandes ciudades, donde coexistirá una gran proporción de hombres y mujeres en edad activa, con una importante cantidad de niños y jóvenes, y un número considerable y creciente de personas con 45 años y más. Esta masa humana vivirá en un medio hostil físico y social y en malas condiciones de alimentación. Por otra parte, la decisión de alcanzar y mantener un intenso crecimiento económico, aun cuando lograra resolver parcialmente el problema del empleo, tenderá a aumentar la desigualdad entre lo urbano y lo rural, y entre los grupos humanos, tanto en la distribución del ingreso, como en los estilos y calidad de vida. Esto obligará a los Gobiernos a extremar los esfuerzos para corregir los efectos negativos con diversos conjuntos de políticas, entre las cuales se destacan las distributivas y el papel compensador de los sectores sociales.

Este perfil tendrá su correlato en la estructura y magnitud de los problemas de salud que deberán ser enfrentados. Con toda probabilidad las estructuras de mortalidad y morbilidad cambiarán drásticamente. En el último quinquenio de este siglo el 20% de las muertes esperadas corresponderá a tumores y el 50% a enfermedades cardiovasculares. Sin embargo, la mortalidad y morbilidad por diarreas y enfermedades respiratorias agudas, potenciadas por la desnutrición y el medio ambiente adverso, aunque bajen en su importancia relativa continuarán diezmando a la población postergada de las ciudades y del medio rural. Será posible lograr el control de estas enfermedades, las prevenibles por vacunación y de las endemias más notables, para lo cual será necesario asignar y desplegar considerables esfuer-

zos y recursos. Pero será igualmente perentorio atender nuevas y crecientes necesidades en enfermedades crónicas y degenerativas, salud mental, accidentes, y otras que incrementarán su importancia en el perfil de esta particular patología esperable. La prevención o control de los factores de riesgos más pesados y la promoción del cambio de estilos de vida y de conducta frente a éstos, deberán ser especialmente considerados en la definición de las estrategias de Atención Primaria nacionales y regionales en la programación de sus contenidos.

Los esfuerzos del sector salud, inserto en el resto de los sectores económicos y sociales, deberán orientarse para jugar su papel en la corrección de desigualdades, y en la eliminación de la pobreza extrema. Consecuentemente deberá intensificar sus esfuerzos para asegurar el acceso a los servicios y la satisfacción de las necesidades de la población postergada; diseñar cuidadosamente su organización sectorial e institucional y sus estrategias de financiamiento, de modo tal que los servicios que presenten signifique realmente una distribución positiva del ingreso nacional" 196/

#### II.9.4 Formas de expresión de la meta

- Grupos humanos prioritarios:
  - . toda la población, con prioridad de
  - . la población en extrema pobreza de las áreas rurales y urbanas, y dentro de éstas a
    - . familias de mayor riesgo
    - . niños menores de 5 años
    - . madres
    - . trabajadores
  - . Grupos de edad avanzada.

- Nivel y estructura de salud:
  - . incremento de la esperanza de vida al nacer
  - . disminución y cambio de estructura de la mortalidad
  - . reducción de la morbilidad básica prevalente
  - . control de enfermedades transmisibles
  - . abatimiento de la malnutrición
  - . control de enfermedades crónicas y degenerativas.
  
- Mejoramiento de los niveles nacionales de bienestar:
  - . disponibilidad y accesibilidad de toda la población a servicios de:
    - salud
    - educación
    - ambiente
    - vivienda
    - recreación
    - niveles adecuados de ingreso familiar
    - disponibilidad de alimentos
    - empleo
    - producción y consumo orientada a la satisfacción de de necesidades básicas
    - esquemas adecuados de organización y participación de la comunidad

"Los países expresan que la cobertura con servicios de salud y la dotación de agua potable y saneamiento básico, constituyen la contribución directa del sector salud a los niveles de bienestar nacionales. Señalan además su participación, junto con el resto de los sectores del desarrollo social y económico, en la disponibilidad de alimentos y vivienda, en el equilibrio ecológico, y en la organización y participación de las comunidades para su desarrollo y bienes."

tar." 197/

#### II.9.5 Componentes prioritarios de las estrategias nacionales de atención primaria

Extensión de la cobertura con servicios de salud y mejoramiento del medio ambiente

- Contenidos programáticos:

- . Salud maternoinfantil
- . Inmunizaciones
- . Enfermedades diarreicas
- . Enfermedades respiratorias agudas
- . Enfermedades de transmisión sexual
- . Salud mental
- . Enfermedades cardiovasculares, las degenerativas y el cáncer
- . Enfermedades ocupacionales e higiene del trabajo
- . Malaria
- . Otras enfermedades parasitarias
- . Alimentación y nutrición
- . Agua potable y saneamiento básico
- . Salud pública veterinaria

- Extensión de la capacidad instalada por medio de programas de inversión

- Incremento de la capacidad operativa de los sistemas y de sus servicios:

- . planificación y evaluación de los sistemas nacionales

de salud

- . reorganización sectorial
- . definición del papel en salud de la seguridad social
- . papel de los Ministerios de Salud
- . sistema comunitario (informal)
- . regionalización funcional
- . descentralización administrativa
- . desarrollo administrativo:

sistemas de información

supervisión

eficiencia

uso de los servicios

impacto

producción y productividad

tecnología apropiada

- Organización y participación de la comunidad para su bienestar
- Desarrollo de la articulación intersectorial
- Investigación y desarrollo tecnológico
- Disponibilidad y producción de insumos críticos
- Formación y utilización de recursos humanos
- Formación y utilización de recursos humanos
- Financiamiento del sector
- Cooperación internacional

#### II.9.5 Estrategias de cooperación entre varios países

- Problemas de salud comunes a varios países
- Recursos humanos
- Insumos y equipo críticos
- Investigación y desarrollo tecnológico

- Cooperación técnica entre países en desarrollo

#### II.9.7. Mecanismos regionales de apoyo para las estrategias

- Formulación, ejecución y evaluación de planes nacionales de salud
- Desarrollo de las estrategias de cooperación entre varios países
- Orientación y coordinación de la cooperación internacional
- Evaluación y monitoria del proceso para alcanzar la meta
- Identificación y análisis de problemas y elaboración de soluciones.

II.10 Con algunas referencias del Documento Oficial No. 179, Salud para Todos en el año 2000 PLAN DE ACCIÓN para la Instrumentación de las Estrategias Regionales de la Organización Panamericana de la Salud, Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud; concluyo la presentación del discurso oficial de la OMS/OPS con relación al asunto que trato en este trabajo.

"El Plan de Acción es la etapa intermedia entre la formulación de los objetivos, metas y estrategias regionales, y su traducción en programas concretos. A nivel de los Gobiernos, constituye una guía y marco de referencia para el ajuste de los planes nacionales de salud, de modo tal que concorra el esfuerzo regional, a través de la solución de problemas prioritarios que cada país determine en su propio contexto, y facilite la definición de acciones conjuntas y solidarias entre los países de la Región. A nivel de Organización, proporciona la orientación fundamental para los ajustes de sus políti

cas, de su organización, de sus procedimientos y programas de cooperación. En el plano mundial, el Plan de Acción representa la participación de la Región en la instrumentación de las estrategias globales de Salud para Todos en el Año 2000 y, asimismo, la contribución de las Américas al Séptimo Programa General de Trabajo de la OMS" 198/

"...el plan se estructura en tres grandes grupos de acciones: las destinadas al desarrollo de las estrategias nacionales y regionales de atención primaria; las referentes a la instrumentación de los necesarios mecanismos de apoyo a estas estrategias; y las que se requieren para la organización de un sistema de evaluación y minoría de los objetivos, metas y estrategias regionales, y del mismo Plan de Acción" 199/

"Los objetivos regionales incluyen la reestructuración y expansión de los sistemas de servicios de salud para mejorar su equidad, eficacia y eficiencia; la promoción y perfeccionamiento de la articulación y de la cooperación intersectorial, y la promoción y mejoramiento de la cooperación regional e interregional. Estos tres objetivos están orientados a asegurar la contribución específica del sector salud a la reducción de las desigualdades sociales y económicas.

En cuanto a las metas mínimas se estableció que ningún país de la Región tendrá una esperanza de vida al nacer inferior a los 70 años, una mortalidad infantil mayor de 30 defunciones por cada 1.000 nacidos vivos, ni una mortalidad de niños de 1-4 años de edad superior a 2,4 defunciones por cada 1.000 niños de esas edades. Se acordó proporcionar servicios de inmunización al 100% de los niños menores de un año de edad contra la difteria, tos ferina, tétanos,

tuberculosis, sarampión y poliomielitis, así como servicios de inmunización contra el tétanos al 100% de las embarazadas en áreas donde el tétanos neonatorum es endémico y, de acuerdo a normas preestablecidas, incorporar otras vacunaciones en los programas de prestación de servicios cuando lo requieran situaciones epidemiológicas específicas. Proporcionar agua potable a aproximadamente 100 millones de habitantes de las zonas rurales y a unos 155 millones en las urbanas, así como alcantarillado o servicios de disposición de excretas, aproximadamente a 140 millones de áreas rurales y a 250 millones en las urbanas, para el año 1990; entre 1991 y el año 2000, mantener la cobertura total proporcionando servicios similares a 30 millones de pobladores rurales y a 100 millones de pobladores urbanos. Con respecto a la cobertura con servicios de salud, asegurar el acceso a los servicios de 100% de la población.

Tanto los objetivos como las metas y las estrategias, están fundamentalmente inspiradas en el concepto de la Atención Primaria, y por lo tanto, su consecución tiene obligadas implicaciones en el derecho económico y social. No pueden considerarse sólo como objetivos del sector, sino como la expresión de propósitos más amplios que los Gobiernos han aceptado en el seno de las Naciones Unidas, tales como el Nuevo Orden Económico Internacional (NOEI), la Nueva Estrategia Internacional para el Desarrollo (NEID) y la lucha contra la Pobreza Extrema. El reconocimiento de que la Atención Primaria es mucho más que una simple extensión de servicios básicos de salud, y que constituye un aspecto integrante del desarrollo social, obliga a formular estrategias adicionales para el fortalecimiento de las políticas sociales y la armonización de planes y acciones intersectoriales" 200/

Con el fin de retomarlos más adelante en la discusión agrego los

dos siguientes textos del Plan de Acción, estos son:

#### "Salud de los trabajadores

Enfoques El objetivo de esta área del Plan de Acción es ampliar los servicios de salud ocupacional habida cuenta de las características de la mecanización y tecnificación de la agricultura y de la tecnología industrial. Los principios en los que se basa esta área son: promover el interés y la participación activa de los trabajadores y los empresarios en tratar de reducir la invalidez debido a accidentes y a enfermedades relacionados con el trabajo, incluyendo la exposición a sustancias tóxicas; mejorar el conocimiento sobre las enfermedades ocupacionales, aumentar el control de los factores ambientales en los lugares de trabajo, así como la toma de medidas correctivas para eliminar riesgos.

Se estima que la cobertura de actividades de prevención de riesgos alcanza solamente a un 30% de la población de la América Latina, a través de los sistemas de seguridad social. La extensión de servicios a los trabajadores rurales y a los de industrias pequeñas podría realizarse incorporando la salud ocupacional en los servicios de la comunidad. Por otra parte, la introducción de nuevos productos y tecnologías en los países requerirá que el sector salud participe activamente en el fortalecimiento de las instituciones especializadas, laboratorios y centros de adiestramiento. Un aspecto fundamental es el fomento de la legislación para permitir una acción eficaz en la prevención y control de riesgos ocupacionales, así como la coordinación intersectorial para obtener un mayor provecho de los recursos dispersos en varias agencias gubernamentales. Es necesario también contar con un sistema de información eficaz para la evaluación de la cobertura y del progreso alcanzado en los niveles del país y regional.

Áreas de acción

- 1) Establecimiento de políticas que promuevan la salud y la seguridad ocupacionales
  - Desarrollo de programas con el sector público, la industria y la agricultura, que comprendan la participación de los trabajadores.
  - Establecimiento de una política de cooperación a nivel de países entre los organismos a cargo de la salud ocupacional.
  - Fomento del desarrollo de la legislación pertinente.
- 2) Mejora del cumplimiento de los programas de prevención, tratamiento y rehabilitación
  - Establecimiento de pautas para la evaluación y el control de riesgos en lugar de trabajo, incluyendo la protección de las familias de los trabajadores contra esos riesgos.
  - Incorporación de la salud y la seguridad ocupacionales a los planes de adiestramiento de personal de salud.
  - Diseño y establecimiento de un sistema de información
  - Fortalecimiento de los servicios de laboratorio y de los medios de encuesta sobre el terreno, inclusive servicios de toxicología.
- 3) Fortalecimiento de la capacidad de las instituciones nacionales

- Fomento de programas de prevención y control de riesgos, inclusive en las pequeñas explotaciones agrícolas e industriales
  - Establecimiento de normas para la administración institucional de los programas.
  - Desarrollo de los servicios de adiestramiento y del material didáctico.
  - Fomento del establecimiento de instituciones de salud ocupacional.
- 4) Integración de la salud ocupacional en los proyectos de desarrollo industrial y agrícola
- Inclusión de la salud ocupacional en la evaluación de posibles impactos negativos de esos proyectos de desarrollo.
  - Participación de personal de salud ocupacional en la planificación y preparación de proyectos.
- 5) Fomento de la participación de la comunidad
- Preparación de material informativo sobre medidas de salud y seguridad para el trabajador y la comunidad
  - Establecimiento de pautas que promueven la participación activa y positiva del trabajador y la comunidad en la protección de su propia salud
  - Desarrollo de la atención integral de la mujer trabajadora y de su familia

### Sugerencia para indicadores

- Número de países que tienen programas para la protección de la salud de los trabajadores
- Porcentaje de trabajadores protegidos contra accidentes y enfermedades del trabajo
- Tendencia de la morbilidad y la mortalidad por enfermedades y accidentes relacionados con el trabajo
- Pérdidas de horas/hombre debido a problemas de salud relacionados con el trabajo." 201/

"La evaluación se basará no solo en el análisis de los indicadores numéricos y sus valores incrementales, sino también en el de indicadores no numéricos constituidos por la descripción; de acuerdo a criterios preestablecidos, de variables no cuantificables, tales como la definición o no definición de las estrategias y del plan de acción, así como la descripción de los principales factores favorables y desfavorables que influyen sobre la marcha de dichas estrategias y planes.

Este análisis es esencialmente conceptual y lógico; requiere la aplicación de enfoques tales como el epidemiológico, el económico y el histórico, y procura lograr la mejor comprensión del significado y validez de las cifras y de las descripciones registradas, así como de la interrelación entre indicadores numéricos y descriptivos y de diversa naturaleza.

Para este fin los indicadores numéricos y descriptivos deberán ser examinados aisladamente y en conjunto, utilizando para ello cuadros de entrada múltiple similares a los que se usan en los análisis de factores y de regresión múltiple. Estas y otras técnicas analíticas podrán ser empleadas en casos calificados, pero su aplicación y la interpretación de sus resultados estarán supeditados a criterios lógicos y conceptuales, los que en todo momento primarán sobre consideraciones de índole matemática o estadística"202/

## CAPITULO III

### CARACTERIZACION DE LOS PLANTEAMIENTOS OFICIALES DE LA OPS/OMS SOBRE LA ESTRATEGIA DE ATENCION PRIMARIA

#### 1. El carácter de los conceptos

Para enfrentarme a la revisión de los documentos oficiales de la OPS/OMS sobre la estrategia de Atención Primaria una de las primeras cosas que llama la atención es la extensión del discurso, a primera vista da la impresión de ofrecer novedades conceptuales y políticas pero no es así. Al parecer el discurso oficial de la OPS/OMS sobre la estrategia de Atención Primaria es un gran espacio lleno de palabras; que a efectos del análisis va siendo reducido en términos de contenido a una mínima expresión. Desde el punto de vista de los conceptos y en particular sobre el desarrollo y la salud-enfermedad no se compromete, ni asume posición nueva alguna.

Se observa desde el inicio de los documentos la falta de un compromiso que obligue replanteamientos conceptuales que sirvan de base en la orientación de acciones de política sanitaria. En lugar de esto aparece de nuevo la definición clásica de salud dada por la OMS y ninguna definición explícita de desarrollo y mucho menos aún una expresión articulada de la concepción desarrollo y salud.

No obstante este vacío, se dedica gran espacio para presentar indicadores macroeconómicos de las tendencias del crecimiento o decrecimiento económico por países, desarrollados y no desarrolla

dos y por periodos cronológicos; de igual forma se presentan las tendencias de las "causas" de la morbilidad y mortalidad.

Similar situación acontece con relación a la estrategia de atención primaria y política sanitaria; para la primera se asume sin comentarios para América Latina la definición de Alma-Ata y para la segunda total silencio.

Seguramente, esta pobreza conceptual que a medida que avanzan los documentos se profundiza más, y que muchos asumen como un hecho inmodificable, no constituye según ellos una limitación extrema para las posibilidades de las acciones de política sanitaria. Por el contrario y en cierto sentido es su punto de partida necesario.

Con presentar aquí estos vacíos en el compromiso conceptual como un razgo relevante en dicho discurso, sólo se pretende advertir sobre la ausencia casi total de una perspectiva investigativa que asuma la estrategia de Atención Primaria como un objeto en sí mismo, en otras palabras, se señala la ausencia de una perspectiva globalizante y sintetizadora, que asuma como objeto de estudio específico (o especializado) precisamente la diversidad de las formas de la estrategia de la Atención Primaria.

No se pretende de modo alguno considerar como superior a esta última alternativa investigativa; una valoración en este sentido, no es nuestra intención; simplemente pensamos que es necesario avanzar también en esta última línea de reflexión, y que de ella pueden derivarse beneficios, que no son alcanzados en la otra perspectiva. Y estamos pensando entre otras cosas, en la posibilidad de descubrir el grado de coherencia, o no, que exista en la estrategia de Atención Primaria, o en la posibilidad de establecer

los conflictos y contradicciones en el conjunto de las formas que asume la estrategia de Atención Primaria en el escenario mundial. Ilustro el primero con un ejemplo: un gobierno decide en un momento dado realizar acciones de Atención Primaria, en la que ocupa un lugar destacado el recurso de la investigación biomédica. En el estudio de esa política como tal, se pueden reconocer: coherencia interna, posibilidad de eficiencia, legitimación, etc...; pero en la perspectiva global, uno pudiera reconocer, que la política de investigación biomédica, no es necesariamente aquello que aparece como tal; como que una tal política está presente, en otros lugares; la política frente a las inversiones en salud, la política de formación de recursos humanos, la respuesta al problema enfermedad, por citar algunos. Pero estas presencias, no podrán ser reconocidas de no tenerse como objeto de estudio, la estrategia de Atención Primaria.

## 2°. El carácter coyuntural

Ha sido también un rasgo predominante en las formulaciones de política sanitaria internacional.

En general se trata de coyunturas delimitadas temporalmente en función de los acontecimientos económicos y políticos de trascendencia internacional.

En América Latina, la Carta de Punta del Este, motivada en gran parte por la Revolución Cubana, que obligó a proponer un cambio en las estrategias de la política internacional y de modo particular en las acciones de política sanitaria.

Para el mundo, la Conferencia de Alma-Ata, en donde los logros

en la calidad de vida en las sociedades del socialismo real, obligaron a reflexionar sobre sus estrategias, las cuales por sus evidencias y ante las condiciones sanitarias tan desfavorables para la mayoría de la población mundial, obligan a ser tenidas en cuenta.

### 3°. El carácter empírico

Aquí entramos propiamente a una caracterización de la metodología predominante.

Lo que queremos poner de presente es que los supuestos y criterios de los acercamientos positivistas y empíricos son los que poseen mayor presencia en los textos del discurso en general y muy en particular sobre las explicaciones de los elementos desarrollo y salud de una enfermedad.

En primer lugar destaca que sus planteamientos y argumentaciones no trascienden al simple cambio de lenguaje; es decir, sus puntos de vista lo único que logran es traducir los datos de las fuentes primarias de información estadística a un lenguaje verbal. En cierto sentido, ni siquiera describen, solo cambian el lenguaje de la descripción. Como pudiera parecer obvio, en ellas no encontramos la más mínima explicación de los fenómenos que relatan. Por tanto el desarrollo y la salud - enfermedad, son solamente la conjunción de diferentes datos y asumidos.

Para sus consideraciones todavía, ni siquiera aparecen fuentes de estadística más sofisticada; de mayor elaboración empírica, como es el caso de toda la modelística econométrica. Como es claro, esto sería un avance que significaría un paso del relato a la estimación como punto central de convergencia para sus planteamien-

tos. Con el nivel de la estimación se trascendería la vulgaridad del nivel en que están las bases de sus consideraciones. No desconocemos el peligro que implicaría reducir el problema desarrollo y salud al formalismo estadístico-matemático; reducción, que entre otras cosas "esconde" fácilmente la naturaleza del problema que está "más allá" de la estadística. En otras palabras, en este tipo de estudios la regresión y la correlación de fenómenos, asumidos como datos y convertidos en parámetros estadísticos; la problemática de las relaciones causales está completamente ausente, por definición.

Como bien advierte Kendall y Stuart:

"Una relación estadística, por más fuerte que sea, no puede nunca establecer una conexión causal, nuestra idea de causalidad; nuestras ideas de causalidad deben venir de fuera de la estadística, en última instancia de una u otra teoría" 1/

Nada de lo anterior lo planteamos pretendiendo desconocer la importancia del instrumento estadístico. Lo que queremos destacar es la tendencia a reducir las consideraciones sobre desarrollo y salud a descripciones estadísticas o "explicaciones" estadísticas, no siempre develando la explicación existente "detrás" de dicho instrumento.

Después de la caracterización de las "bases conceptuales de los elementos desarrollo y salud de la estrategia de Atención Primaria, quiero poner presente dos cosas: el reconocimiento de los pocos avances tenidos en el plano de las referencias empíricas, puesto si bien es cierto no han trascendido la descripción, al menos han incorporado variables económicas y sociales en la

1/ Gujarati, Dinesh "Econometría básica". Edt. Mc. Graw Hill, P. 8; 1981.

información estadística tomada en cuenta, así como también el reconocimiento de la ausencia de desarrollos teóricos explicativos y de esfuerzos sintetizadores correspondientes a éstos. Precisamente intentando responder a esa ausencia, colocamos nuestra reflexión en el próximo capítulo.

## CAPITULO IV

### PUNTOS DE PARTIDA TEORICO-METODOLOGICOS

Sin pretender caer en reduccionismos y situándonos en una perspectiva general, queremos retomar lo que es esencial en la estrategia de Atención Primaria, como expresión de política sanitaria, así:

#### 1°. Las ideas hegemónicas

El proceso salud-enfermedad tiene una historia tan antigua como el hombre mismo, la preocupación de éste por la muerte lo llevó a ocuparse por la enfermedad y a cuidar su salud desde que tuvo conciencia de su existencia. A través de la historia, la concepción del proceso de salud-enfermedad no ha sido el mismo (ver capítulo I).

Si bien es cierto que el proceso salud-enfermedad continua siendo objeto de construcción de una expresión totalizadora (Laurell, Breilh y otros); también es cierto que algunas de sus más destacadas limitaciones han sido puestas en evidencia, de tal modo que se hace casi imposible seguir afirmando, sin ser cuestionado, que la enfermedad puede explicarse por la presencia de microorganismos, o por desequilibrios ecológicos, o por cadenas causales; de igual forma es insostenible que la salud sea el "estado completo de bienestar y equilibrio". Parecía que es innecesario insistir en estas discusiones, pero no es así, es preciso volver sobre esta explicación, porque como vimos en el Capítulo II, en el discurso, además de las referencias explícitas, subyacen dichas concepciones.

Lo anterior no se da por casualidad, han sido las relaciones de poder de determinadas clases sociales las que han hecho posible que dichas concepciones históricas y subjetivas continuen ocupando el espacio

en el discurso de la OPS/OMS.

Con relación al problema del desarrollo; su historia es más reciente, sus orígenes están en la Revolución Industrial de Inglaterra, hecho que para los burgueses son Adam Smith y David Ricardo tiene una interpretación y para el marxismo otra.

En su historia más inmediata y por lo que América Latina corresponde, con respecto al problema del desarrollo no existe una concepción homogénea.

En las décadas 50 y 60 las teorías del crecimiento económico fueron las hegemónicas y se impuso la idea de que estos pueblos serían capaces de tener un proceso de industrialización semejante al de los países desarrollados del capitalismo de centro y estos países tendrían como tarea difundir sus procesos en los países no desarrollados.

Corresponde también a esta concepción, las corrientes de la modernización, que impulsó instituciones, actitudes que se orientaron hacia los consumos como en las sociedades de centro.

A mediados de la década de los 60 fue obvio que el modelo de crecimiento económico con el instrumento del desarrollo occidental sí producía incrementos económicos; pero en la población pobre cada vez más se empeoraban sus condiciones de existencia.

Con los procesos de China y Cuba, se pudo observar otro proceso de desarrollo muy concreto; ambos países iniciaron un proceso de desarrollo revolucionario a romper con las estructuras capitalistas y ponerse al margen de su mercado.

Con los procesos de liberación en el tercer mundo, China, Algeria,

Cuba, Vietnam; se han impulsado las tesis de Roy, en el sentido de que la revolución mundial no empezará en las metrópolis; exponentes de este pensamiento son Mao Tse Tung, Frank Fanon de Algeria, Ho-chi-min, Guevara.

Esta situación dió origen a dos tendencias; las del neoimperialismo en Europa Occidental (Francia, Suiza, Alemania) y las teorías de la dependencia en América Latina, de cuyos planteamientos su exponente más destado la CEPAL.

Otras corrientes en la discusión del problema del desarrollo son el cambio desigual, el capitalismo periférico, el empeoramiento de las condiciones del comercio, Paul Sweezy y Paul Bara son representantes.

En síntesis la teoría de la dependencia plantea:

1. Los países "subdesarrollados" no son "atrasados", sino que su subdesarrollo es el resultado de un proceso de desarrollo deformado, que tiene sus causas en la explotación del tercer mundo por parte de las metrópolis capitalistas, explotación que ha durado por cientos de años.
2. Las sociedades de América Latina nunca fueron feudales, su historia cambia con su colonización capitalista, esto significa que, la dinámica de su desarrollo ha sido determinada por la dinámica del sistema mundial capitalista.
3. Por lo anterior es incorrecta la perspectiva de la lucha política que plantea una revolución nacional burguesa antifeudal, como lo plantea la ortodoxia comunista.

De estos pensamientos son representantes destacados André Gunder, Frank, Fernando Mirdali.

En la discusión del problema del desarrollo surge también con Mauro Marini, el pensamiento del subimperialismo, que afirma la posibilidad que tienen algunas sociedades del tercer mundo de obtener un desarrollo dinámicamente relativo porque tienen una intervención de mediación entre el imperialismo y los centros periféricos; contribuyendo de este modo a la explotación de la periferia capitalista; en América Latina se presenta el caso de Brasil.

La corriente de la marginalidad (México y Perú) se presenta en el debate del problema del desarrollo; sostiene que como resultado del proceso de desarrollo del capitalismo dependiente, grandes cantidades de población van siendo marginadas en el sentido de no tener oportunidad de vincularse a procesos de producción capitalista en el sentido clásico; ésto es, no son ejército industrial de reserva, son marginados. Son representantes de ésta corriente Armando Cardoso y Aníbal Quijano entre otros.

En la Segunda mitad de la década de los setenta, el debate del problema del desarrollo fue ampliado con la problemática de la internacionalización de la producción; realidad que empezaba a dejar de lado la competencia entre economías nacionales. Ya esta internacionalización de la producción trae una competencia "entre capitalistas por rama industrial a nivel mundial; dando lugar al surgimiento de las ideas concentradas en la línea de la nueva división internacional del trabajo.

En el amplio campo de discusión sobre el problema del desarrollo, surge la posición burguesa de la estrategia y las necesidades básicas,

respaldada por el Banco Mundial, que propone en forma prioritaria la lucha contra la pobreza extrema, mediante la ayuda a la población más pobre. Parte de la propuesta consiste en estimular a los pequeños campesinos con el fin de que produzcan para el mercado interno, lo que les permite incrementar sus ingresos, en la medida en que estos contribuyen a aumentar la disponibilidad de alimentos propiciando de este modo la reducción de importaciones. En la práctica la política del Banco Mundial profundizado y originado nuevas crisis en los países del tercer mundo. Hasta hoy no se dispone de estudios críticos destacados para esa propuesta.

Otros pensamientos en el debate del desarrollo y que merecen ser tenidos en cuenta son los surgidos en: los países no alineados, el grupo de los 77; el grupo de la OPEP, la Comisión Norte Sur, el grupo Club de Roma con sus planteamientos sobre la limitación del crecimiento.

Si volvemos sobre el discurso de la OPS/OMS en general y en particular si reechemos en el Capítulo II las referencias que hacen frente al problema del desarrollo, comprobaremos una vez más la ausencia de una propuesta conceptual globalizadora del problema; esto es necesario, porque la formulación de una política y su correspondiente estrategia en materia de desarrollo y salud, precisa hacer explícitos las diferentes concepciones de estos elementos problemáticos, que como hemos visto no son hechos dados y terminados; son procesos conflictivos y por consiguiente todavía no terminados.

La comprensión histórica y total de los procesos desarrollo y salud-enfermedad y su vinculación y articulación, son los que le dan a la estrategia de Atención Primaria su carácter de proceso específico y dinámico para cada sociedad; y son las relaciones de poder dadas al interior de cada sociedad las que definirán la naturaleza del

desarrollo y la salud que favorecerá con la estrategia de Atención Primaria.

## 2°. Las fuerzas productivas

Las fuerzas productivas no pueden poseer una naturaleza distinta de aquella que le es propia a la sociedad de la que surgen.

"Lo que distingue a las épocas económicas unas de otras no es lo que se hace, sino el cómo se hace, con qué instrumentos de trabajo se hace " 1/

Análogamente nos atrevemos a afirmar que una sociedad también se diferencia de otra en su forma de enfermar y morir, así como también por los medios utilizados para proporcionar la salud y prevenir la enfermedad.

Desde esa perspectiva, se hace necesario que las políticas sanitarias, sus estrategias y sus acciones, tomen en consideración que los procesos salud-enfermedad están determinados por la forma específica en que los hombres actúan sobre la base material y técnica en su sociedad; en la que además desarrollan y perfeccionan sus instrumentos de trabajo y crean otros nuevos, amplían sus conocimientos y se apropian de la naturaleza.

Desde este punto de vista, y al referirnos a una política sanitaria que no explicita estos fundamentos; la consideraríamos como formulaciones sin bases ni referentes, como vemos en el Capítulo II no hay planteamientos en tal sentido.

---

1/ Marx.

Por último consideramos necesario explicitar que el desarrollo de las fuerzas productivas en América Latina está necesariamente explicado por su historia, proceso en el cual el problema del desarrollo y de su subdesarrollo ocupa gran espacio. No sobra por tanto advertir que la realidad problemática de la salud-enfermedad de los latinoamericanos está inmersa y vinculada en dicho contexto.

### 3°. Las relaciones sociales de producción

En primer lugar destacamos que si bien es cierto que los procesos salud-enfermedad son generados en las acciones que los hombres ejercen para transformar la naturaleza; también es necesario precisar que la forma de organización social que se dan en los procesos de producción ocupan un lugar prioritario en la explicación de la determinación de las formas de enfermar y morir en cada sociedad.

En nuestro caso, no es suficiente con afirmar que en América Latina se espera un incremento significativo de desempleados, marginados, número creciente de personas pobres, que vivirán concentrados en la periferia urbana y rural, hacinados y enfermos. En política no procede partir del fenómeno.

Cabe hacernos para nuestro caso al menos dos preguntas.

- ¿Cuáles son las perspectivas de los procesos de producción en América Latina en esta etapa de subdesarrollo para reflexionar en las condiciones de vida de los excluidos de los medios de producción?
- ¿Cómo se podrían caracterizar las acciones de una política sanitaria, que ante la presencia de unas mayorías de población excluidas de los medios de producción, pobres y enfermos; prioricen por ejemplo:

vacunar, medicamentos baratos, "tecnología apropiada", charlas educativas, atención prenatal, ayuda alimentaria para los niños, etc., por medio de la Atención Primaria de Salud?

#### 4º. La lucha de clases y el estado

Una estrategia de política sanitaria, como es la de Atención Primaria puede ser desarrollada de muy distinta manera en cada sociedad de acuerdo al estado de la lucha de clases y el carácter del estado.

Por lo anterior se hace necesario preguntar ¿quiénes impulsan en cada sociedad la estrategia de Atención Primaria y por qué? ¿Cuál es el tipo de desarrollo que buscan? ¿En qué y cómo participará el pueblo en las diferentes etapas de la estrategia de Atención Primaria? ¿Las acciones de la estrategia priorizan la promoción de la salud o la atención a la enfermedad? Cuando una estrategia de Atención Primaria en América Latina se propone como objetivos el desarrollo y la salud, es preciso saber, desarrollo y salud para quienes.

¿Será posible en el sistema capitalista acciones de política sanitaria que favorezcan el desarrollo y la salud del pueblo? En América Latina, las experiencias de Cuba y más recientemente Nicaragua, enseñan que el desarrollo y la salud de los trabajadores y demás sectores populares pasan necesariamente por procesos revolucionarios que impliquen la ruptura al sistema de explotación capitalista.

## CAPITULO V

### HIPOTESIS INTERPRETATIVA SOBRE LA ESTRATEGIA DE ATENCION PRIMARIA PARA AMERICA LATINA.

Si retomamos los términos del discurso de "Salud para Todos" y el correspondiente a la formulación de la estrategia para América Latina, observaremos cómo en parte lo hemos expresado en la caracterización de dicho discurso que lleva explícitamente formulaciones y consideraciones que limitan los posibles alcances de dicha estrategia.

Por una parte, el apearse a la definición tradicional de salud de la OMS es una limitación que lo afecta, porque significa una negativa a por lo menos tener en cuenta los avances logrados por otros pensadores en el proceso de conformación de una conceptualización más totalizadora del proceso salud-enfermedad.

Por otra parte la no explicitación del concepto sobre el desarrollo que proponen, en cierta medida obstaculiza el debate en forma más directa, aunque la propuesta de planificación y sus instrumentos, destacando entre estos los indicadores, conforman un medio para identificar el tipo de desarrollo a que se refieren.

Tenemos conciencia de que los límites mayores de la estrategia de Atención Primaria en términos de desarrollo y salud; no están dados estrictamente por la conceptualización de este problema; sino por las relaciones de poder que definen la orientación y contenido de las acciones que se generen en cada sociedad a raíz de tal estrategia.

En el contexto actual, la OPS/OMS como organismo internacional está limitada a plantear estrategias y hacer sólo recomendaciones en el campo sanitario y dejar que cada una de las sociedades hagan con

a. En los documentos analizados el referente conceptual de salud "completo estado de bienestar y equilibrio..." dado por la OMS no tiene en la meta, "Salud para Todos" y en su estrategia, posibilidades de ser obtenido por todos los pueblos del mundo, como se afirma en dicha estrategia.

b. En las metas de "Salud" expuestas en el Plan de Acción sólo se ofrecen algunas actividades relacionadas con la atención a la enfermedad, dejando de lado su coherencia con el concepto de salud.

La Nueva División Internacional del Trabajo, las políticas del Banco Mundial y del FMI, genera y profundiza en los pueblos de los países dependientes del mercado mundial capitalista los problemas de subdesarrollo y la enfermedad, debido entre otras a que poca población se vinculará a los nuevos procesos de producción del capitalismo; gran cantidad de personas será subempleada y la infinita mayoría de la población de América Latina será marginada de los procesos de producción, realidad que les obliga a sobrevivir en la periferia urbana y rural, con una carencia extrema de satisfactores: ingresos, alimentación, vivienda, vestido, educación, recreación, entre otros.

Como hemos visto en el Capítulo II, las acciones de la estrategia de Atención Primaria están dirigidas prioritariamente a "prestar atención" a los grupos más expuestos de esta población marginada. Si hacemos una reeluctura en dichos textos y pensamos en la propuesta de atención que se formularon, nos daremos cuenta de su poco alcance en el enfrentamiento del problema salud-enfermedad de estas poblaciones.

Lo anterior nos permite afirmar que las acciones de la estrategia

ellas la política particulares.

A pesar de éstos límites también es cierto que si la OPS/OMS explicita rá concepciones sobre Salud más esclarecedoras y las articulara a un concepto de desarrollo, definiendo desarrollo para quienes; además indicando el cómo éstos sujetos de la salud y el desarrollo recibirían los beneficios; la OPS/OMS jugaría un papel más directo en la orientación de las políticas de cada sociedad.

En la historia de los organismos Internacionales siempre se ha destacado que en las épocas de crisis no han tenido los instrumentos para imponer sus políticas, motivo por el cual sus estrategias en la historia han sido criticadas como política idealista. Las decisiones del Consejo de seguridad de la ONU y los fallos de la Corte Internacional de Justicia nos ilustran al respecto.

Merece destacarse el hecho de que los países imperialistas ejercen poder sobre las decisiones de los organismos internacionales; el retiro de los Estados Unidos de la UNESCO y la amenaza de Inglaterra y de la República Federal de Alemania de hacer lo mismo si dicho organismo continuaba con su demanda de un Nuevo Orden Mundial para la Comunicación y la Información.

Por lo tanto podemos afirmar que las recomendaciones oficiales de los organismos internacionales no están exentas de un compromiso político; el cual está detrás de sus generalidades.

Un estudio de las formulaciones de la OPS/OMS a través de su historia y a partir de las anteriores consideraciones nos abre el campo para otra investigación.

Con relación a la estrategia de la Atención Primaria formulada por la OPS/OMS podemos afirmar que es idealista porque:

de atención de los países dependientes del mercado mundial capitalista al concentrar su que hacer en dichos grupos de población en forma acrítica, reduce su función en última instancia a prestar útiles servicios a los capitales imperialistas que son la explicación del subdesarrollo y enfermedad de la mayoría de la población de América Latina. En síntesis, se trata de una política sanitaria que contribuye con la dominación imperialista.

## A MANERA DE CONCLUSION GENERAL

1. Como se desprende de todo lo anterior, nuestro esfuerzo principal ha estado centrado en una reflexión que pretende ofrecer una perspectiva de análisis de la estrategia de Atención Primaria y sus posibilidades de desarrollo y salud en los países dependientes del mercado capitalista mundial, de modo que pueda revelar el carácter dominante contenido en el discurso oficial de la OPS/OMS con relación a dicha estrategia; y formular interrogantes que propicien una discusión esclarecedora. El discurso oficial de la OPS/OMS sobre la meta "Salud para Todos" está basado en descripciones fenoménicas, hecho que ha facilitado la formulación de estrategias que contribuyen al mantenimiento del poder actual.

Creemos haber propuesto algunas preguntas que intentan pensar la estrategia de Atención Primaria, desde otras perspectivas de salud y desarrollo; sin reducir éste al crecimiento económico y las acciones sanitarias al cuidado de la enfermedad.

Los límites de este trabajo y la naturaleza del problema, no permitían ofrecer aquí como resultado una propuesta; ésta necesariamente ha de conformarse a través de investigaciones de casos, pues, enunciamos, la vía para el desarrollo y la salud no es única. La realización de estos estudios, en sociedades con diferentes condiciones, mediante enfoques multidisciplinarios facilitarán a la OPS/OMS referentes que propicien la formulación de estrategias sobre bases que trasciendan el empirismo, posibilitando de este modo propuestas menos conservadoras.

Resulta curioso que bajo las concepciones de desarrollo y salud que orientan la estrategia de Atención Primaria, la pregunta de

partida en dicha estrategia sea precisamente de cómo se articula una política sanitaria en esa especie de todo que sería la política en general. Con una lógica similar, pudiera preguntarse también, cómo se articula la política en general con la política sanitaria en particular; de esta segunda pregunta no existe al menos la menor preocupación.

2. En este trabajo sólo hemos realizado y desde el punto de vista expuesto una parte del discurso de la OPS/OMS (los documentos series "Salud para Todos" y sus estrategias), ese es nuestro referente inmediato.

La ideas expuestas sobre la estrategia de Atención Primaria exigirían que tomáramos en cuenta unas dimensiones más amplias, que involucrara no solo parte del discurso, sino todo el discurso oficial y otros discursos sobre el problema. Sin embargo, la única excusa que puedo presentar son las diferentes limitaciones de quien esto afirma.

3. El conjunto de preocupaciones aquí expuestas, son el inicio de una búsqueda en la que desconocemos sus hallazgos, por tanto este trabajo es también una invitación a trabajar juntos, en este sentido lo primero que esperamos es una contribución crítica de quienes se interesen por las inquietudes aquí contenidas.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS \*

1. Carta de Punta del Este. P. 12-13; 15
2. Naciones Unidas Resolución 34/53. La salud como parte integrante del desarrollo. V Resoluciones aprobadas sobre la base de los informes de la Segunda Comisión. P. 109.
3. Naciones Unidas. Resolución 36/43. Estrategia mundial de Salud para Todos en el Año 2000. V Resoluciones aprobadas sobre la base de los informes de la Segunda Comisión.
4. Módulo "Práctica Médica y recursos humanos". Salazar Hector, Blanco, José; Jarillo, Edgar. UAM-X Maestría en Medicina Social -Trimestre 86/8.
5. Sunkel, Osvaldo y Paz Pedro. El subdesarrollo latinoamericano y la teoría del desarrollo. México, Siglo XXI, ILPES. 1970, p. 32-33.
6. Cardoso F.H., Faletto Enzo. Dependencia y desarrollo en América Latina. México, Siglo XXI editores, vigésima edición, 1986, p. 23
7. Ibid., p. 23
8. Ibid., p. 23-24
9. BaruaL, John D., La ciencia en la historia, México, UNAM Nueva Imagen, 1981. 5a ed. en español, p. 423
10. Ibid., p. 454

11. Ibid., p. 455
12. Ibid., p. 508
13. COPLAMAR. Necesidades esenciales en México. Situación actual y perspectivas al año 2000. Salud. Siglo XXI Ed. México, 3a. ed., 1985, p. 33
14. Ibid., p. 32
15. Cardoso y Faletto, obra citada, p. 11
16. Alma Ata 1978. Atención Primaria de Salud. Ginebra. Organización Mundial de la Salud, 1978 (Serie "Salud para Todos , No. 1)
17. Formulación de Estrategias con el fin de alcanzar la salud para todos en el año 2000. Principios básicos y cuestiones esenciales. Ginebra. Organización Mundial de salud, 1979 (Serie "Salud para Todos" No. 2)
18. Estrategia Mundial de Salud para Todos en el año 2000. Ginebra Organización Mundial de la Salud 1981 (serie "Salud para Todos", No. 3)
19. Preparación de indicadores para vigilar los progresos realizados en el logro de Salud para Todos en el Año 2000. Ginebra. Organización Mundial de la Salud, 1981 (Serie "Salud para Todos"; No. 4).
20. Proceso de gestión para el desarrollo nacional de la salud. Normas fundamentales para su empleo en el apoyo de las Estrategias de Salud para Todos en el Año 2000. Ginebra. Organización Mundial de la Salud, (Serie "Salud para Todos"; No.5)

21. Evaluación de los programas de salud. Normas fundamentales para su aplicación en el proceso de gestión para el desarrollo nacional de la salud. Ginebra. Organización Mundial de la Salud, 1981 (Serie "Salud para Todos"; No.6)
22. Plan de Acción para aplicar la Estrategia Mundial de Salud para Todos. Ginebra. Organización Mundial de la Salud, 1982 (Serie "Salud para Todos" No. 7)
23. Séptimo Programa General de Trabajo para el periodo 1984-1989. Ginebra. Organización Mundial de la Salud, 1982 (Serie "Salud para Todos" No. 8)
24. Glosario de términos empleados en la Serie "Salud para Todos" Números 1-8. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1984 (Serie "Salud para Todos"; No. 9)
25. Salud para Todos en el Año 2000. Estrategias. Washington. OPS/OMS, 1980 (Dcto. Oficial, No. 173)
26. Salud para Todos en el Año 2000. Plan de Acción para la Instrumentación de las Estrategias Regionales. Washington OPS/OMS, 1981 (Dcto. Oficial, No. 179).