



ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD



49.º CONSEJO DIRECTIVO **61.ª SESIÓN DEL COMITÉ REGIONAL**

Washington, D.C., EUA, del 28 de septiembre al 2 de octubre del 2009

Punto 3.2 del orden del día provisional

CD49/3, Rev. 1 (Esp.)
18 de septiembre del 2009
ORIGINAL: INGLÉS

INFORME ANUAL DEL DIRECTOR DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA

**Hacia la “salud para todos”:
Avances en torno a la atención primaria de salud en las Américas**

Mensaje de la Directora

A los Estados Miembros:

De conformidad con lo dispuesto en la Constitución de la Organización Panamericana de la Salud, tengo el honor de presentar el informe anual correspondiente al 2008-2009 acerca de las actividades de la Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional para las Américas de la Organización Mundial de la Salud. En él se pone de relieve la importante labor de cooperación técnica durante ese año, en el marco del Plan Estratégico de la Oficina Sanitaria Panamericana correspondiente al 2008-2012, aprobado por los Cuerpos Directivos de la Organización Panamericana de la Salud.

Mirta Roses Periago
Directora

Hay países en nuestra Región y en el mundo que han logrado construir sistemas de salud que garantizan de manera efectiva el acceso universal y equitativo, que son solidarios y participativos, al tiempo que aseguran eficiencia, eficacia y calidad. Todos son sistemas que se basan en la atención primaria de la salud.

*— Mirta Roses Periago
Directora de la Oficina Sanitaria Panamericana*

CONTENIDO

	<i>Página</i>
Introducción	4
Capítulo I. Una nueva visión.....	5
Capítulo II. Hacia la cobertura universal.....	11
Capítulo III. Creación de servicios de salud centrados en las personas	15
Capítulo IV. Promoción de políticas públicas para la salud	28
Capítulo V. Liderazgo nuevo para la salud	31
Capítulo VI. Afrontar los retos futuros	40

Introducción

1. En la Región de las Américas se han registrado grandes logros de salud en el último cuarto de siglo, como lo muestran las mediciones de casi todos los indicadores clave. Desde principios de los años ochenta, la mortalidad infantil ha descendido a más de la mitad, las defunciones por enfermedades transmisibles han disminuido casi al mismo nivel y la esperanza de vida promedio ha aumentado seis años.

2. Lamentablemente, estos logros reflejan solo los promedios y ocultan las inequidades de salud, a menudo en aumento, que existen entre los países de la Región y dentro de ellos. La esperanza de vida es de 20 años más para las personas de los países más ricos de las Américas que para las personas de los países más pobres. En algunos países, las personas más adineradas viven 30 años más que las más pobres. Sesenta por ciento de todas las defunciones maternas en la Región ocurren en el tercio más pobre de los países. La desfavorable situación económica actual y las nuevas amenazas que emergen para la salud —especialmente el aumento rápido de las enfermedades crónicas no transmisibles— ponen en peligro los logros generales en materia de salud de los países y exacerbando las inequidades, puesto que repercuten desproporcionadamente en los pobres y los vulnerables.

3. Para afrontar estos retos, los Estados Miembros de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), con el apoyo de la Oficina Sanitaria Panamericana, han emprendido grandes iniciativas a fin de reformar y reestructurar sus sistemas de salud con el propósito de hacerlos más eficientes, eficaces, accesibles e inclusivos. Las iniciativas más importantes están siendo guiadas por los principios y la orientación estratégica de una nueva visión de la atención primaria de salud, que la OPS y la Organización Mundial de la Salud (OMS) han señalado como el enfoque más eficaz para promover mejoras equitativas y sostenibles en materia de salud.

4. El presente informe pone de relieve los adelantos de los Estados Miembros de la OPS con respecto a la ejecución de las reformas y las intervenciones orientadas a la nueva visión de la atención primaria de salud, así como la función de la OPS al promover y apoyar esos adelantos. Por medio de este informe, la OPS espera promover aún más este nuevo enfoque de la atención primaria de salud y, de ese modo, redoblar los esfuerzos en toda la Región para impulsar la visión de lograr la “Salud para todos” y hacerla realidad.

Capítulo I

Una nueva visión

5. Los países de las Américas siguen aún hoy intentando resolver muchos de los mismos retos fundamentales de salud que dieron lugar hace 30 años al llamamiento de Alma-Ata, en el que se instaba a lograr la “salud para todos en el año 2000”. A pesar de los logros notables en cuanto a la esperanza de vida y otros indicadores globales, millones de personas todavía carecen de acceso a la asistencia sanitaria y otras condiciones esenciales para una buena salud. Los sistemas de salud están diezmados por los costos elevados y las ineficiencias, y tienen dificultad para responder a los grandes cambios de las tendencias epidemiológicas y demográficas. Los presupuestos sanitarios nacionales están permanentemente subfinanciados, a pesar de la aceptación generalizada del mensaje de Alma-Ata de que la promoción y la protección de la salud son esenciales para el desarrollo social y económico sostenido y para una buena calidad de vida.

6. En los últimos tres decenios, muchos países han tratado de abordar estos problemas mediante la reforma del sistema sanitario, pero sus esfuerzos han tenido resultados limitados, muy diversos e, incluso, contraproducentes. Las reformas del sector de la salud de los años ochenta y noventa procuraron mejorar la costo-efectividad y la sostenibilidad financiera mediante la descentralización, la desregulación y la competencia, pero dejaron a los sistemas de salud segmentados y fragmentados, proporcionando distintas clases de atención a diferentes grupos con poca coordinación, continuidad o equidad. Incluso las iniciativas para ejecutar la atención primaria de salud a menudo no han logrado producir los resultados deseados. Muchos países han aplicado el enfoque solo de una manera selectiva, usando unas pocas intervenciones de gran impacto para grupos o enfermedades específicas u ofreciendo atención básica y de bajo costo a los pobres. Solo unos pocos países de la Región (Canadá, Chile, Costa Rica y Cuba, entre otros) han hecho tradicionalmente de la atención primaria de salud un pilar de sus sistemas de salud y se encuentran entre los países que han logrado los mejores resultados en materia de salud.

7. Estas experiencias y otras similares de todo el mundo indican claramente que los sistemas de salud convencionales no están preparados para satisfacer las necesidades de salud del pueblo, y que los principios y las estrategias de la atención primaria de salud ofrecen el mayor potencial para mejorar los resultados y reducir las inequidades en materia de salud.

8. En reconocimiento de esto, en el año 2003 —el 25.º aniversario de Alma-Ata— los Estados Miembros de la OPS renovaron conjuntamente su compromiso con la atención primaria de salud por medio de la resolución CD44.R6 en la que se instó a la Oficina Sanitaria Panamericana a que tuviera en cuenta los principios de la atención

primaria de salud en todas sus actividades de cooperación técnica. Los países solicitaron a la Oficina que promueva el enfoque mediante la capacitación del personal de salud, el apoyo a modelos definidos localmente y la evaluación de distintos sistemas basados en la atención primaria de salud. También solicitaron a la OPS que promueva las celebraciones y la reflexión en torno a los 25 años de experiencia que tiene el continente americano con la atención primaria de salud, con miras a determinar las mejores prácticas para ejecutar las reformas basadas en la atención primaria de salud en toda la Región.

9. Como parte de este proceso, la OPS y sus Estados Miembros organizaron una serie de consultas nacionales e internacionales sobre la atención primaria de salud de las que participaron la sociedad civil, los gobiernos, las organizaciones no gubernamentales, las universidades, las asociaciones profesionales, otros organismos de las Naciones Unidas y la comunidad internacional. Sobre la base de una versión preliminar elaborada por el grupo de trabajo especial sobre la atención primaria de salud y los aportes del 46.º Consejo Directivo, que tuvo lugar en septiembre del 2005, la OPS produjo un documento de posición denominado *Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas*, en el que se redefine el enfoque y se formula la orientación estratégica y programática para establecer sistemas de salud basados en esta visión renovada. Se distribuyeron 40.000 copias de este documento en los cuatro idiomas oficiales de la OPS en la Región de las Américas y en todo el mundo. En septiembre del 2005, el 46.º Consejo Directivo de la OPS manifestó su apoyo al nuevo enfoque en la Declaración Regional sobre las Nuevas Orientaciones de la Atención Primaria de Salud (Declaración de Montevideo). Se lo respaldó nuevamente en la declaración final de la conferencia internacional Buenos Aires 30/15: De Alma-Ata a la Declaración del Milenio (Declaración de Buenos Aires) en el 2007, en el Consenso de Iquique firmado en ocasión de la IX Conferencia Iberoamericana de Ministros y Ministras de Salud, en la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017 y en la Quinta Cumbre de las Américas (Declaración de Puerto España) en abril del 2009.

10. El documento de posición de la OPS/OMS presenta los datos científicos acumulados que muestran que los sistemas sanitarios basados en la atención primaria de salud son más eficientes, tienen costos menores y logran una satisfacción mayor de los usuarios que los sistemas que no utilizan este enfoque. En vista de las experiencias con la atención primaria de salud en las Américas y en otras regiones, y de la incapacidad de los sistemas existentes de satisfacer las necesidades de salud actuales, el presente informe presenta una nueva visión para la reforma basada en la atención primaria de salud y proporciona orientación estratégica y líneas de acción para llevarla a cabo.

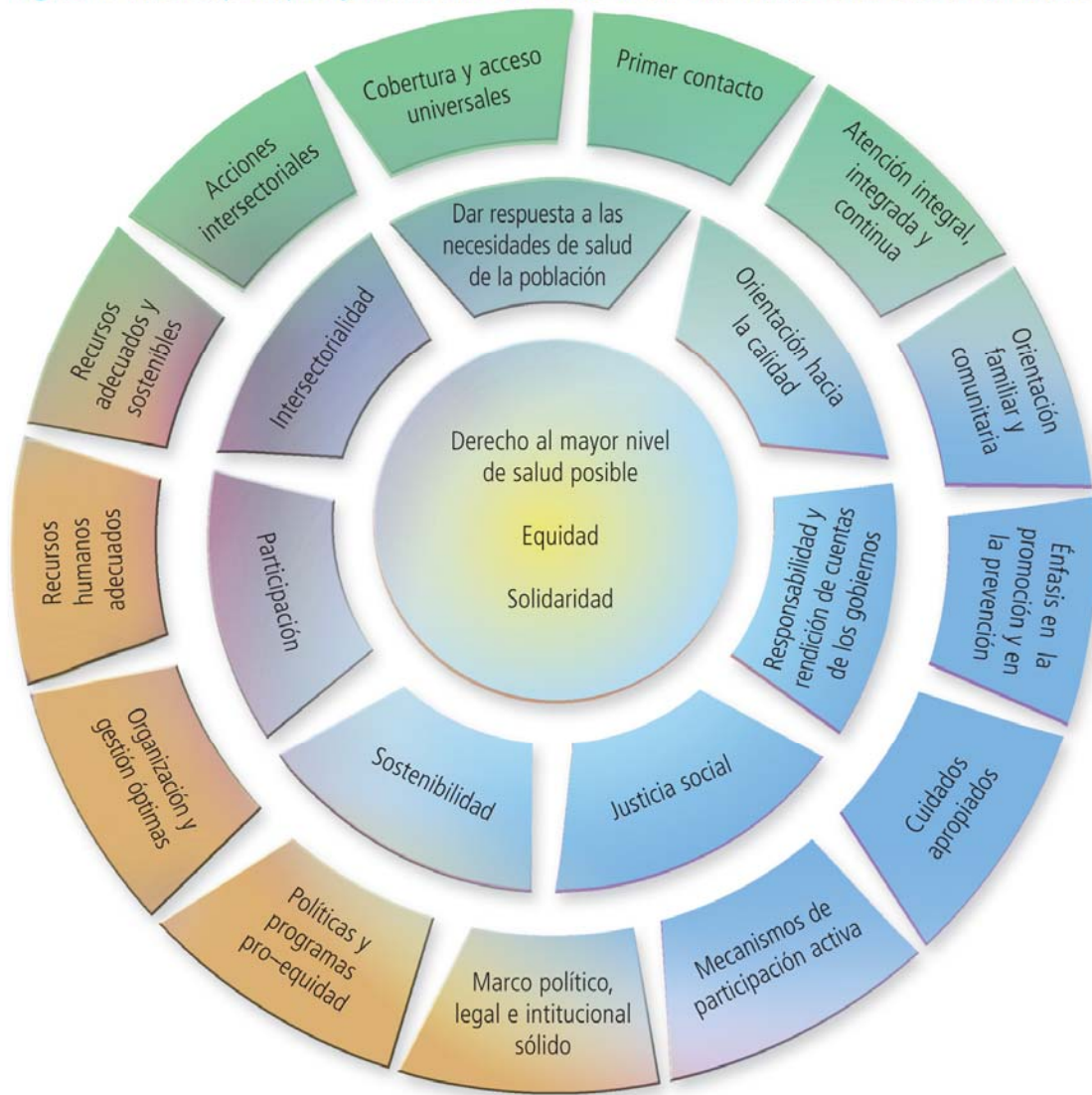
11. La nueva visión de la OPS/OMS sigue siendo fiel al espíritu de Alma-Ata, pero difiere en algunos aspectos importantes de muchos de los métodos de atención primaria de salud que han surgido desde 1978. Desecha la idea de un conjunto definido de intervenciones sanitarias dirigidas a grupos de población específicos y busca en cambio la

transformación del sistema de salud en su totalidad. Abraza la equidad, la solidaridad y el derecho de las personas de gozar del grado máximo de salud como principios orientadores, pero también subraya la calidad y la sostenibilidad de los servicios. Reconoce las funciones de los sectores público, privado y sin fines de lucro en la asistencia sanitaria, así como la importancia de las funciones del sistema de salud diferentes de la provisión de la atención médica. También reconoce que los diferentes países tienen necesidades distintas, al igual que distintos niveles de recursos, capacidades administrativas y preferencias culturales, por lo que no es posible ni aconsejable aplicar un enfoque único de la atención primaria de salud en todos los casos. En lugar de ello, se proporcionan principios orientadores y áreas esenciales de acción para llevar a cabo una reforma sanitaria integral.

12. El documento de posición de la OPS/OMS expone tres valores centrales, siete principios y trece elementos esenciales que son los componentes fundamentales de un sistema de salud basado en la atención primaria de salud (véase la figura 1) y que, en su conjunto, permiten crear sistemas de salud que garanticen la cobertura y el acceso universal a servicios que sean aceptables para la población y que presten una atención amplia, integrada y apropiada a lo largo del tiempo, haciendo hincapié en la prevención y la promoción de la salud. Estos sistemas consideran a la familia y la comunidad como la base para la planificación y la acción, y potencian al máximo tanto la participación individual como colectiva en la formulación de políticas, el establecimiento de prioridades y la adopción de decisiones con respecto a su propia salud. Promueven la solidaridad, la justicia social y la equidad en el acceso no solo a los servicios sino a otras condiciones que son esenciales para una buena salud.

13. La visión de la OPS/OMS también requiere un sólido sustento legal, institucional y de organización, y contar con recursos humanos, económicos y tecnológicos suficientes y sostenibles. Se debe contar con prácticas óptimas de gestión para velar por la calidad, la eficiencia y la eficacia, y de seguimiento y evaluación transparentes a fin de garantizar la responsabilización. La visión insta a la colaboración intersectorial y la promoción de políticas y programas que aborden los determinantes sociales de la salud.

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



14. En el 2007, dos años después de la Declaración de Montevideo, se abordó la renovación de la atención primaria de salud dentro del programa de acción sanitaria mundial cuando la nueva Directora General de OMS, la doctora Margaret Chan, respaldó el enfoque como “la única manera para garantizar el acceso justo, asequible y sostenible a la atención esencial de toda la población”. Un año después, en el informe de la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud se le prestó aún más apoyo al tema al documentarse las disparidades crecientes en los resultados de salud dentro de los países y entre ellos, analizando las causas fundamentales sociales, económicas y políticas de estas

diferencias y citando como una de las mejores soluciones la renovación del énfasis en la atención primaria de salud.

15. Bajo la dirección de la doctora Chan, la OMS llevó a cabo su propio examen de la atención primaria de salud, aprendiendo de las experiencias de la Región de las Américas y de todo el mundo. Esta labor culminó con la publicación del Informe sobre la salud en el mundo 2008 “La atención primaria de salud: Más necesaria que nunca”, en el cual se exponen aun más datos probatorios que validan la atención primaria de salud como la mejor manera de velar por la equidad en materia de salud y de equipar a los sistemas de salud para que puedan afrontar los nuevos retos. Un año después, la 62.^a Asamblea Mundial de la Salud brindó su respaldo a este enfoque e instó a su adopción generalizada (WHA62.12 y WHA62.14).

16. En el Informe sobre la salud en el mundo 2008 se analizan las principales deficiencias que han hecho que los sistemas de atención de salud convencionales fueran incapaces de satisfacer las necesidades de un gran número de personas. Estas deficiencias incluyen la prestación de una “atención inversa” por la cual las personas con más medios son las que consumen más atención, mientras que las que tienen menos medios y más problemas de salud son las que menos lo hacen; la “atención empobrecedora” por la cual las personas y las familias que carecen de protección social caen en la pobreza como resultado de los exorbitantes gastos que deben costear de su propio bolsillo para recibir atención; la “atención fragmentada” debida a la excesiva especialización que impide que se adopte un enfoque holístico y continuo de la atención de las personas; la “atención peligrosa” debida al diseño inadecuado de sistemas que no garantizan las condiciones de seguridad e higiene necesarias; y la “orientación inadecuada de la atención” por la que la asignación de los recursos se concentra en los servicios curativos y se descuida la prevención y promoción de la salud.

17. En el informe se indica que el enfoque de atención primaria de salud aborda todas estas deficiencias al proporcionar una dirección clara que permita brindar una respuesta integral y equilibrada a las necesidades de salud. Se proponen cuatro áreas de reforma basada en la atención primaria de salud, que son fundamentales para establecer sistemas de salud que sean productivos. A continuación se describen estas cuatro áreas.

18. **Cobertura universal.** Para lograr reducir las inequidades en materia de salud, todas las personas deben tener acceso a la asistencia sanitaria según sus necesidades e independientemente de su capacidad de pago. Los países deben emprender reformas y poner en marcha intervenciones que los lleven hacia el acceso universal y la protección sanitaria social, incluidas iniciativas para ampliar la cobertura a toda la población para un número creciente de servicios y con un costo en efectivo que sea cada vez menor.

19. **Prestación de los servicios.** Para responder a las necesidades y las expectativas de las personas, la asistencia sanitaria debe “centrarse en las personas”. Los países deben emprender actividades que les permitan organizar y reformar sus servicios de salud a fin de garantizar que se disponga de atención continua y de alta calidad a nivel local. Esto incluye iniciativas para mejorar tanto la calidad técnica como la calidad percibida de los servicios de salud.

20. **Políticas públicas.** Muchos de los determinantes más importantes de la salud están fuera del alcance del sector sanitario. Los países deben proseguir políticas públicas transversales e integradas que promuevan la prevención y promoción de la salud, y que garanticen la colaboración intersectorial a fin de abordar los determinantes sociales de la salud.

21. **Liderazgo.** Los sistemas de salud no están avanzando por cuenta propia hacia una mayor justicia, eficiencia y eficacia, por lo que emprender un nuevo rumbo requiere del liderazgo activo. Los gobiernos deben ejercer tal liderazgo al facilitar un diálogo participativo que convoque a todos los sectores, al formar las capacidades institucionales e individuales de liderazgo en relación con la formulación de políticas de salud, y al mejorar la recopilación de información sanitaria para fundamentar el debate de las políticas.

22. En la Región de las Américas, un número cada vez mayor de países ha abrazado la nueva visión de la atención primaria de salud y está llevando a cabo iniciativas basadas en estos principios y líneas clave de acción. Estas iniciativas comprenden desde actividades para mejorar la calidad y la aceptabilidad de los servicios de salud hasta la promulgación de leyes y marcos jurídicos que promuevan la cobertura sanitaria universal, como las disposiciones en las nuevas constituciones de Bolivia, Ecuador y Venezuela que establecen que la salud es un derecho básico de todos los ciudadanos y asignan al Estado la responsabilidad de garantizar la inclusión y el acceso a los servicios de salud (véase además el capítulo II).

23. A continuación figuran algunos otros ejemplos importantes del avance hacia la cobertura sanitaria universal en los últimos años:

- Plan de atención de la salud materno-infantil (“Plan Nacer”) y plan médico obligatorio de la Argentina.
- Seguro nacional de salud de las Bahamas.
- Sistema nacional de salud pública (Sistema Único de Saúde) y programa de salud familiar del Brasil.
- Régimen de garantías explícitas en salud de Chile (“Plan AUGE”).

- Régimen subsidiado del sistema general de seguridad social de salud de la República Dominicana.
- Ley de creación del Sistema Nacional de Salud de El Salvador.
- Seguro popular de México.
- Modelo de atención familiar y comunitaria de Nicaragua.
- Seguro integral de salud del Perú.
- Sistema Nacional Integrado de Salud y Fondo Nacional de Salud del Uruguay.

24. Los países de la Región están también logrando importantes avances por medio de las iniciativas para integrar y coordinar mejor sus servicios de salud, ampliar el acceso a la atención integral, promover la prevención y la promoción de la salud, y abordar los determinantes sociales de la salud. En los capítulos III a VI del presente informe se pone de relieve una amplia gama de actividades en este sentido, en el contexto de la cooperación técnica de la OPS durante el 2008-2009. En su conjunto, estas iniciativas muestran el importante avance que ha realizado la Región de las Américas en pos de alcanzar su meta colectiva de lograr la “Salud para todos”.

Capítulo II

Hacia la cobertura universal

25. El acceso universal a los servicios de salud y la protección social es fundamental para lograr la equidad en materia salud y es un componente central de la visión renovada de la atención primaria de salud. Este concepto goza de amplio apoyo entre los Estados Miembros de la OPS. La universalidad es uno de los principios fundamentales de la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017 y una mayor protección social y acceso a servicios de salud de calidad es una de las ocho áreas de acción prioritaria establecidas en la Agenda.

26. En el 2008-2009, los Estados Miembros de la OPS realizaron un importante avance hacia el acceso universal a la salud por medio de nuevas leyes y marcos de política así como mediante programas concretos sobre el terreno. A continuación se describen algunos aspectos destacados de la cooperación técnica de la OPS en apoyo de este avance.

27. En **Bolivia**, la OPS ha prestado apoyo a un programa que promueve la asistencia prenatal para las embarazadas que no tienen seguro de salud. El programa de bonos Juana Azurduy de Padilla paga 50 bolivianos (cerca de US\$ 7) a las embarazadas por cada control prenatal al que asistan y otros 120 bolivianos si dan a luz en un centro de salud

estatal. Las mujeres también reciben 125 bolivianos por cada control bimestral al que llevan a su hijo, hasta que el niño cumple los dos años. La iniciativa empezó a ejecutarse en mayo del 2009 en los municipios de todo el país. La OPS está apoyando la creación de la infraestructura y la formación de los recursos humanos necesarios para prestar los servicios de salud que se ofrecen en el programa.

28. En **Colombia**, la OPS está apoyando los esfuerzos nacionales para ampliar la cobertura sanitaria por medio de dos iniciativas dirigidas a grupos especiales de la población. En la primera, la OPS ayudó al Ministerio de Protección Social a formar un grupo técnico especial (denominado “mesa técnica”) encargado de elaborar modelos alternativos y multiculturales de atención primaria de salud que garanticen la ampliación de la protección social y el acceso a servicios de salud de calidad para personas que viven en zonas remotas. Los primeros modelos están ejecutándose en el departamento de Chocó en el período 2009-2010 y hay planes para extenderlos a zonas de la costa colombiana del Pacífico.

29. En la segunda iniciativa, la OPS ha promovido la ampliación de la cobertura sanitaria a las personas desplazadas por conflictos, que representan de 9 a 12% de la población colombiana. La OPS ha apoyado la capacitación y divulgación por medio de la iniciativa la Ruta de la Salud, en la que se brinda formación a las autoridades y las personas desplazadas acerca de sus respectivos derechos y responsabilidades, y se explica a las personas desplazadas cómo obtener acceso a los servicios de salud en sus nuevas ubicaciones. La OPS también diseñó un programa informático (SIGA) que registra el gasto público destinado a la salud de estos grupos poblacionales, lo que ayuda a aumentar la responsabilización y garantizar el financiamiento sostenido de estas actividades.

30. En **Costa Rica**, la OPS prestó cooperación técnica con el fin de ayudar a elaborar un modelo para garantizar el acceso a los servicios de salud y ampliar la cobertura a grupos poblacionales que anteriormente se hallaban excluidos. En él se hace hincapié en un conjunto básico de servicios que son responsabilidad del estado y se incluye una estrategia para prestar atención domiciliaria como un elemento fundamental de atención primaria de salud y como una manera de racionalizar el uso de los recursos sanitarios.

La salud como un derecho en el Ecuador

La OPS contribuyó al enfoque de salud de la nueva constitución del Ecuador, aprobada en septiembre del 2008. En ella se establece el derecho de todos los ciudadanos al *sumac kawsay*, expresión Kichwa que significa “buena vida”, por medio del acceso a la asistencia sanitaria y de determinantes sociales de la salud clave como la educación, la nutrición y la vivienda. La nueva constitución forma parte de un marco jurídico y de desarrollo más amplio conocido como el Sistema Nacional de Inclusión y Equidad.

La nueva constitución estipula que el sistema nacional de salud debe basarse en la atención primaria de salud y debe ofrecer una red pública integral que funcione de conformidad con los principios de la universalidad y la equidad, bajo la dirección de las autoridades sanitarias nacionales. En el artículo 32 se establece que el sistema debe dar “acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva”. En el documento también se dispone que el Estado debe garantizar el derecho a la salud mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales.

En varios artículos de la constitución se apoya directamente la ejecución de la transformación sectorial de salud en el Ecuador (TSSE), una iniciativa de reforma del gobierno que busca reorganizar el sistema de salud de acuerdo con los principios de la equidad, la calidad, la eficiencia, la participación, el pluralismo, la solidaridad y la universalidad. En diversos artículos se apoyan específicamente los siete componentes principales de esta transformación: el fortalecimiento de las autoridades sanitarias nacionales, la administración y la gestión del sistema nacional de salud, la red de servicios de salud pública y el modelo de atención integral, el financiamiento del sistema nacional de salud, la auditoría y monitoreo del sistema nacional de salud, la gestión de la información sanitaria, y la participación de los ciudadanos y el control social. El objetivo es un sistema nacional de salud que garantice el acceso “universal, progresivo y gratuito” a servicios de salud de calidad basados en un modelo integral de atención, haciendo hincapié en la promoción y la prevención de la salud, y la atención primaria.

31. Con el apoyo financiero de la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional (ACDI), la OPS brindó ayuda al Ministerio de Salud de **Haití** en la elaboración de una estrategia para reducir la mortalidad de la madre y del recién nacido al garantizar el acceso gratuito a la asistencia prenatal, durante el parto, neonatal y posnatal en 47 establecimientos de salud de todo el país. Los resultados preliminares muestran un aumento notable de los partos institucionalizados, una mejor respuesta a las urgencias obstétricas y un grado de satisfacción de los beneficiarios de 70 a 80% con respecto a la calidad de la atención. Estos resultados han ayudado a conseguir que se incorpore una propuesta de política de protección social de la salud tanto en los programas de cooperación nacionales como los internacionales en Haití.

32. En **Honduras**, la OPS ha brindado apoyo a las iniciativas para ampliar la cobertura sanitaria sobre la base de la visión renovada de la atención primaria de salud, que incluye la descentralización de los servicios de salud. Por medio de un marco de atención primaria de salud, el Ministerio de Salud ha reorganizado los servicios sanitarios en 20 regiones de ese país y ha ejecutado nuevos modelos de atención en 29 unidades de salud pertenecientes a 10 municipios. Para fines del 2008, el tercer año de aplicación de la estrategia, 60.000 familias en 1.142 comunidades rurales habían recibido atención en los servicios reorganizados. La OPS también ha firmado una carta de entendimiento para proporcionar un curso sobre la formación de capacidades institucionales en relación con la atención primaria de salud para el personal del Instituto Hondureño de Seguridad Social, a fin de brindar apoyo a la ejecución del programa de atención integral de la salud familiar y comunitaria, que busca ampliar la cobertura y mejorar la calidad de la atención.

33. En **Panamá**, la OPS ayudó a elaborar y a lanzar el Diagnóstico situacional y Plan de Salud para los Pueblos Indígenas de Panamá, un documento que se centra principalmente en la atención primaria de salud y en el que se plantea una estrategia quinquenal para mejorar la salud de los indígenas mediante un proceso participativo que incluye reuniones con los líderes indígenas de diferentes grupos étnicos en todo el país.

34. En el **Paraguay**, la OPS ayudó al Ministerio de Salud a que elaborara una nueva Política Nacional sobre la Salud de los Pueblos Indígenas para luchar contra la exclusión que padecen frente al acceso a la atención de salud. El plan hace hincapié en la atención primaria de salud y la participación comunitaria, e incluye la creación de equipos de salud móviles y la capacitación de los recursos humanos usando una perspectiva intercultural. Se está ejecutando por medio de alianzas con los gobiernos locales, algunas organizaciones no gubernamentales y el UNICEF.

35. En el **Perú**, la OPS está apoyando la aplicación de una nueva ley de aseguramiento universal, que fue promulgada a fin de complementar los planes de seguro existentes vinculados al empleo público y privado. En ella se establece un seguro de salud pública financiado con fondos públicos para proporcionar cobertura a las personas de bajos ingresos. Con el objeto de brindar apoyo a la aplicación de la ley, la OPS está encabezando una iniciativa para fortalecer las capacidades del personal sanitario sobre la base del modelo de atención primaria de salud. La ley se está aplicando actualmente en siete áreas piloto que se encuentran entre las regiones más pobres del país.

36. En el **Uruguay**, la OPS apoyó la creación y puesta en marcha de un nuevo Sistema Nacional Integrado de Salud, que unifica los subsistemas privados y públicos bajo una única estructura, por lo que se elimina la fragmentación y se reducen las inequidades en el acceso a la asistencia. La OPS también prestó apoyo a la creación del nuevo Fondo Nacional de Salud, que incorpora varios planes de seguro preexistentes en un único plan nacional de seguro de enfermedad que proporciona cobertura a toda la

población. Como parte de su apoyo, la OPS ayudó al Uruguay a elaborar un nuevo modelo de atención basada en la estrategia de atención primaria de salud, a crear un conjunto garantizado de derechos (plan integral de atención de salud) y a establecer mecanismos para implantar el nuevo sistema y el nuevo fondo, que han permitido que el país logre la cobertura universal.

37. El Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano de la OPS (CLAP) brindó apoyo a las actividades para aumentar la cobertura de los servicios maternos y reducir la mortalidad materna mediante la cooperación técnica en las provincias del nordeste de la **Argentina**, en el programa Sembrando en el **Perú**, Arranque Parejo en **México**, y en algunas iniciativas conexas en **Haití**, **Honduras** y **Guyana**.

Capítulo III

Creación de servicios de salud centrados en las personas

38. Para satisfacer eficazmente las necesidades de la población, los servicios de salud deben ser integrados, accesibles y aceptables, y deben prestar atención de manera continua e integral. Los Estados Miembros de la OPS han emprendido importantes actividades para reorganizar sus sistemas de salud con estos objetivos en mente, de acuerdo con los principios y los elementos de la atención primaria de salud. En el 2008-2009, esta labor comprendió desde iniciativas amplias de descentralización hasta actividades más específicas encaminadas a mejorar la calidad y la aceptabilidad de la atención. La OPS prestó apoyo importante a estos esfuerzos por medio de la cooperación técnica en los países, como se describe a continuación.

39. En la **Argentina**, la OPS promovió un programa de atención perinatal en el hospital maternoinfantil Ramón Sardá como un modelo para transformar los centros convencionales de atención materna en servicios de maternidad centrados en la familia. El programa busca colocar a las embarazadas y a las nuevas madres y sus bebés en el centro de sus familias mediante medidas como promover la participación de los integrantes de la familia en los reconocimientos prenatales, alentar a la familia a acompañar a las madres durante las distintas etapas del parto, permitir a los padres y a otros integrantes de la familia el ingreso en las unidades de apoyo neonatal, facilitar el contacto de piel con piel entre el bebé y su madre, y proporcionar a las madres de lactantes hospitalizados acceso a un servicio especial de alojamiento y comidas, con voluntarios a cargo de brindar atención. La OPS publicó un documento en el que se presentaba el programa como una práctica óptima y se citaban indicadores como la tasa de mortalidad neonatal de menos de 2 por 1.000 (excluidos los bebés con defectos letales y aquellos que pesaron menos de 750 g) y una tasa de uso de 90% del servicio especial de

alojamiento y comidas. La OPS también facilitó la capacitación dentro del servicio en este hospital para equipos multidisciplinarios de otros establecimientos, así como visitas posteriores de profesionales sanitarios de este nosocomio a esos mismos establecimientos para realizar tareas de refuerzo y seguimiento.

40. También en la Argentina, la OPS contribuyó a consolidar el Plan Nacional de Desarrollo de la Enfermería, encaminado a aumentar el número de enfermeros profesionales y a capacitar auxiliares de enfermería. La iniciativa hace hincapié en las aptitudes de enfermería necesarias en la atención primaria de salud y será aplicada en 42 escuelas de enfermería, con la meta de aumentar la fuerza laboral de enfermería a 45.000 personas en el 2016.

41. La Representación de la OPS/OMS en **Belice** está apoyando algunas iniciativas para integrar la prevención, la atención y el tratamiento de la infección por el VIH, así como la prevención y el control de las enfermedades crónicas no transmisibles, dentro de la atención primaria de salud. Estas iniciativas están encaminadas a reducir el estigma y la discriminación como un obstáculo para lograr intervenciones eficaces con respecto a la infección por el VIH y a brindar apoyo a la elaboración de protocolos para la diabetes sacarina, la hipertensión, el manejo nutricional y la actividad física para su uso en entornos de atención primaria. En un esfuerzo conexas, a principios del 2009 la OPS colaboró con la Asociación de la Diabetes de Belice para impartir capacitación al personal de salud comunitaria acerca del cuidado de los pies en las personas diabéticas. Hay planes de realizar un seguimiento de esta capacitación en Jamaica.

42. La OPS también ha apoyado las iniciativas de Belice para fortalecer los servicios comunitarios de salud mental en el contexto de la atención primaria de salud. La cooperación técnica de la OPS ayudó a aumentar la capacidad de enfermeras psiquiátricas de atención primaria, a formular una política de salud mental, a elaborar y poner en uso un manual de capacitación en materia de salud mental para oficiales de policía y a redactar un plan para la salud mental en caso de desastres. Junto con estos esfuerzos, Belice ha reducido el número de ingresos en hospitales psiquiátricos y ha aumentado el número de pacientes de salud mental que reciben atención ambulatoria.

43. En **Bolivia**, la OPS colaboró en el 2008 con el Ministerio de Salud y Deportes con el fin de impartir capacitación a nivel de posgrado destinada a los médicos dentro de un nuevo modelo conceptual denominado Salud Comunitaria, Familiar e Intercultural. Esta capacitación incorporó los principios de la atención primaria de salud y se centró en las experiencias de la atención de primer nivel en las zonas rurales y urbanas. Se espera que los médicos capacitados con el tiempo ocupen puestos en la gestión y prestación de servicios a nivel de las redes de salud, y la capacitación les brinda formación para mejorar la prestación de los servicios y para promover actividades a fin de abordar los determinantes de la salud con las autoridades locales.

44. En el **Brasil**, la OPS ha estado apoyando la formación de equipos multidisciplinarios para proporcionar atención de salud familiar centrada en las personas como parte de la estrategia de salud familiar del país. A principios del 2009, más de 230.000 trabajadores sanitarios en 30.000 equipos estaban prestando servicios a 50% de la población en todo el territorio nacional. En las áreas donde todavía no se aplica la estrategia, los servicios de atención primaria se prestan a demanda mediante un enfoque más tradicional. Sin embargo, este modelo está siendo suplantado gradualmente por la estrategia de salud familiar.

45. La OPS también apoyó la incorporación de un modelo clínico de asistencia farmacéutica dentro de la estrategia de salud familiar del Brasil, como parte de las actividades más amplias para fortalecer las políticas sobre el uso racional de los medicamentos y los insumos esenciales. Además, la OPS ha prestado apoyo al proyecto QualiSUS, que intenta fortalecer la infraestructura de servicios de las redes de salud del Brasil.

46. La representación de la OPS/OMS en **Chile** colaboró con el Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP) a fin de elaborar un proyecto de cooperación técnica entre países para promover la salud de la madre, del recién nacido y del niño y que fue la primera línea de acción de "Actuemos ya: por las vidas de las madres, recién nacidos y niños", un programa puesto en marcha en septiembre del 2008 por la Presidenta chilena, la doctora Michelle Bachelet. El proyecto se llevará a cabo en Bolivia, Ecuador y Paraguay.

47. También en **Chile**, el centro colaborador de la OPS/OMS para la atención primaria de salud en la Escuela de Enfermería de la Universidad Católica Pontificia de Chile creó un programa innovador para prestar "atención a distancia" por teléfono a pacientes que padecen diabetes y otras afecciones crónicas. El programa ATAS-UC (Apoyo Telefónico para el Autocuidado en Salud) se centra especialmente en el autocuidado de los pacientes que padecen diabetes de tipo 2.

48. En **Colombia**, la OPS apoyó las actividades del Ministerio de Protección Social a fin de ampliar la cobertura y fortalecer el modelo de atención para los pacientes tuberculosos en ocho departamentos con una gran proporción de población indígena. El modelo de atención se basa en los principios de la atención primaria de salud e incluye enfoques interculturales específicos para cada grupo étnico. Un objetivo central es lograr la aceptación de la población indígena mediante el diálogo intercultural y la participación de las organizaciones indígenas como líderes y canales eficaces para la comunicación y la ejecución de las acciones sanitarias. Una nueva inversión de US\$ 500.000 facilitará la ampliación del modelo a otros 15 grupos étnicos.

49. También en Colombia, la OPS apoyó el diseño de un modelo para prestar servicios de salud infantil en las áreas con poco acceso a la asistencia sanitaria o con grandes concentraciones de personas desplazadas, donde las tasas de mortalidad infantil son elevadas. El modelo proporciona atención curativa y preventiva por medio de equipos móviles, cuyos costos son absorbidos por el sistema de seguridad social del país. En un esfuerzo conexo, la OPS está colaborando con las autoridades sanitarias, los aseguradores y los prestadores para aplicar la estrategia de atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI), a fin de brindar atención integral a las embarazadas y los menores de 5 años en las tres provincias del “Eje Cafetero” colombiano.

50. En **Cuba**, la OPS ha centrado su cooperación técnica en consolidar los logros notables alcanzados por el país en relación con la atención primaria de salud. En el 2008-2009, la OPS colaboró con el Ministerio de Salud para fortalecer los departamentos de salud municipales y las casi 500 policlínicas que prestan servicios preventivos y curativos en todo el país. Hasta el presente, más de dos tercios de las policlínicas han recibido equipo nuevo y capacitación del personal en áreas como ecografía, radiografía, endoscopia, oftalmología, optometría, rehabilitación, atención de urgencias, capacidad en materia de laboratorios y sistemas de información. La OPS también ayudó a fortalecer la red estadística y el sistema de vigilancia sanitaria del Sistema Nacional de Salud con el fin de brindar apoyo al análisis de la situación de la atención primaria de salud.

51. En la **República Dominicana**, la OPS ha prestado apoyo a la creación de una red de servicios regionales de salud, incluidas la renovación y la construcción de nuevos centros de salud, la adquisición de equipo y la evaluación de las necesidades a fin de garantizar que se pudieran satisfacer las exigencias de la población. La OPS también apoyó las iniciativas para fortalecer los recursos humanos para la atención primaria de salud mediante la capacitación de 55 facilitadores a nivel nacional y regional que, a su vez, capacitarán a los profesionales de la salud con respecto a la atención de primer nivel. Otros profesionales de la salud dominicanos están tomando cursos por medio del Campus Virtual de Salud Pública de la OPS.

52. La OPS ayudó a organizar la primera conferencia del **Caribe Oriental** para directivos e ingenieros clínicos de servicios de salud, que tuvo lugar en octubre del 2008 y reunió a administradores de hospitales, directivos de servicios de salud, supervisores clínicos e ingenieros clínicos de 10 países con el fin de intercambiar información de vanguardia acerca del desarrollo de los sistemas de salud, la gestión de tecnologías y la ingeniería clínica. La OPS está también brindando apoyo a la capacitación en el tratamiento de la diabetes y la hipertensión para los equipos sanitarios y otros asociados en el ámbito de la salud.

53. En **El Salvador**, la OPS contribuyó con el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud en el área metropolitana de San Salvador mediante el fortalecimiento de capacidades y aptitudes de los prestadores y la provisión de equipo básico para la atención perinatal. La OPS también brindó apoyo a la reorganización de la atención familiar y comunitaria con un enfoque participativo, incluido el empoderamiento de las mujeres y la participación de otros sectores además del sector de la salud.

“Rostros, voces y lugares” en relación con los Objetivos de Desarrollo del Milenio

La iniciativa regional de la OPS denominada “Rostros, voces y lugares” proporciona liderazgo para la renovación de la atención primaria de salud al elaborar modelos de intervenciones de promoción de la salud que abordan los determinantes sociales de la salud. La iniciativa se concibió para poder mostrar los esfuerzos en pos de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, especialmente los relacionados con la salud, en las comunidades más pobres y más vulnerables de América Latina y el Caribe. Las intervenciones específicas se basan en el análisis de las realidades locales y están siendo concebidas y ejecutadas por las propias comunidades, con la asistencia técnica de la OPS y de otros organismos del sistema de las Naciones Unidas.

Las actividades que tuvieron lugar en dos pueblos de El Salvador en el 2008 muestran la manera en que la iniciativa promueve la atención primaria de salud mediante un método intersectorial y multiprogramático para la integración de los servicios de salud. En el 2008, la OPS ayudó a llevar a cabo evaluaciones sanitarias locales y participativas (diagnósticos) en los pueblos de Rosario de Mora y Santiago Texacuangos, en el sur del país. El trabajo incluyó el análisis de la situación, la detección de problemas y el apoyo al diseño de planes locales de salud basados en la nueva visión de la atención primaria de salud, haciendo hincapié en la reducción de las inequidades y la ampliación de la protección social aplicando un modelo de salud familiar. Las evaluaciones se llevaron a cabo con la participación activa de residentes y de todos los sectores locales involucrados en la salud, y fueron dirigidas por el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social y los ayuntamientos.

Como parte de la iniciativa “Rostros, voces y lugares” se está llevando a cabo una labor similar en más de 30 comunidades en 17 países de la Región (véase el recuadro). La iniciativa también brinda apoyo a las intervenciones que promueven los Objetivos de Desarrollo del Milenio en Guyana y Haití por intermedio de una alianza de la OPS con la Comunidad Europea, y como parte de ella también se han intercambiado herramientas y métodos para la investigación participativa y la formación de la capacidad comunitaria con la Argentina dentro de su red de municipios saludables, y con Colombia, que está promoviendo los ambientes sanos y las alianzas intersectoriales en 100 de sus comunidades más vulnerables.

Comunidades de la iniciativa "Rostros, voces y lugares"

Brasil: Duque de Caxias (Rio de Janeiro), Fortaleza (Ceará), Guarulhos (São Paulo), Olinda (Pernambuco)
Bolivia: Betanzos, Potosí (Saavedra); Chacaltaya, La Paz (La Paz); Chaco (Gran Chaco);

	Huacullani (Altiplano); Pampas Aullaga (Oruro); Brecha, Cordillera, Kuarirenda y Yapiroa (Santa Cruz); San Silvestre (Pando)
Costa Rica:	Corredores (Puntarenas)
Chile:	Cerro Navia y San Joaquín (Santiago de Chile), Molina (Curicó, Séptima Región del Maule)
Cuba:	Cotorro y La Habana Vieja (La Habana)
Ecuador:	Nabón (Azuay); Alausí, Colta y Guamote (Chimborazo)
El Salvador:	Panchimalco, Rosario de Mora, Santiago Texacuangos, Santo Tomás y Villa Centenario (San Salvador)
Guatemala:	El Bongo y Los Ángeles Pancalá, El Estor (Izabal), San Juan Ermita (Chiquimula), Los Encuentros (Sololá)
Honduras:	Puerto Lempira, La Mosquitia (Gracias a Dios)
Nicaragua:	San Carlos y Río San Juan (Río San Juan)
Panamá:	Santa Fe de Veraguas (Veraguas)
Paraguay:	Caazapá y Yuty (Caazapá), Laurely (Asunción), Reducto y San Lorenzo (Central), Campo Loa y Villa Boquerón (Boquerón), San Miguel (Chaco)
Perú:	Ventanilla (Callao); Belén, Iquitos (Maynas)
Uruguay:	Canelones (Canelones)

54. La OPS está colaborando con la Cooperativa de Hospitales de Antioquia (COHAN) en **Colombia**, un centro colaborador de la OPS/OMS para los medicamentos e insumos hospitalarios esenciales, a fin de promover una herramienta nueva para mejorar la gestión de los servicios de salud conocida como PERC (Producción, Eficiencia, Recursos y Costos). La iniciativa incluye la elaboración de manuales y cursos virtuales así como capacitación para los gerentes y otros usuarios. PERC aprovecha y reemplaza el sistema de gestión de la información WinSIG, también creado por la OPS.

55. En **Honduras**, la OPS ayudó al Consejo Cívico de Organizaciones Populares e Indígenas (COPINH) a crear el Centro UTOPIA, un “centro de encuentros y amistad” para la comunidad Lenca de La Esperanza (Intibucá), que servirá de punto de reunión para la capacitación y el aumento de la capacidad en áreas como la medicina natural y tradicional, la agricultura sostenible, el crédito alternativo y el ahorro, la agricultura integrada, cuestiones relativas al género y soluciones a los problemas de salud que afectan a los indígenas. El centro, financiado por el fideicomiso Lydia Behm, incluye un museo sobre la cultura Lenca, una biblioteca, un transmisor de radio, un estudio y un área de computación, una cocina, un área administrativa y cuatro dormitorios. El complejo de siete hectáreas también tiene una huerta de frutas y verduras.

56. El Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano de la OPS (CLAP) produjo y difundió nuevas directrices para el proceso continuo de la atención de la madre y el recién nacido en el contexto de la atención primaria de salud, junto con una serie de manuales prácticos, materiales didácticos y otras publicaciones que abarcaban

temas como las infecciones perinatales, la utilización del sistema informático perinatal, la planificación familiar y la promoción de la salud del niño. En el 2008-2009, el centro organizó 30 talleres en 12 países, en los que impartió capacitación a más de 800 participantes de toda la Región sobre la atención de salud maternoinfantil. También brindó apoyo a los cursos de capacitación a distancia sobre la aplicación en la comunidad y en el entorno clínico de la estrategia de atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI), en los que se cubrieron temas como el manejo de casos, la promoción de la salud, las aptitudes de organización en la prestación de la atención apropiada y prácticas familiares clave en áreas vulnerables y de difícil acceso.

La atención primaria de salud y la pandemia (H1N1) 2009

Desde antes del comienzo de la pandemia de gripe por A (H1N1), la OPS viene prestando cooperación técnica a los Estados Miembros de **América Latina y el Caribe** para promover una respuesta eficaz de los servicios de atención primaria de salud en caso de una pandemia. Como parte de las actividades de preparación para una posible pandemia, la OPS proporcionó recomendaciones específicas sobre la preparación de los establecimientos de salud para casos inusuales o inesperados de enfermedad respiratoria aguda y directrices sobre la detección de casos y el triaje de los pacientes con síntomas respiratorios, haciendo hincapié en la importancia de la detección temprana y la notificación de casos extraños.

Después de los brotes epidémicos, la OPS produjo y difundió un documento técnico sobre la estrategia de atención primaria de salud y la respuesta a la pandemia, en el que se promueve un enfoque amplio e integrado que se centra no solo en los hospitales sino en todos los niveles de atención, facilita la participación familiar y comunitaria en la prevención y la asistencia domiciliaria, e incluye a otros sectores, como los educadores y los grupos religiosos.

La OPS también proporcionó recomendaciones y capacitación específicas sobre el control de las infecciones en los establecimientos de salud y ayudó a los países de toda la Región a que obtuvieran equipo de protección personal para el personal sanitario, con especial énfasis en los países de menos ingresos. La OPS también proporcionó directrices sobre el manejo clínico de casos, la comunicación de riesgos para directivos de los servicios de salud, la organización de los servicios de salud en los países donde se han notificado casos del virus y en aquellos donde aún no se ha notificado ninguno, y la respuesta a una segunda situación de emergencia (como un desastre natural) durante una pandemia de gripe.

La OPS está también trabajando para garantizar el acceso equitativo de sus Estados Miembros a los medicamentos antivíricos y las vacunas contra el nuevo virus H1N1.

La atención primaria y las enfermedades transmisibles

En el 2008-2009, la OPS llevó a cabo varias iniciativas dirigidas a las enfermedades transmisibles y que también ayudaron a fortalecer la atención primaria de salud en los Estados Miembros.

La OPS apoyó la aplicación de una estrategia de gestión integrada para la prevención y el control del dengue (EGI-dengue) en los países miembros, en la que se hizo un hincapié especial en la atención primaria de salud y ambiental. Las estrategias elaboradas para **Bolivia** y **Chile**, y las que se están elaborando actualmente para **Puerto Rico** y el **Caribe**, tratan las enfermedades a todos los niveles de la atención del paciente, haciendo hincapié en la atención primaria, que brinda las mejores oportunidades para evitar las defunciones por alguna enfermedad. Una de las metas de estas estrategias es que 100% de las unidades de salud en cada país usen las normas establecidas para la atención del dengue.

La OPS colaboró con el Departamento de Salud en Chiapas, **México**, para elaborar un plan de acción integrado para el control y la eliminación de las enfermedades infecciosas desatendidas (oncocercosis, tracoma, enfermedad de Chagas y leishmaniasis), haciendo hincapié en los servicios de atención primaria de salud y un mejor abastecimiento de agua.

La OPS está también llevando a cabo varios esfuerzos centrados en el tratamiento y el control de la tuberculosis que sirven para fortalecer la atención primaria de salud, entre ellos iniciativas para mejorar la atención integral de los pacientes tuberculosos mediante la capacitación del personal sanitario en la orientación y pruebas de detección del VIH, y en la educación sanitaria para los pacientes, las familias y las comunidades, y por medio de un mejor tratamiento clínico de la enfermedad; la promoción de la participación comunitaria en la estrategia DOTS; el fortalecimiento de las redes de laboratorios; el aumento de la capacidad de gestión de los medicamentos; la capacitación en epidemiología básica; y el trabajo con los sectores público y privado para incorporar a los prestadores en la red de servicios de atención primaria de salud.

La OPS continuó prestando apoyo a las actividades para ampliar y reorientar los servicios de salud para la prevención y la atención de la infección por el VIH sobre la base de los principios de la estrategia renovada de atención primaria de salud. Una iniciativa importante fue la inserción de la atención integral de la infección por el VIH en los programas de estudio de enfermería, psicología y medicina en la **región andina**. El programa también adaptó módulos específicos relacionados con la infección por el VIH de la estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades de los Adolescentes y Adultos (AIEA) para su uso en América Latina y el Caribe, organizó un debate regional de tres días con los directivos de los programas nacionales de sida y tuberculosis sobre la manera de mejorar los servicios integrales para el tratamiento y control de la infección por el VIH y la tuberculosis, y produjo directrices provisionales para la atención del sida y la tuberculosis, junto con módulos de capacitación conexos, ayudas del trabajo y carteles para los prestadores de asistencia sanitaria.

En el 2008-2009, la OPS también trabajó para concientizar acerca de la eficacia, la factibilidad y la seguridad del método de “detección y tratamiento” del cáncer cervicouterino dentro de la atención primaria de salud. La OPS ha ayudado a aplicar el enfoque en **Guatemala** y **Perú**, y

empezó una labor similar en el **Paraguay** como parte de un paquete integrado de atención primaria de salud. La OPS también colaboró con el Ministerio de Salud en **Nicaragua** para capacitar a los prestadores y mejorar la calidad y la cobertura de los servicios de tamizaje del cáncer cervicouterino en la atención primaria de salud.

57. En **Nicaragua**, la OPS brindó apoyo al Ministerio de Salud en la evaluación del avance y de los retos en la ejecución de las políticas sanitarias basadas en la atención primaria de salud. Mediante un proceso conocido como JABA, se llevaron a cabo evaluaciones en 149 de los 153 municipios del país. Se detectaron varios adelantos sumamente importantes, incluida la prestación gratuita de servicios de salud, el mejoramiento en la provisión de medicamentos en las unidades de salud del ministerio, la creación de días especiales y ferias de salud, y que no se negaran los servicios solicitados. El proceso JABA ha sido concebido para mejorar la responsabilización pública.

58. También en Nicaragua, la OPS apoyó la ejecución de un modelo de salud familiar y comunitaria en 11 departamentos para mejorar la prestación de los servicios de salud y ampliar la cobertura de vacunación en las comunidades remotas. Como parte de estas actividades, la OPS colaboró con el Ministerio de Salud para fortalecer la supervisión de los servicios de vacunación a todos los niveles, a fin de evaluar la calidad y la capacidad de la cadena de frío, introducir la nueva vacuna antineumocócica y apoyar la descentralización del tratamiento antirretrovírico en 23 establecimientos de salud.

59. En **Panamá**, la OPS ayudó al Ministerio de Salud a que se elaboraran y diseminaran guías nuevas para la atención integral a los pacientes diabéticos, obesos e hipertensos. Las guías, que forman parte de la estrategia renovada de atención primaria de salud de Panamá, promueven la prevención y el control de estas enfermedades en los entornos de atención de primer nivel, haciendo hincapié en la participación comunitaria.

Descentralización en el Perú

En el **Perú**, la OPS ha dado apoyo a la descentralización del sistema de salud, al fortalecimiento de la atención primaria y a las iniciativas para lograr el acceso universal a la salud.

En el Perú, gracias a las iniciativas de descentralización se han transferido 125 funciones del sistema de salud del nivel central al nivel departamental. A fin de apoyar este proceso, la OPS ha prestado cooperación técnica para la organización y el desarrollo de servicios de salud basados en los principios de la atención primaria de salud, haciendo hincapié en cuestiones como los sistemas de remisión y de devolución de pacientes, acreditación de los servicios, garantía de calidad, planificación y financiamiento. Además, la OPS ha ayudado a elaborar una estrategia nueva de salud familiar encaminada a ampliar los servicios de salud y a fortalecer la atención primaria de salud con énfasis en la prevención y la promoción de la salud, en particular para las

personas de bajos ingresos. Al aplicar la estrategia de salud familiar, el Perú ha reorientado su modelo de atención de salud al asignar más importancia a la atención integral de la familia y menos a la atención integral individual.

60. La OPS está ayudando a los Estados Miembros a que mejoren la calidad de los servicios de salud mediante una iniciativa regional para mejorar la salud y la seguridad del personal sanitario. Entre algunos de los aspectos destacados de esta iniciativa en el período 2008-2009 se cuentan la vacunación de 1,5 millones de trabajadores de salud del **Perú** contra las enfermedades infecciosas contraídas por transmisión ocupacional, como la hepatitis B.

61. En **Suriname**, la OPS está apoyando un plan del sector de la salud que procura mejorar la cobertura sanitaria, fortalecer la atención primaria y mejorar la eficiencia, la equidad y la calidad de los servicios de salud. Como parte de este apoyo, la OPS ha participado en un comité directivo de atención primaria de salud de la comunidad que hizo una evaluación rápida de los servicios de salud existentes en el interior, que servirán de base para la introducción de los servicios de salud amplios e integrados en todo el sistema de salud del país. La OPS también está colaborando con el UNICEF y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP) para introducir la atención primaria de salud integral mediante un enfoque integrado de tratamiento en 57 dispensarios que forman parte de una red privada y religiosa, llamada Medical Mission, de Suriname. Se ha previsto que, tras algunas adaptaciones, el enfoque se convierta también en el patrón nacional para los dispensarios de atención primaria en el sector público. Además, la OPS ha ayudado a adaptar algoritmos y protocolos de la atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI) a las necesidades y normas particulares de Suriname.

62. En **Trinidad y Tabago**, la OPS ha apoyado un enfoque de atención primaria de salud mediante la promoción de los sistemas integrados de prestación de servicios y la incorporación de los servicios de salud mental en la atención primaria de salud comunitaria. La OPS ayudó a organizar tres iniciativas en estas áreas: un foro nacional sobre promoción de la salud mental y la prevención de la enfermedad mental, así como una consulta nacional sobre los sistemas integrados de prestación de servicios, ambos en octubre del 2008, y un taller sobre el fortalecimiento del sistema de salud mental, en marzo del 2009. La consulta sobre los sistemas integrados de prestación de servicios aportó sugerencias para formular una propuesta regional de la OPS sobre los sistemas integrados de prestación de servicios, que surgió del proceso de renovación de la atención primaria de salud.

63. Como parte de su apoyo a la reforma sanitaria en el **Uruguay**, la OPS ayudó a formular un programa de capacitación sobre atención primaria de salud y se espera que asistan a los cursos unos 3.000 médicos del sector público y privado de todo el país. La

representación de la OPS/OMS en ese país elaboró el programa de estudios con la participación de instituciones públicas y privadas, entre otras la Universidad de la República del Uruguay. La meta es dar reorientación profesional a los participantes para que puedan responder mejor a las exigencias de un sistema basado en la atención primaria de salud. La OPS también ha promovido actividades similares en otros departamentos.

64. También para apoyar la reforma sanitaria en el Uruguay, la OPS ayudó a llevar a cabo un proyecto piloto sobre la atención primaria de salud bucodental en el departamento de Canelones. El proyecto promovió el uso del tratamiento restaurativo atraumático (TAR), un procedimiento para eliminar la caries dental con instrumentos manuales, que puede ser usado por personal no dental y trabajadores de atención primaria de salud. Como parte del proyecto piloto se hicieron estudios sociológicos y antropológicos para evaluar las condiciones de salud bucodental de la comunidad y las necesidades locales, lo que abarcó encuestas que utilizaban el índice CPO (dientes cariados, perdidos y obturados), que permite hacer comparaciones de la salud bucodental de diferentes grupos y en todos los países.

65. En las **Islas Turcas y Caicos**, la OPS impartió capacitación en el seguimiento de contactos y orientación psicológica para enfermeras y médicos que cuidan a pacientes infectados por el VIH o por alguna infección de transmisión sexual. La OPS también prestó apoyo a una evaluación de los servicios de salud mental de las islas, utilizando el Instrumento de Evaluación de la OMS para los Sistemas de Salud Mental (OMS-AIMS). Los resultados se están utilizando para elaborar un proyecto de plan de salud mental que se centrará en la atención primaria de salud.

66. En el 2008, la OPS apoyó la iniciativa de **Venezuela**, Barrio Adentro, que ha instalado 8.000 “puntos de consulta” en viviendas y ha construido 3.580 dispensarios cuya prioridad principal es la atención a las personas de bajos ingresos que tradicionalmente han carecido de acceso a los servicios de salud, tanto rurales como urbanos. La iniciativa ha conducido a la ampliación de la atención primaria de salud a unos 17 millones de personas en todo el país y ha servido de base para la creación de áreas integrales de salud de la comunidad como unidades operativas para el sistema de salud, prestando servicios de asistencia sanitaria junto con los gobiernos locales y los ciudadanos.

67. También en Venezuela, la OPS apoyó las iniciativas para incorporar un plan de acceso universal al tratamiento para la dependencia del tabaco en el Sistema Nacional de Salud Pública, mediante una red de establecimientos de atención primaria. La iniciativa ha capacitado a 1.125 médicos, enfermeras, psicólogos y psiquiatras. Entre julio del 2008 y febrero del 2009, la iniciativa favoreció a unos 3.000 fumadores, con una tasa de

abandono del hábito de fumar de 16% al final del tratamiento. El tratamiento gratuito incluye el uso de bupropión y de parches de nicotina.

68. A fines del 2008, el **Campus Virtual de Salud Pública** de la OPS impartió su primer curso sobre el aumento de la capacidad para la renovación de la atención primaria de salud. Cincuenta y nueve estudiantes de 17 países de la Región realizaron el curso.

69. En **Puerto Rico**, la OPS entabló conversaciones con el Departamento de Salud a fin de establecer un módulo del Campus Virtual de Salud Pública en la facultad de salud pública de la Universidad de Puerto Rico. La OPS asignó recientemente cinco salas virtuales del recinto universitario para que funcionen en coordinación con la universidad.

70. La OPS trabajó con una subvención del Canadá de C\$12 millones por conducto de la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional (ACDI) para promover un enfoque integrado e intersectorial con respecto a las enfermedades transmisibles, haciendo hincapié en la reducción de las inequidades en el acceso a los servicios de salud y abordando las necesidades de salud prioritarias de las poblaciones vulnerables y marginadas. El programa está destinado a zonas seleccionadas en **Colombia, Ecuador, Paraguay y Perú** y se rige por los principios de la atención primaria de salud, asignando importancia particular a la vigilancia de enfermedades en la comunidad, a la promoción de la salud, a la educación sanitaria y a la creación de capacidad local para aumentar la participación y el poder de decisión de la comunidad.

71. Además, en el período 2008-2009 la OPS trabajó con casi €2 millones aportados por el Gobierno de España para mejorar la organización, la gestión y la prestación de servicios de salud en América Latina y el Caribe como parte de las iniciativas para reducir la enfermedad, la discapacidad y la muerte prematura en la Región. Los fondos costearon las actividades para fortalecer la capacidad de organización y de administración de las instituciones de salud y las redes de prestación de servicios de salud basadas en los principios de la atención primaria de salud, así como las mejoras en la atención primaria y promoción de políticas y estrategias para integrar las redes de servicios de salud. El financiamiento también costó las actividades de fortalecimiento de los servicios médicos de urgencia; la elaboración de una estrategia regional para mejorar la seguridad y la calidad de la atención, en especial el establecimiento de un Observatorio Regional sobre Seguridad del Paciente y Calidad de la Atención; iniciativas para combatir las enfermedades crónicas no transmisibles en el Caribe y en otros sitios; y actividades para mejorar el tamizaje y el tratamiento del cáncer cervicouterino en **Bolivia, Haití y Paraguay**.

72. La OPS ayudó a organizar el primer Coloquio regional sobre organización y gestión de servicios sanitarios de emergencia, celebrado en Medellín, Colombia, en noviembre del 2008. A la reunión asistieron expertos de **Argentina, Brasil, Colombia,**

Costa Rica, Chile, España, Estados Unidos, México, Panamá, Perú, y Trinidad y Tabago, quienes formularon líneas colectivas de acción destinadas a mejorar los servicios sanitarios de emergencia en toda la Región. Los debates abarcaron temas como los marcos jurídicos para la política sanitaria, organización y gestión de la atención prehospitalaria, manejo de la sala de urgencias, recursos humanos y equipo para los servicios de emergencias, además de servicios médicos de emergencia y de respuesta a los desastres. Los participantes en el coloquio se comprometieron a formar un equipo de expertos para ayudar a la OPS a que formule una estrategia regional destinada a fortalecer los servicios médicos de emergencia en las Américas.

De la fragmentación a las redes integradas

Una de las iniciativas de cooperación técnica más importantes de la OPS durante el período 2008-2009 fue la elaboración de recomendaciones para la integración de las redes de prestación de atención de salud, con la participación de proveedores públicos y privados, como una solución basada en la atención primaria de salud a la fragmentación de los sistemas de salud. La iniciativa se basa en los datos probatorios que muestran que los servicios de salud mal integrados son una causa importante del desempeño deficiente del sistema de salud, que da lugar al uso ineficiente de los recursos, a la poca calidad de los servicios, a la falta de continuidad en la atención, a los costos elevados y al nivel bajo de satisfacción de los usuarios.

La fragmentación está estrechamente vinculada a la segmentación institucional y, en parte, resulta de ella; consiste en que diferentes subsistemas prestan servicios de salud para diferentes grupos según su capacidad de pago o su situación laboral (empleado del sector público o privado o desempleado). La segmentación produce fragmentación cuando la infraestructura y las capacidades de estos subsistemas no se coordinan ni se integran. La fragmentación también puede ser el resultado de otras tendencias, entre otras, la descentralización de los servicios de salud sin coordinación adecuada de los niveles de la atención; la prevalencia de programas centrados en enfermedades, riesgos o grupos de población especiales; la especialización excesiva y la importancia desmedida asignada a la atención curativa en lugar de la preventiva; modelos de organización deficientes; y la proliferación de programas “verticales” y otros centrados en temas muy específicos, financiados por donantes y organismos de cooperación internacional. Entre las características de los sistemas de salud fragmentados se encuentran las tasas bajas de resolución de casos al primer nivel de la atención, el uso de los servicios de urgencia para recibir atención especializada, la hospitalización de pacientes que podrían haberse tratado en forma ambulatoria, y estadías hospitalarias prolongadas debido a dificultades para dar de alta a pacientes que carecen de apoyo social.

Para abordar estos problemas, la OPS elaboró una propuesta de política regional sobre Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS), definidas como redes de organizaciones que prestan —o hacen arreglos para prestar— servicios de salud integrales a una población definida y que están dispuestas a rendir cuentas por sus resultados clínicos y económicos y por el estado de salud de la población a la que prestan servicios. El concepto permite hacer arreglos contractuales o alianzas

estratégicas entre diferentes proveedores, que pueden ser públicos y privados (y aun en diferentes países), que ofrecen servicios complementarios. Las redes pueden basarse en varios modelos, a condición de que satisfagan unos cuantos requisitos clave, como el de contar con:

- Conocimiento amplio de las necesidades de salud de la población destinataria
- Capacidad de prestar la amplia gama de servicios personales y de salud pública, desde la prevención hasta el tratamiento y la rehabilitación
- La capacidad de prestar atención de primer nivel a toda la población destinataria, con buenos sistemas para el reenvío a servicios que ofrezcan atención más especializada
- Un sistema de información integrado que vincule a todos los miembros de la red y desglosa los datos por variables fundamentales, incluido el sexo y el grupo étnico
- Mecanismos para conseguir financiamiento suficiente, así como incentivos financieros en armonía con las metas de las redes

En junio del 2009, se presentó al Comité Ejecutivo una “hoja de ruta” para establecer las Redes Integradas de Servicios de Salud (RISS) en toda la Región, a fin de someterla luego a consideración por el 49.º Consejo Directivo que tendrá lugar a fines de septiembre y principios de octubre. La OPS ha forjado alianzas con el Ministerio de Salud del Brasil, la Sociedad Alemana de Cooperación Técnica (GTZ), el Consorcio Hospitalario Cataluña (España) y la Cooperativa Hospitalaria de Antioquia (Colombia), y está buscando otros asociados que puedan prestar apoyo a la iniciativa.

Capítulo IV

Promoción de políticas públicas para la salud

73. Las políticas públicas son un complemento importante de las iniciativas para ampliar la cobertura y mejorar los servicios de salud. Con el apoyo de la OPS, sus Estados Miembros están elaborando y ejecutando políticas que apoyan las metas de la atención primaria de salud renovada, en particular las transversales que incluyen a otros sectores en la prevención, promoción de la salud y medidas para influir en los determinantes sociales de la salud. Gran parte de esta labor ha tenido como finalidad reducir los factores de riesgo de las enfermedades crónicas no transmisibles. A continuación figuran algunos aspectos destacados de la cooperación técnica de la OPS en esta área en el período 2008-2009.

74. En el **Brasil**, la OPS apoyó la puesta en práctica del Plan Nacional de Promoción de la Salud, que promueve el cambio de comportamientos para adoptar modos de vida

saludables. Entre las actividades más notables que ha ejecutado el Brasil en esta esfera se encuentra su trabajo pionero en relación con el control del tabaquismo. En el 2008-2009, la OPS llevó a cabo un trabajo importante en apoyo del Brasil, conjuntamente con la Fundación Bloomberg y el Programa Mundial de la OMS sobre el Control del Tabaco, lo que abarcó estudios para apoyar la reglamentación de la publicidad del tabaco y el empaquetado y la rotulación de los productos de tabaco. Además, la OPS encabezó una evaluación de la capacidad nacional del Brasil en materia de control del tabaco, junto con el Ministerio de Salud y el Instituto Nacional del Cáncer.

75. El Instituto de Alimentación y Nutrición del Caribe (CFNI) de la OPS ha promovido enérgicamente un enfoque de política pública a los problemas de salud relacionados con los alimentos en el **Caribe**. Entre las iniciativas en el 2008-2009 se encontraban la promoción de la causa para la inclusión de la nutrición y la salud en las políticas del sector agropecuario, la formulación de políticas públicas para tratar las enfermedades crónicas no transmisibles y sus factores de riesgo mediante la nutrición adecuada y comportamientos para llevar una vida saludable, y la concientización acerca de los riesgos a la seguridad alimentaria en el Caribe ocasionados por la inflación rápida en los precios de los alimentos. El Instituto asesoró al Consejo de CARICOM sobre Comercio y Desarrollo Económico acerca de la repercusión negativa de los precios altos en la seguridad alimentaria de las familias. También se asoció con la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) a fin de organizar un Simposio sobre la Seguridad Alimentaria en el Caribe: riesgos y respuestas. Además, el CFNI continuó trabajando para fortalecer la cooperación intersectorial con diversos asociados (IICA, FAO, Departamento de Agricultura de los Estados Unidos y otros) acerca de la inocuidad, la calidad y la seguridad de los alimentos.

76. En **Barbados y el Caribe Oriental (Anguila, Antigua y Barbuda, Barbados, las Islas Vírgenes Británicas, Dominica, Guayana Francesa, Granada, Guadalupe, Martinica, Montserrat, Saint Kitts y Nevis, Saint Martín, San Bartolomé, Santa Lucía y San Vicente y las Granadinas)**, la OPS está apoyando las iniciativas para dar seguimiento a la Declaración de Puerto España, “Unidos para detener la epidemia de las enfermedades crónicas no transmisibles”. Las actividades apoyadas por la OPS incluyen la celebración anual del Día del Bienestar en el Caribe, la formulación de políticas públicas favorables a la salud, la formación de las Comisiones Nacionales de Enfermedades no transmisibles y las actividades para movilizar a la sociedad civil y a las instituciones académicas.

77. También en seguimiento a la Declaración de Puerto España, la OPS está colaborando estrechamente con el Ministerio de Salud de **Belice** para elaborar un Plan Nacional de Acción para la prevención y el control de enfermedades crónicas, asignando particular importancia a la atención primaria de salud.

78. La OPS brindó apoyo a los funcionarios mexicanos con respecto a la organización de la Primera Reunión de Ministros de Salud y Educación para Detener el VIH en Latinoamérica y el Caribe, celebrada en la ciudad de México en agosto del 2008, que contó con la presencia de 56 ministros de salud y educación de 30 países de las Américas. La declaración final de la reunión hizo un llamamiento a favor de una reducción de 75% del número de escuelas bajo la jurisdicción de los ministerios de educación de la Región que no ofrecen educación sexual integral y una reducción de 50% del número de jóvenes en las Américas que no tienen acceso a servicios de salud que satisfagan sus necesidades en materia de salud sexual y reproductiva. La OPS prestó apoyo logístico y promocional a la reunión y apoyo técnico a la redacción de la declaración. La OPS es también miembro del grupo intersectorial (encabezado por México) responsable del apoyo a la aplicación de la declaración mediante la acción colaborativa.

79. A petición del Ministerio de Salud y del Ministerio del Desarrollo y Vivienda Urbana del **Ecuador**, la OPS estudió las condiciones de vida en los campamentos de reasentamiento para las personas desplazadas debido a las erupciones del volcán Tungurahua y examinó las zonas propuestas para reubicar a las personas de los lugares de Guayaquil afectados por las inundaciones a principios del 2008. Sobre la base de las observaciones, la OPS formuló una serie de recomendaciones sobre cómo reducir al mínimo los efectos nocivos para la salud de las iniciativas de reasentamiento, cómo facultar a las personas para reducir los riesgos en sus propias viviendas y cómo elaborar un marco basado en la iniciativa de la OPS “Rostros, voces y lugares” a fin de guiar el proceso de adaptación de los desplazados a los asentamientos nuevos.

80. En **Guatemala**, la OPS colaboró con los miembros del Congreso para obtener la aprobación del Convenio Marco para el Control del Tabaco y la aprobación de una nueva Ley sobre entornos sin humo de tabaco. La OPS también colaboró con el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social para elaborar un plan de información, educación y comunicación, así como mecanismos para el monitoreo y la inspección que respalden la aplicación de la ley.

81. En el **Paraguay**, la OPS ha apoyado la formulación de una Política sobre promoción de la salud que incluye una estrategia de vivienda saludable. La iniciativa está preparando convenios intersectoriales con el Consejo Nacional de la Vivienda (CONAVI) para incorporar los componentes de promoción de la salud en los planes nacionales de vivienda.

Promoción y protección de la salud como un derecho humano

Entre los ámbitos más importantes del apoyo de la OPS para la formulación de políticas en materia de atención primaria de salud se encuentran sus iniciativas para promover y proteger la salud como un derecho humano. Este trabajo se centra en la utilización de los tratados, de las recomendaciones y de otros compromisos nacionales e internacionales vigentes para abogar por la reforma de la política pública y la legislación nacional en los Estados Miembros de la OPS y configurarla.

En el período 2008-2009, la OPS se dirigió al personal sanitario, al público en general, al personal de las oficinas del mediador nacional de derechos humanos, al personal del sistema judicial y a profesionales que trabajan en hospitales y otras instituciones públicas en 17 Estados Miembros para difundir normas generales de derechos humanos y normas específicas, regionales e internacionales, que protegen el derecho a gozar del grado máximo de salud que se pueda lograr (“derecho a la salud”) y otros derechos afines para las personas con trastornos mentales, personas con discapacidades, personas de edad, personas infectadas con el VIH, los indígenas y los pacientes (seguridad del paciente).

La OPS también ayudó a siete Estados Miembros —Argentina, Belice, Chile, El Salvador, Guatemala, Paraguay y Perú— a que incorporaran las normas regionales e internacionales de derechos humanos en las políticas y la legislación sobre envejecimiento, VIH, discapacidad, salud mental, salud sexual y reproductiva.

Además, la OPS trabajó estrechamente en el 2008 con organismos regionales y mundiales de derechos humanos, entre ellos la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH) y los comités creado por los tratados de derechos humanos de las Naciones Unidas (Comité sobre los Derechos de la Mujer y el Comité sobre Derechos Económicos, Sociales y Culturales, entre otros). La OPS ofreció sesiones de información técnica a la CIDH y otros comités acerca del derecho a la salud y otros derechos humanos de las personas con discapacidades, personas infectadas por el VIH y personas que padecen trastornos mentales, y sobre la desnutrición en niños indígenas.

Capítulo V

Liderazgo nuevo para la salud

82. El liderazgo eficaz es crucial para la reforma de los sistemas de salud de acuerdo con la nueva visión de la atención primaria de salud. Los ministerios de salud deben desempeñar una rectoría firme con respecto a sus sistemas de salud y movilizar a otras partes interesadas para presentar una justificación sólida y basada en datos probatorios para las reformas necesarias en el diálogo con todos los sectores del gobierno y la sociedad.

83. En el período 2008-2009, la OPS y sus Estados Miembros llevaron a cabo varias iniciativas encaminadas a promover una orientación de atención primaria de salud mediante la promoción de la causa y el diálogo entre diferentes sectores, la creación de capacidad de liderazgo y mejoras en la recopilación de información sanitaria.

84. En la **Argentina**, la OPS ha ayudado a aumentar el apoyo a la promoción de la salud y a las iniciativas que abordan los determinantes sociales de la salud mediante el Programa Nacional de Municipios y Comunidades Saludables. El programa moviliza a los actores locales para apoyar y llevar a cabo las actividades que aumentan el acceso a los servicios de salud esenciales, promueven la salud ambiental, amplían las oportunidades para la educación y el empleo y fomentan los modos de vida sanos. La OPS ha trabajado para fortalecer la capacidad técnica e institucional del programa a fin de forjar alianzas intergubernamentales e intersectoriales que abogan por políticas públicas favorables a la salud y las medidas a los niveles nacional y local.

85. En las **Bahamas**, la OPS siguió dando su apoyo en el 2008-2009 para el establecimiento de un Sistema de Información de Salud Pública que ayudará a estandarizar y a convertir todos los expedientes médicos en archivos electrónicos a nivel de la atención primaria. El sistema aportará una base de datos consolidada de los pacientes a fin de facilitar el análisis de la morbilidad, la mortalidad y otros indicadores para suministrar datos probatorios que mejoren la toma de decisiones a nivel de país, de la comunidad y de los establecimientos de salud. La OPS también ha colaborado activamente con el Ministerio de Salud para fortalecer la administración del sistema farmacéutico nacional, ayudando a elaborar un nuevo marco normativo para los suministros farmacéuticos y analizando una ley sobre farmacia, elaborada recientemente.

86. En **Belice**, el Ministerio de Salud ha mejorado sus actividades para recabar información sanitaria, mediante la recopilación y el desglose de los datos por edad, sexo y ubicación geográfica. El Sistema de Información Sanitaria de Belice fue desplegado en todo el país en el 2008, con la cooperación técnica de la OPS, la Red de Sanimetría y otros asociados, y es un modelo de un sistema electrónico asequible, eficiente, eficaz y confidencial que aportará datos probatorios para la toma de decisiones relativas a la salud. El sistema crea un registro de salud electrónico para cada paciente que utilice los servicios de atención primaria del país y facilita la detección y la reducción de las inequidades. En el 2008, la OPS prestó apoyo especial a la aplicación del análisis de género a los datos de salud, utilizando como ejemplos la infección por el VIH y los traumatismos por accidentes de tránsito.

87. Como parte de un esfuerzo quinquenal para ayudar a los Estados Miembros a reducir las desigualdades por razones de género en el ámbito de la salud, la OPS organizó una serie de talleres en el 2008-2009 destinados al personal del ministerio de salud y a miembros de la sociedad civil del **Caribe**, **Centroamérica** y la **región andina** sobre

cómo incorporar un enfoque de género en el análisis de salud y la planificación de los sistemas de salud de los países. La OPS también elaboró una serie de productos de información y guías sobre el desglose de los datos y otros aspectos del análisis étnico y de género. Un taller conexo realizado en **Colombia** se centró en las poblaciones indígenas y las personas de ascendencia africana. Algunos ejemplos dignos de mención acerca del progreso alcanzado en el 2008–2009 en cuanto a la incorporación de las perspectivas étnica y de género se encuentran las iniciativas que incluían la estrategia de atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia (AIEPI) en el **Ecuador** y en el sistema nacional de salud del **Paraguay**. También en el 2008, la OPS organizó un concurso sobre las mejores prácticas para destacar y difundir las actividades de integración de las cuestiones étnicas y de género en los sistemas de salud.

88. En la **República Dominicana**, la OPS ayudó al Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social a organizar el Foro Dominicano 2008 sobre Atención Primaria de Salud, que reunió a representantes del sector de la salud y a líderes políticos y comunitarios para llegar a un acuerdo sobre cómo fortalecer la atención primaria de salud. La OPS también apoyó el lanzamiento por parte del ministerio de una nueva Estrategia regional sobre salud neonatal, en la cual 17 organizaciones se comprometieron a adoptar la estrategia como una manera de impulsar los Objetivos de Desarrollo del Milenio. La estrategia incluye un plan de acción y un Perfil Nacional de Salud del Niño que utiliza datos desglosados a nivel provincial para identificar las brechas y las inequidades en la salud del recién nacido a nivel local. La OPS también ayudó al ministerio a que fortaleciera su unidad de cuentas de salud, mediante la elaboración de indicadores para el gasto total de salud en el 2008 y métodos de contabilidad para hacer el seguimiento del gasto relacionado con la infección por el VIH/sida, los medicamentos y el programa gratuito de seguro contra riesgos de salud.

89. En **Barbados** y el **Caribe Oriental**, la OPS está apoyando la ejecución de la Encuesta Gradual Panamericana para las Enfermedades Crónicas no Transmisibles y sus Factores de Riesgo a fin de recabar pruebas para fundamentar la formulación de políticas y el perfeccionamiento de los servicios de salud. **Dominica, Saint Kitts y Nevis y Barbados** ya hicieron la encuesta, mientras que las **Islas Vírgenes Británicas y Granada** ya iniciaron el proceso.

90. A fin de mejorar la base de datos probatorios para elaborar programas de prevención de la violencia, en el 2008-2009, la OPS trabajó con el centro colaborador de la OPS/OMS sobre Salud y Violencia y Salud (CISALVA) de la Universidad del Valle en Cali (Colombia) para ayudar a establecer “observatorios” sobre la violencia y los delitos en **Colombia, El Salvador, Honduras, Nicaragua y Panamá**. La OPS ayudó a establecer observatorios similares para la violencia de género en **Barbados, Bolivia, Chile, El Salvador, Granada, Honduras, Nicaragua, San Vicente y Uruguay** destinados a brindar apoyo al análisis y la concientización en materia de violencia contra

la mujer, así como a elaborar modelos de atención para las mujeres maltratadas. En **México**, la OPS trabajó con el centro colaborador de la OPS/OMS de investigación sobre traumatismos y violencia, en el Instituto Nacional de Salud Pública, en la formulación de intervenciones para las mujeres maltratadas y los agresores masculinos.

91. Además, la OPS ayudó a redactar la Declaración del 2008 de los Ministros de Salud sobre Prevención de Violencia y Lesiones en las Américas, emitida en Mérida, **México**, que sirvió de base para la resolución CD48.R11 adoptada por el 48.º Consejo Directivo de la OPS. En la declaración se insta a los gobiernos a que adopten medidas más estrictas y a la sociedad civil a que prevenga y controle la violencia y los traumatismos, en particular mediante la creación de entornos seguros, sanos y sostenibles. La declaración también requiere mejorar el tratamiento de las víctimas de la violencia y los traumatismos, así como atención integral que incluya la promoción de la salud e incorpore los derechos humanos, el género y los enfoques interculturales. También aboga por mejores servicios de urgencia, atención traumatológica, servicios de rehabilitación y por el aumento de los servicios legales y sociales para las víctimas de violencia y traumatismos. La OPS, conjuntamente con otros organismos de las Naciones Unidas, está también colaborando con los gobiernos nacionales y locales en **Brasil, Colombia, El Salvador, Honduras, Guatemala y Suriname** para elaborar programas destinados a mejorar la seguridad humana y prevenir la violencia.

92. En el **Ecuador**, la OPS ha ayudado al Ministerio de Salud Pública a que evalúe y fortalezca su función rectora como parte de un proceso de transformación del sector de la salud encaminado a ampliar el acceso a la atención de calidad y la reducción del gasto sanitario en efectivo. Entre las áreas que necesitan refuerzo se encontraban las capacidades de formulación de políticas de salud, manejo y reglamentación sectorial, sistemas de garantía de la calidad, vigilancia de salud pública, gestión integrada de los recursos de cooperación tanto nacionales como internacionales, promoción de la investigación y el desarrollo tecnológico en salud y puesta en práctica de un sistema de información sanitaria nacional. Los resultados se incorporaron como un componente clave de una propuesta de transformación del sector de la salud que se aprobó mediante una consulta nacional.

93. En **El Salvador**, la OPS colaboró con el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social para formular una ley nueva sobre el Sistema Nacional de Salud, que procura fortalecer la función rectora del ministerio. El nuevo Sistema Nacional de Salud asigna prioridad a la salud familiar y se basa en un modelo integral de atención primaria de salud que ya se ha aplicado en 40% de las unidades de salud del país.

94. La OPS siguió dando su apoyo a las iniciativas emprendidas en **Guatemala, Honduras y Nicaragua** para mejorar la información destinada a la toma de decisiones relativas al acceso a los medicamentos. Las iniciativas empezaron en el 2007 cuando los

expertos en medicamentos esenciales y sistemas de salud y protección social ayudaron a los ministerios de salud de los tres países a llevar a cabo las encuestas en hogares y en servicios farmacéuticos para evaluar el acceso a los servicios de salud y a los medicamentos esenciales, utilizando métodos elaborados por la OPS y la OMS para medir la exclusión en materia de salud. Los resultados de las encuestas, analizadas en el 2008-2009, mostraron una correlación marcada entre el acceso a los servicios y el acceso a los medicamentos, lo cual contradecía la hipótesis de que las personas pueden adquirir medicamentos a través de mercados no controlados sin tener acceso a los servicios de atención de salud. Los resultados mostraron la importancia de crear redes de atención de salud que sean accesibles para las personas como parte de su vida cotidiana, gracias a establecimientos situados cerca de sus hogares y que ofrezcan atención de salud de calidad.

Atención primaria de salud e iniciativas mundiales de salud

En el 2008-2009, la OPS colaboró con la OMS para promover las sinergias entre las iniciativas mundiales de salud (por ejemplo, la Alianza GAVI y el Fondo Mundial de Lucha contra el SIDA, la Tuberculosis y la Malaria) y las iniciativas para fortalecer los sistemas de salud basados en la atención primaria de salud. El trabajo reconoce que la estructura de cooperación internacional de salud tiene un efecto claro en los sistemas de salud y que la corriente de inversiones y de recursos financieros y humanos de estas iniciativas no siempre contribuye a fortalecer las funciones clave de los sistemas de salud. De hecho, la cooperación internacional en el ámbito de la salud en algunos casos ha contribuido directa o indirectamente a la fragmentación y la segmentación de los sistemas de salud al centrarse en enfermedades, productos o poblaciones específicos. En algunos casos, las iniciativas mundiales en realidad han debilitado las capacidades nacionales al promover medidas que son ineficaces en el contexto de las necesidades y las prioridades de un país en particular.

En mayo del 2008, la OMS lanzó un proceso de consultas internacionales a fin de promover nuevas orientaciones para las iniciativas mundiales de salud y así desempeñar una función positiva para el fortalecimiento de los sistemas nacionales de salud y sus capacidades y para contribuir al acceso universal y equitativo a la atención de salud. La estrategia de atención primaria de salud sirve de punto de partida para esta iniciativa y como base para las recomendaciones sobre el diseño de intervenciones que tienen en cuenta y apoyan las estrategias y los planes nacionales para el fortalecimiento de los sistemas de salud.

Como parte de estos esfuerzos, la OPS está ayudando a los países que pertenecen a la Alianza GAVI (Bolivia, Cuba, Guyana, Haití, Honduras y Nicaragua) a formular y ejecutar propuestas para fortalecer sus sistemas de salud como una manera de lograr y mantener niveles más altos de cobertura de vacunación.

95. En **Jamaica**, en el 2008, la OPS se integró a un grupo de estudio establecido por el Ministerio de Salud y Ambiente para definir estrategias y planes destinados a fortalecer la atención primaria de salud en el país. La OPS ayudó a elaborar la versión preliminar de estos planes y está colaborando en la etapa siguiente del proceso. Además, la OPS está colaborando con el Banco Interamericano de Desarrollo, el Ministerio de Salud y el Instituto de Planificación de Jamaica para analizar la repercusión de la crisis financiera mundial en el sistema de salud, en particular en la abolición reciente de las tarifas que pagan los usuarios, mayor demanda de los servicios de salud, y presión posible sobre los servicios de atención de salud.

96. La OPS está apoyando a **México** en sus iniciativas para lograr la integración de su sistema de salud sumamente segmentado, basándose en los principios de la atención primaria de salud, mediante la promoción de la causa, facilitación, mediación y participación en negociaciones y consultas en el Consejo Nacional de Salud. En el 2008, el Consejo firmó tres acuerdos relacionados con la cooperación técnica de la OPS que se centran en el desarrollo de redes integradas de servicios de salud (RISS) basadas en la atención primaria de salud. Como parte de estos acuerdos, México celebró una consulta nacional sobre las RISS, y una delegación de la Secretaría de Salud de México, del Instituto Mexicano del Seguro Social y dos ministros del gabinete participaron en una reunión regional de consulta celebrada en Belo Horizonte (Brasil). Se planificaron otros eventos que tendrán lugar este año para facilitar el debate acerca de las bases conceptuales y estratégicas de estas actividades. La OPS también ha firmado acuerdos de cooperación técnica centrados en la renovación de la atención primaria de salud con el Instituto Mexicano del Seguro Social y el Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado.

Promoción de la atención primaria de salud en la cooperación subregional

En el 2008-2009, la OPS subrayó el enfoque renovado de atención primaria de salud en la prestación de cooperación técnica para apoyar a los programas de acción sanitaria de la Comunidad del Caribe (CARICOM), del Sistema de Integración Centroamericana (SICA), la Comunidad Andina y del Mercado Común de Cono Sur (MERCOSUR).

Para la CARICOM, la OPS apoyó la culminación de la iniciativa Cooperación para la Salud en el Caribe III, que aporta el marco principal para los esfuerzos colectivos destinados a fomentar la salud y desarrollo en la subregión. Esta iniciativa, aprobada por los ministros de salud de la CARICOM en su 28.º Consejo para la Salud y el Desarrollo Social celebrado en junio del 2009, refleja el compromiso de la subregión con la equidad en el acceso a la prevención y el tratamiento, así como su enfoque intersectorial a la salud.

Para apoyar la integración centroamericana, la OPS ayudó a formular el Programa de Acción Sanitaria y el Plan Estratégico de Salud de Centroamérica y la República Dominicana. Tanto el

programa como el plan tienen por objeto mejorar la coordinación de los organismos de cooperación y la armonización de las prioridades subregionales dentro del marco de la renovación de la atención primaria de salud.

En relación con el MERCOSUR, la OPS emprendió actividades para fortalecer la atención primaria de salud en las comunidades fronterizas, en el marco de una red integrada de atención de salud, y abordar los determinantes sociales de la salud, en particular mediante la inocuidad y la seguridad de los alimentos y la salud ambiental.

Otras actividades similares estuvieron dirigidas hacia las poblaciones fronterizas de la Región Andina, mediante la colaboración de la OPS con el Organismo Andino de Salud (ORAS/CONHU). Además, la OPS apoyó al Observatorio Andino sobre Recursos Humanos para la Salud y la Red Andina de Laboratorios Nacionales de Salud Pública, así como las negociaciones para la adopción de una política andina conjunta sobre el acceso a los medicamentos esenciales.

97. El Ministerio de Salud del **Paraguay** adoptó medidas importantes en el 2008, con el apoyo y la cooperación técnica de la OPS, para fortalecer la ejecución de su estrategia de atención primaria de salud. En agosto del 2008, el ministerio lanzó una nueva política sanitaria nacional conocida por su lema, “Calidad de vida y salud con equidad en el Paraguay”. La política tiene como finalidad fortalecer el sistema de salud según los principios y elementos de la atención primaria de salud, en especial cobertura ampliada, equidad en el acceso garantizada, mejoramiento de la calidad de la atención, promoción de la participación comunitaria y mejor coordinación entre los niveles de la atención. Para dirigir este proceso, el ministerio creó una nueva Dirección General de Atención Primaria de Salud.

98. También con el apoyo de la OPS, el ministerio elaboró un “plan de contingencia” de seis meses encaminado a aumentar la cobertura sanitaria y a luchar contra la exclusión, reducir los gastos en efectivo, mejorar la calidad de los servicios de salud, luchar contra la corrupción y reducir la burocracia. El plan incluía la ejecución progresiva de una política de servicios de salud gratuitos, que se pondría en práctica por medio de resoluciones y decretos. También como parte de este proceso, en el 2008 Paraguay empezó a formular reformas estructurales encaminadas a establecer un sistema nacional de salud descentralizado. Entre las primeras medidas se encontraba la creación de 38 Unidades de Salud Familiar, que están prestándoles servicios de salud integrales a 133.000 personas.

99. La oficina de la OPS en la frontera entre México y los Estados Unidos en El Paso, Texas, encabezó la formación de un grupo consultivo técnico que elaborará políticas y líneas intersectoriales de acción para abordar los determinantes sociales de la salud a lo largo de la frontera entre México y los Estados Unidos. El nuevo Grupo Consultivo

Técnico Fronterizo sobre Factores Sociales Determinantes de la Salud surgió de una reunión en agosto del 2008 que agrupó a expertos de ambos países para tratar el informe publicado recientemente por la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. El grupo elaborará un marco conceptual para afrontar los desafíos especiales de la zona fronteriza y establecerá metas y objetivos prioritarios para el trabajo en esta esfera, lo que comprende fortalecer los conocimientos y la comprensión de la dinámica de los determinantes sociales de la salud en la región fronteriza.

100. La OPS colaboró con la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) en el 2008-2009 en dos esferas para fortalecer la evidencia destinada a la formulación de políticas regionales en materia de atención primaria de salud. En la primera de ellas, “fortalecimiento de las estadísticas demográficas y sanitarias”, la labor se concentró en incorporar las cuestiones étnicas en los datos de salud y las estadísticas vitales y en aumentar la participación de los indígenas y de las personas de ascendencia africana en los próximos censos para el 2010. En la segunda, “evaluación del progreso hacia los Objetivos de Desarrollo del Milenio relacionados con la salud”, la colaboración incluía un estudio sobre los pueblos indígenas y los afrodescendientes en América Latina, así como proyecto acerca de las desigualdades territoriales y los ODM.

101. El Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano de la OPS (CLAP) trabajó para fortalecer la coordinación interinstitucional y formar alianzas y redes a los niveles mundial y regional, entre socios como la Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo (AECID), IPAS, ACDI/VOCA, la Unión Europea, UNICEF, FNUAP y March of Dimes. El CLAP también promovió el establecimiento de redes de instituciones perinatales en un número cada vez mayor de países, entre ellos, **Argentina, Bolivia, Colombia, Ecuador, El Salvador, Honduras, Nicaragua, Perú, Paraguay y Uruguay.**

102. En el 2008, la OPS promovió el debate en los Estados Miembros acerca del informe publicado recientemente por la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud y de cómo abordar los determinantes sociales de la salud mediante políticas y medidas sinérgicas que combinaban la salud ambiental con la renovación de la atención primaria de salud. Varios países ya han formado comisiones nacionales para elaborar políticas en estas esferas, mientras que otros están empezando a ejecutar programas que aborden el sinnúmero de factores que afectan el bienestar de las poblaciones.

103. Una vez más, el programa de vacunación de la OPS encabezó lo que se ha convertido en la iniciativa de salud panamericana más conocida del continente, la Semana de Vacunación en las Américas. En el 2008, la Semana se inició con varios actos de inauguración formal en las zonas fronterizas de **Estados Unidos y México, Centroamérica y Panamá, Brasil, Colombia, Perú y Guyana.** Entre los asistentes se encontraban presidentes, ministros y otros dignatarios de alto nivel, además de artistas

famosos como Ricardo Montaner y Jerry Rivera. La iniciativa movilizó a miles de trabajadores y voluntarios de salud, y se utilizaron campañas de comunicación de masas para ampliar la cobertura de vacunación en toda la Región. Participaron 45 países y territorios y casi 60 millones de personas recibieron las vacunas contra diversas enfermedades como la poliomielitis, el sarampión, la rubéola, el tétanos, la fiebre amarilla y la gripe. Muchos países también aprovecharon la oportunidad para ofrecer otros servicios de salud, entre ellos los frotis de Papanicolaou, administración de suplementos de vitamina A y tamizaje de la tuberculosis.

104. La OPS se asoció con el ONUSIDA y el UNICEF para elaborar un informe sobre la infección por el VIH/sida en el que se hizo hincapié en las poblaciones vulnerables específicas, como los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres, los trabajadores del sexo y los usuarios de drogas ilícitas, a fin de afrontar mejor las vulnerabilidades por razones de género, las cuestiones relacionadas con los derechos humanos y las dificultades que deben superarse para lograr el acceso universal al tratamiento y a los servicios de prevención de la infección por el VIH.

105. La OPS también emprendió una iniciativa de mapeo con la finalidad de recabar datos sobre la disponibilidad de servicios de salud sexual y reproductiva, así como de servicios de prevención de la infección por el VIH y la cobertura para la población adolescente, a objeto de señalar las necesidades de servicios de atención primaria en la Región para la formulación de políticas y la toma de decisiones.

106. La OPS apoyó la creación de una nueva Alianza Panamericana por la Nutrición y el Desarrollo, encabezada por los Directores Regionales de las Naciones Unidas para América Latina. La Alianza procura avanzar hacia el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio gracias al fortalecimiento y la integración de las respuestas internacionales y nacionales a la nutrición, la salud y el desarrollo, mediante estrategias intersectoriales e interprogramáticas, intervenciones y herramientas en diversas esferas como salud, nutrición, educación, agua y saneamiento, agricultura, comercio, trabajo, participación social, género y derechos humanos.

107. En el 2008-2009, la OPS intensificó su colaboración con organizaciones religiosas, entre otras, la Conferencia Episcopal Latinoamericana (CELAM), la Iglesia de Jesucristo de los Santos de los Últimos Días y los representantes de salud de la Conferencia General de la Iglesia Adventista del Séptimo Día, que tiene 15 millones de miembros y más de 6.000 hospitales, consultorios y centros de salud mundiales. Con el apoyo de la OPS y la OMS, la Iglesia Adventista del Séptimo Día organizó una Conferencia Mundial sobre la Salud y el Modo de Vida a mediados del 2009 en Ginebra, donde los participantes intercambiaron conocimientos y experiencia acerca de la adopción de las normas mundiales de atención de salud de la OMS como parte de las

iniciativas para impulsar los ODM relacionados con la salud. Más de 700 personas participaron en esta conferencia.

108. La OPS trabajó durante el período 2008-2009 a fin de movilizar recursos financieros y técnicos y para facilitar la coordinación multisectorial a nivel de país en materia de salud del niño. Conjuntamente con algunos organismos internacionales y nacionales, como la OMS, USAID, UNICEF, además de organizaciones no gubernamentales y religiosas, el sector privado y la sociedad civil, la OPS promovió la ampliación de la estrategia de atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia y otras iniciativas relacionadas con la salud del niño.

109. La OPS colaboró con el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) a fin de canalizar parte de una subvención de €528 millones (de euros) en apoyo de la reforma de las Naciones Unidas y el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio (Fondo de Cumplimiento de los ODM). A finales del 2008, la OPS/OMS había recibido la aprobación de varios proyectos que sumaban US\$3,7 millones. Las representaciones de la OPS/OMS en los países están participando en proyectos en **Colombia, Costa Rica, Guatemala, Honduras, Panamá, y Perú** y en otros sitios mediante la preparación de notas conceptuales y documentos programáticos conjuntos con las Naciones Unidas.

110. En el 2008-2009, la OPS siguió trabajando con una subvención de US\$4 millones distribuida a lo largo de cuatro años de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) para fortalecer los sistemas y servicios de salud en el contexto de la atención primaria de salud y para mejorar la calidad de los servicios de salud en toda la Región. Como parte de la administración de la subvención, un coordinador técnico ayudó a identificar las sinergias, a potenciar al máximo los resultados y a promover una visión compartida entre los diversos actores y los numerosos proyectos incluidos en el acuerdo general.

Capítulo VI

Afrontar los retos futuros

111. En los capítulos I a IV de este informe se ilustra tanto el compromiso cada vez mayor con la renovación de la atención primaria de salud en América Latina y el Caribe como el progreso concreto alcanzado por la OPS y sus Estados Miembros al llevar a la práctica el enfoque.

112. Pero el reto de lograr la “Salud para todos” no se alcanzará fácilmente ni pronto. Muchos países de la Región todavía no tienen planes amplios de protección de la salud y

un número considerable de personas —cerca de 125 millones en toda la Región— siguen careciendo de acceso a los servicios básicos de salud. Los países que sí tienen planes de protección de la salud se están esforzando por ampliarlos para atender a más personas y más enfermedades, y para financiar esos planes de manera que sean tanto sostenibles como equitativos. Para todos los países, la labor de reorganizar los sistemas de salud a fin de superar la fragmentación y la segmentación y mejorar la calidad, la eficiencia y la equidad es un reto constante.

113. Algunos países también afrontan el reto especial de recuperar el terreno perdido. Ciertos países que lograron avances reales en la atención primaria de salud en los últimos decenios han descuidado los sistemas de remisión de pacientes y tienen tanta necesidad de contar con un respaldo para sus servicios de nivel primario que los pacientes ahora se encuentran con listas de espera de varios meses o aun años para recibir ciertos tipos de atención. Otros han sido víctimas del exceso de medicamentos prescritos por los servicios de salud y de una subvaloración de la función de las enfermeras, los técnicos médicos, los agentes sanitarios de la comunidad, nutricionistas, parteras, asistentes sociales y de la importancia de las personas, sus familias y comunidades que protegen y promueven su propia salud.

114. Un problema afín es la importancia excesiva asignada a los equipos y la tecnología más avanzada cuando otras opciones menos costosas quizás sean igualmente adecuadas y hasta mejores en cuanto a garantizar la sostenibilidad financiera de los servicios de salud. De igual importancia es el problema del gasto excesivo en el segundo y el tercer nivel de la atención, que no se coordina con la atención de primer nivel o se presta en detrimento de ella o de los esfuerzos para ejecutar la estrategia de atención primaria de salud en todos niveles del sistema de atención.

115. Estos retos que son intrínsecamente difíciles se han hecho más apremiantes y más exigentes por la crisis económica mundial, que está amenazando la salud y otros logros del desarrollo en toda la Región. En el 2008, el alza de los precios de los alimentos y el combustible, así como la disminución de las remesas a los países, ya han aumentado la pobreza y la inseguridad alimentaria en algunos de los Estados Miembros de la OPS. Para mediados del 2009, en medio de la crisis económica mundial, la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL) pronosticaba una disminución de 1,7% del producto interno bruto de la Región para el 2009, lo que ocasionaría una disminución en el ingreso per cápita por primera vez en casi un decenio.

116. A falta de medidas de mitigación, estas tendencias podrían repercutir en gran medida en la salud. Una disminución en los ingresos personales y el aumento del desempleo generará un número cada vez mayor de personas vulnerables, así como contribuciones individuales más bajas a los sistemas de seguridad social y menor participación en los planes de seguro de salud, tanto privados como públicos. Esto a su

vez tiene probabilidades de inducir a más personas a utilizar los servicios públicos gratuitos y los que prestan las organizaciones voluntarias (incluidas las religiosas y las de caridad), que ya están sobrecargadas. También puede llevar a que las personas no acudan de inmediato a buscar atención de salud y reduzcan el cumplimiento de las instrucciones sobre medicamentos y alimentación, con lo cual aumenta el riesgo de complicaciones y de incurrir en gastos médicos enormes que pueden empujar a familias enteras a la pobreza.

117. Para los gobiernos, la crisis mundial ya ha afectado a la actividad económica general y ha hecho bajar los precios de las exportaciones, lo que ha dado lugar a la reducción del ingreso público. Si se mantiene el modelo histórico de la Región de gasto público procíclico, el financiamiento público asignado a la salud descenderá por debajo del promedio de 3,4% del producto interno bruto de los últimos cinco años, una cifra que ya era inferior al gasto promedio en países con protección social amplia en materia de salud. Aunque algunos países de la Región están elaborando políticas fiscales anticíclicas para mitigar el impacto de la crisis, la mayoría de estas políticas se centran en la generación de empleo y las inversiones en infraestructura y no en el gasto social o de salud. En efecto, los países que ya han recortado el gasto público han reducido desmesuradamente el gasto destinado al sector de la salud.

118. A pesar de estas tendencias, la crisis económica mundial también brinda una oportunidad de promover la nueva visión de la atención primaria de salud como una manera de proteger los beneficios de salud al aumentar la eficiencia en los sistemas de salud y la disminución general de los costos sanitarios. Con este fin, el Plan Estratégico 2008-2012 de la OPS (modificado) incorpora la atención primaria de salud como la estrategia orientadora para la organización y la gestión de los sistemas de salud, salud de los adolescentes, salud familiar y comunitaria y servicios farmacéuticos, y como centro de interés principal de la cooperación técnica en materia de prevención y control de enfermedades, formación de recursos humanos y extensión de la protección social. El enfoque también se ha identificado como una “prioridad transversal” para integrar en el Plan de Trabajo Bienal de la OPS correspondiente al período 2010-2011, directrices de planificación, estrategias y cursos especiales que estarán al alcance de los funcionarios de la OPS para ayudarlos a que incorporen el enfoque en su trabajo.

119. Para los Estados Miembros de la OPS, el Plan Estratégico de la OPS 2008-2012 establece algunos retos de corto plazo para la ejecución de la visión renovada de la atención primaria de salud. Estos incluyen:

- Seguir promoviendo el concepto de los sistemas de salud basados en la atención primaria de salud y alentar una mayor participación de las comunidades y otros interesados directos en el desarrollo de estos sistemas.

- Aplicar el enfoque renovado de atención primaria de salud a los programas basados en la población y las iniciativas de control de las enfermedades prioritarias.
- Crear mecanismos especiales para fortalecer la colaboración intersectorial, en especial las redes y las alianzas nuevas.
- Poner en práctica las recomendaciones de políticas de la OPS/OMS sobre la integración de redes de servicios de salud que incluyan tanto a proveedores públicos como privados.
- Integrar un enfoque intercultural en la formulación de políticas y en los sistemas de salud basados en la atención primaria de salud.
- Ejecutar programas para mejorar la calidad de la atención, en especial la seguridad del paciente.
- Garantizar la disponibilidad y la sostenibilidad de recursos económicos, físicos y tecnológicos requeridos para la aplicación eficaz de la atención primaria de salud.
- Formar competencias específicas del personal sanitario en toda la Región para apoyar la puesta en práctica de la atención primaria de salud.

120. La cooperación técnica de la OPS para el período 2009-2012 se concentra en gran medida en apoyar los esfuerzos del país para afrontar estos retos. Además de las herramientas y las estrategias detalladas en el Plan Estratégico 2008-2012, la OPS está encabezando otras iniciativas para apoyar la renovación de la atención primaria de salud. Entre las más importantes se encuentra la nueva política regional sobre redes integradas de prestación de servicios de salud (RISS, ver capítulo V), que se está sometiendo a la consideración del 49.º Consejo Directivo para su aprobación como una estrategia común destinada a mejorar los servicios de salud mediante la creación de economías de escala, reducción de la duplicación de esfuerzos, fomento de la cooperación y la responsabilidad entre proveedores, participación en los gastos y las inversiones y mejoramiento de los factores de riesgo.

121. Otras iniciativas incluyen el curso virtual denominado “Desarrollo de capacidades para la renovación de la atención primaria de salud”, disponible en el Campus Virtual de Salud Pública, y una nueva Red Temática Regional para la Atención Primaria de Salud, que promoverá la difusión de mejores prácticas.

122. Además, la OPS está elaborando una serie de publicaciones con directrices y estrategias para poner en práctica la atención primaria de salud. La serie incluye el documento de posición de la OPS/OMS *Renovación de la atención primaria de salud en las Américas*, así como las *Estrategias para la formación de equipos de atención primaria de salud* y *La formación en medicina orientada hacia la atención primaria de*

salud, actualmente disponible solo en español. Una tercera publicación, *Integrated Delivery Networks*, incorporará las observaciones del 49.º Consejo Directivo y su publicación se ha previsto para principios del 2010.

123. Estas iniciativas se emprenden en un momento crucial pero oportuno para las Américas. Aunque la Región afronta graves retos económicos, políticos y sociales, en ella también se ha logrado un consenso casi universal de que el nivel más alto alcanzable de salud es un derecho humano inalienable y una condición necesaria para el desarrollo económico y social. En acuerdos que van desde la Agenda de Salud para las Américas hasta la Declaración de Montevideo, el Consenso de Iquique de la IX Conferencia Iberoamericana de Ministros y Ministras de Salud, el Acta de constitución del Consejo de Salud Suramericano (UNASUR-SALUD) y la Declaración de Puerto España (Quinta Cumbre de las Américas), los gobiernos de toda la Región han reconocido su responsabilidad de garantizar el derecho a la salud y su convicción de que los sistemas basados en la atención primaria de salud son la mejor manera para ejercer ese derecho.

124. En este contexto, la renovación de la atención primaria de salud se necesita “ahora más que nunca” en toda América. Mediante sus programas de cooperación técnica y sus iniciativas de promoción de la causa, la OPS seguirá apoyando este proceso para conseguir que la visión de “Salud para todos” se convierta en una realidad en todos sus Estados Miembros.

- - -