

**FOURTH MEETING
CUARTA REUNIÓN**

Tuesday, 28 September 2004, at 2:30 p.m.
Martes, 28 de septiembre de 2004, a las 2:30 p.m.

President/ Presidente: Dr. José Antonio Alvarado Nicaragua

ITEM 8: SPECIAL SESSION ON THE 25TH ANNIVERSARY OF THE
DECLARATION OF ALMA-ATA
PUNTO 8: SESIÓN ESPECIAL ACERCA DEL 25.º ANIVERSARIO DE LA
DECLARACIÓN DE ALMA-ATA

El PRESIDENTE declara inaugurada la sesión especial acerca del 25.º aniversario de la Declaración de Alma-Ata y anuncia que, en ausencia del Delegado de Belice, se dará lectura de la comunicación que éste había preparado para la ocasión.

*A video presentation commemorating the 25th anniversary of the
Declaration of Alma-Ata was projected.
Se proyecta un video conmemorativo del 25.º aniversario de la
Declaración de Alma-Ata.*

La DIRECTORA dice que en el marco de los preparativos para conmemorar el 25.º aniversario de la Declaración de Alma-Ata se han realizado una serie de actividades en colaboración con autoridades nacionales, organizaciones e instituciones, tanto nacionales como internacionales, en las que han participado altos funcionarios de la Organización, incluida ella misma, y el Director General de la OMS. Se ha establecido un grupo de trabajo, se ha creado una página web especial, se han preparado videos, rescates de testimonios de miembros que participaron en las delegaciones de Alma-Ata, y se está preparando un número especial de la *Revista Panamericana de Salud Pública*, entre otras actividades. El grupo de trabajo, establecido en virtud de los informes de las mesas redondas sobre atención primaria de salud celebradas durante el 44.º Consejo Directivo y de las consiguientes orientaciones, está integrado por personalidades con una amplia experiencia en la investigación, la docencia y la práctica y tiene el mandato de preparar un documento que ayude a definir las orientaciones estratégicas futuras de la Organización.

Los actos conmemorativos han puesto de manifiesto la necesidad de establecer un nuevo acuerdo regional sobre atención primaria de salud y su rol en el desarrollo sanitario nacional y en el fortalecimiento de la infraestructura de salud pública. Durante las dos últimas décadas el continente ha sido escenario de muchos procesos de reforma del sector salud y de muchos intentos por reorientar los sistemas y los servicios de salud. Algunos

han sido promovidos bajo el principio rector de atención primaria, pero otros se han apartado de los principios de la salud para todos y de la estrategia de atención primaria.

El presente acto significa un momento muy especial en la serie de actos conmemorativos del 25.º aniversario de la Declaración de Alma-Ata. Por un lado cierra el ciclo de celebraciones, recupera mucha riqueza de los aportes de los países, y por otro ofrece una ocasión para que los ministros presenten una visión prospectiva, y no retrospectiva, del concepto de la atención primaria de salud y del rol que puede desempeñar en la transformación de los servicios para reducir las inequidades y garantizar el acceso y el logro de mejores resultados de salud, que son los compromisos adquiridos en los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

La oradora señala la presencia en la sala de Jack Bryant, un gran luchador por la salud pública de su país que fue miembro de la Delegación de los Estados Unidos de América en Alma-Ata, a quien acompaña su esposa. Pioneros que vivieron el proceso de Alma-Ata, todavía hoy siguen luchando por los principios de la solidaridad, la equidad y la justicia social, tan válidos hoy como lo eran entonces.

Hon. John JUNOR (Jamaica) noted that, when the Jamaican Delegation had attended the International Conference on Primary Health Care at Alma-Ata some 25 years ago, his country had already accepted the concept of primary health care. A year earlier, in 1977, the Government had agreed to the concept based on a seminal document prepared by the Health Ministry, "Primary Health Care—The Jamaican Perspective." At the conclusion of the Alma-Ata conference, Jamaica had embraced the call for urgent and effective national and international action to develop and implement primary health care as a major new strategy to ensure universal access to basic health services. It had formulated national policies, strategies, and plans of action to launch and sustain primary health care (PHC) as part of a comprehensive national health system, and it had invested heavily in the establishment of a delivery network at the community level.

Since then, health status in Jamaica, and indeed in all CARICOM countries, had benefited greatly from the primary-care thrust. The focus on prevention and eradication of infectious diseases, and the diagnosis, treatment, and prevention of malnutrition had freed the subregion from poliomyelitis and measles; and rubella was on the verge of elimination. Moreover, life expectancy had increased, and infant mortality had fallen. The challenge now was to maintain those gains while ensuring the capacity to respond to the threats of newly emerging and reemerging infections.

In the first decade after Alma-Ata, Jamaica and several of the sister territories in the Caribbean, in a spirit of partnership and service to ensure primary health care for all, had developed the concept of the Caribbean Cooperation in Health Initiative. In 1996, the health ministers of the Caribbean had identified eight priorities for the Initiative: health systems development, human resources development, family health, food and nutrition, chronic noncommunicable diseases, communicable diseases, mental health, and environmental health.

Jamaica and the rest of the Caribbean had had to cope with the impact of economic, demographic, and social changes on the health of the population. Access to mass media and international travel, modernization of the region's economies, and other factors had helped influence changes in lifestyle practices, which in turn had contributed to a transformation of the epidemiological pattern, and had fueled expectations and demand for health care. At the same time, migration had impacted negatively on the availability of health workers. The global health workforce crisis and the resultant drain of trained health professionals had put significant constraints on the delivery of health care in many countries in the Caribbean, thereby worsening the imbalance in the distribution of the work force between primary and secondary care.

All of the foregoing factors had severely challenged health development in the region and made it increasingly necessary to review the organization and management of human, financial, and material inputs to the system. That, had led to the advent of health sector reform programs in the 1990s. In Jamaica, the main components of the reform process had been decentralization, alternative financing, divestment, and privatization. In the process of decentralization, significant focus had been placed on administrative issues, at times to the detriment of a health care system oriented toward primary care, centered on people, focused on quality, and geared toward defined targets for improved health status.

In December 2001, Jamaica had embraced the PAHO-led initiative to review and promote essential public health functions and reaffirm the tenets of primary health care as the main strategy for the transformation of the region's health sectors. One of the major changes in the renewal of PHC was an increased effort to enhance quality of care. To that end, Jamaica had developed a program on clinical effectiveness, which had been incorporated into the Ministry's performance agreement with the country's regional health authorities.

As delegates were aware, the Caribbean region was prone to various disasters. The damage done during the 2004 hurricane season had clearly shown that all its efforts in the area of health could be seriously compromised, virtually overnight. The environmental problems that emerged after the disasters challenged the primary health

care subsector precisely at the time when it was most needed to protect the health of communities. The Caribbean region and other regions affected by disasters therefore needed the support of the international community to strengthen their primary care system and aid in speedy recovery following disasters.

As countries celebrated the two-and-a-half decades since Alma-Ata, there was a need to redouble their efforts and reaffirm their commitment to primary care as a tried, tested, and still very relevant strategy to deliver promotive, preventive, and rehabilitative health care to their various publics.

El Dr. FRENK (México) considera que la Declaración de Alma-Ata es uno de los legados más ricos en materia de salud internacional, y que su 25.º aniversario ofrece una gran oportunidad para renovar aquel compromiso.

El orador se refiere a tres elementos fundamentales: la actualización de los conceptos; el análisis de los nuevos retos que plantean los cambios registrados en ese cuarto de siglo, y la mejor respuesta que puede ofrecer una actualización de las políticas públicas de atención primaria a la salud.

Refiriéndose a los conceptos establece una distinción entre “salud para todos” y “atención primaria de salud”: considera la primera una afirmación de valores, una visión y una aspiración, una orientación amplia de las políticas públicas, mientras que la segunda es una estrategia concreta encaminada a alcanzar la salud para todos, susceptible, por consiguiente, de evaluación crítica y de acciones de mejora, y que debe someterse a un debate no ideologizado. Hay que actualizar el concepto de salud para todos, para dotarlo de un carácter más dinámico. Se podría incluso rebautizar “mejor salud para todos”, porque “salud para todos” tiene connotaciones estáticas, está vinculado a un momento dado, el año 2000.

Centrándose en la atención primaria de salud, se refiere a la diversidad de significados que se le ha dado durante estos 25 años. El propio concepto antecede en muchas décadas a la Conferencia de Alma-Alta, pero es a partir de la Declaración, de ese consenso global logrado en plena guerra fría, cuando los países del mundo convergen en el concepto unificador.

Por “atención primaria de salud” se entiende unas veces el primer contacto de la población con su sistema de salud. Otras veces se refiere al primer nivel de atención, y entonces “primaria” se equipara a “simple”, “elemental”. Estas interpretaciones son limitativas, y han propiciado en ocasiones una “atención primitiva de la salud”. La interpretación correcta debe ser aquella en la que la atención actúe sobre las causas primarias de la buena salud y la enfermedad, en sintonía con los conceptos clave de la

Declaración de Alma-Ata. Tres elementos centrales de la atención primaria de salud son el enfoque local, la participación de la comunidad y el abordaje multisectorial.

El mundo ha experimentado profundas transformaciones en sus condiciones de salud durante el último cuarto de siglo. Se han registrado extraordinarias ganancias en cuanto a esperanza de vida y reducción de la mortalidad, que permiten hablar de una auténtica revolución de la salud, en gran parte debido, precisamente, a Alma-Ata. Sin embargo, en salud los éxitos van siempre acompañados de nuevos retos. En el siglo XXI, los tres grandes retos que tendrá que afrontar la atención primaria de la salud son la equidad, la calidad y la protección financiera. Equidad, porque los avances no se han producido de forma homogénea y la mayoría de los países de la Región soportan la doble carga del rezago epidemiológico y de los problemas emergentes representados por las enfermedades no transmisibles. Se constata una distribución social de los problemas resultantes, y los pobres también padecen mayores tasas de enfermedades no transmisibles y de nuevos riesgos, como el tabaquismo y la obesidad. La agenda de la equidad debe aplicar una perspectiva de equidad social y equidad de género a los retos emergentes.

El segundo es el de la calidad, tanto en su dimensión técnica como en su dimensión interpersonal, que lleva al trato digno y al respeto de los derechos humanos de los usuarios. El gran reto para el movimiento de la atención primaria sigue siendo el problema de los recursos humanos, y 25 años después, a pesar de la gran cantidad de experiencias exitosas, las estrategias basadas en los trabajadores comunitarios no siempre han demostrado los niveles de calidad deseables.

El tercer reto se refiere a la protección financiera. Muchos países han instituido sistemas de atención primaria al margen de los grandes esquemas de financiamiento basados en el aseguramiento público, y a menudo esas estructuras separadas han acabado destinándose básicamente a los pobres. Es sabido que los programas para pobres tienden a acabar siendo pobres programas, y el reto es lograr una mayor justicia financiera a través de esquemas universales y solidarios de protección social que integren la atención y no creen espacios aparte para las poblaciones más pobres. Habida cuenta de la mayor diversidad epidemiológica actual y del costo y la complejidad de los nuevos retos de padecimientos, hay que garantizar que una atención primaria de alta calidad, integrada en el resto de la atención, sea el elemento capital de protección de la población frente al riesgo que suponen los gastos catastróficos en salud.

Durante estos 25 años se ha planteado un falso dilema entre abordaje horizontal y abordaje vertical de la atención primaria de salud, entre una serie de intervenciones muy enfocadas y un esfuerzo completo, pero a veces poco definido, de fortalecimiento de los servicios de salud. La metáfora geométrica puede aplicarse también al gran reto pendiente: identificar la diagonal, es decir, fijar prioridades claras con criterios explícitos en términos de costo, efectividad y aceptabilidad social. Ante la diversidad epidemiológica y la multiplicidad de presiones que ejercen las diversas cuestiones de salud, hay que disponer de procesos transparentes y explícitos de determinación de prioridades y utilizar esas prioridades para lograr un fortalecimiento genérico de los sistemas de salud. Ese fue el caso de la gran campaña de la OPS para la erradicación de la poliomielitis, y esa es la estrategia que el Director General de la OMS ha instrumentado en materia de VIH/SIDA.

En México se ha desarrollado una reforma estructural con dos pilares (la mejora de la calidad y la protección financiera) por conducto de un programa de seguro popular de salud que aspira a extender la seguridad social a toda la población que quedó fuera en América Latina y que plantea una base ética explícita y una base de valores explícita, y hace explícitos los derechos y las obligaciones de los usuarios, establece las prioridades de manera explícita, hace explícitos los requerimientos financieros, y hace explícitos los incentivos a favor de la calidad y el trato digno a los usuarios.

Para terminar, el orador cita una reflexión de Martin Luther King, Jr., quien en 1963 dijo: “Todo el progreso es precario y la solución de un problema nos confronta con un nuevo problema”. Esa es la dinámica del campo de la salud. Los enormes progresos registrados durante los últimos 25 años plantean hoy nuevos retos, y el mejor homenaje que se puede hacer a los pioneros que se reunieron en Alma-Ata es renovar los sistemas de salud con sentido crítico y visión prospectiva, para que puedan afrontar mejor los retos del siglo XXI.

El Dr. GÓNZALEZ GARCÍA (Argentina) dice que, si bien es cierto que muchas de las estrategias de la atención primaria de salud ya existían antes de la Declaración de Alma-Ata, lo que se logró con ella fue globalizar ideas como el derecho a la salud y la construcción comunitaria, así como entender a la sociedad no sólo como consumidora de atención médica sino como elemento promotor de la salud. La atención primaria tiene, además, un enorme potencial para reducir la pobreza, un determinante fundamental de la enfermedad, la carga de enfermedad y, sobre todo, las consecuencias de la enfermedad sobre los que menos tienen.

En un país con una crisis económica, política y social como Argentina, se han recuperado con éxito las antiguas recetas de la salud pública y la atención primaria de salud. Se ha revitalizado la red de atención primaria y las 24 provincias del país y los

municipios han alcanzado un consenso para establecer un plan federal de salud cuyo eje central es la atención primaria. Argentina tuvo, tiene y tendrá asegurado hasta el final del mandato del Presidente Kishner uno de los programas clave en atención primaria, la provisión gratuita de medicamentos esenciales, y ya dispone de todos los elementos necesarios para garantizar el funcionamiento de los programas de salud maternoinfantil, de lucha antiparasitaria, de la anemia, la anticoncepción y la salud reproductiva en el ámbito de ese nivel de atención de la salud.

Hoy es posible decir que el sistema de salud de Argentina se encuentra en un segundo ciclo. El primero ya está resuelto hasta el final del mandato constitucional, y ha consistido en disponer de todos los insumos necesarios para prestar los servicios de atención primaria de forma sistemática. Esto ha significado un aumento del nivel de atención de 50%, así como del número de consultas en más de 6.000 centros de atención primaria que existen en el país.

El 1^o de octubre comienza una nueva etapa: la implantación de uno de los programas más importantes de reconversión de los recursos humanos en atención primaria, cuya meta es la formación en medicina comunitaria y social de 3.000 nuevos becarios en las 20 facultades de medicina del país. Estos estudiantes se incorporarán posteriormente a la red integrada por los 9.000 profesionales que hoy día están trabajando en equipos de salud. Con este nuevo programa se intenta mantener el alto nivel de calidad de la atención alcanzado por los profesionales y capacitarlos, además, en atención comunitaria. Se pretende que el médico de atención primaria incorpore durante su formación los valores y los ideales de Alma-Ata.

Los cambios que se han producido en la epidemiología de muchas enfermedades y en la carga de enfermedad no han sido aislados; se han acompañado de aumentos muy notables de la dotación tecnológica de los servicios de salud y de transformaciones de la organización de las instituciones y de la sociedad. La adaptación de la atención primaria a ellos exige, además de las reformas mencionadas, revisar los salarios y la jerarquía profesional de sus trabajadores, fortalecer su capacitación e implantar programas de incentivos.

Por otro lado, las estrategias incluidas en las reformas de la atención primaria encierran un enorme potencial para contribuir a paliar el principal problema actual de Argentina: la injusticia. Este nivel de atención debe convertirse en un elemento esencial del desarrollo de nuestros pueblos y la revisión de los postulados de Alma-Ata ha de servir para preservar algunos ideales, revisar nuestras propias actividades bajo el prisma de nuevas ideas y disminuir las desigualdades.

El Dr. GARCÍA (Chile) dice que su país cuenta con una estrategia orientada a la atención primaria desde hace muchos años, probablemente desde antes de la Declaración de Alma-Ata. Mediante el Decreto con fuerza de Ley No. 2763, que entró en vigor en enero de 1980, se puso término a la estructura de salud pública creada en 1952, que había desempeñado un papel fundamental en el mejoramiento de la salud de los chilenos durante 28 años. La atención primaria constituía entonces un eslabón de la red de servicios en todo el país.

Con la aprobación de la Constitución Política en 1980, se dieron las condiciones para reestructurar el sistema de salud chileno a fin de ahondar en un proceso descentralizador ya iniciado en Latinoamérica. Se creó un Sistema Nacional de Servicios de Salud, se redefinió la función del Ministerio, y se crearon 27 servicios de salud distribuidos en todo el país, con autonomía administrativa, patrimonio propio y gestión presupuestaria relativamente independiente.

Una decisión importante que acompañó a dicha reestructuración fue el traspaso—efectuado autoritariamente por el gobierno militar de la época— de la administración de los establecimientos de atención primaria a los municipios. De hecho, se trató de una desconcentración, por cuanto se asignó responsabilidad en la administración pero no se transfirieron competencias para la gestión. Este proceso se denominó municipalización. Las unidades ejecutoras y funcionales traspasadas y descentralizadas fueron los consultorios urbanos, rurales y las postas de salud rural. Algunos establecimientos de atención primaria del país quedaron bajo la administración de los servicios descentralizados correspondientes, lo cual contribuyó a la desintegración de la red pública de atención y a un aumento de la diversidad y la inequidad entre municipios.

Los municipios adquirieron la responsabilidad de cumplir con planes y programas de salud, otorgar prestaciones y mantener la calidad de los servicios, someterse al control y a la supervisión técnica de los servicios de salud y del Ministerio de Salud, y asegurar el funcionamiento permanente de los establecimientos a su cargo. Los establecimientos traspasados se financiaron mediante la determinación de techos máximos de gastos, un sistema denominado facturación por atención prestada (FAPEN), que funcionó entre 1980 y 1995 y fue criticado por distintos motivos. En ese período se consolidó el traspaso y el debate se centró en la desarticulación de la red de servicios de salud. Hoy, las actividades de atención primaria de salud se desarrollan mayoritariamente en los establecimientos municipales, aunque en ciertas regiones algunos hospitales de baja complejidad y consultorios dependientes del sistema nacional de servicios de salud comparten esa función. Los servicios de salud, a partir del traspaso, asumieron la responsabilidad de la supervisión técnica de los establecimientos municipalizados y los municipios, la gestión técnica y la administración de los establecimientos a su cargo.

En 1990, el primer gobierno democrático asumió la conducción política del país y consideró necesario mantener las tendencias descentralizadoras, dando mayor tiempo al proceso y corrigiendo problemas. La crisis vivida con la municipalización se consideró una oportunidad para realzar la importancia de la atención primaria mediante la aplicación de distintas estrategias: aplicar los postulados de Alma-Ata, suscritos por Chile en 1978, reducir el abismo entre los más pobres y los más ricos, asegurar una distribución más equitativa de los recursos, y mejorar la calidad de vida de las comunidades.

En 1995, se logró un acuerdo político y técnico sobre una nueva iniciativa legal con objeto de regular la atención primaria municipalizada en su conjunto: la ley 19.378, que generó un importante debate sobre la atención primaria. Con ello se cambió el modelo de atención y de financiamiento, y se reestableció un sistema de pago per cápita asociado a un plan de salud familiar, que abarcaba acciones preventivas y tenía en cuenta la pobreza y la ruralidad. Se relevó la acción de la comunidad en la gestión de los establecimientos de salud y en la articulación de las políticas sociales. A partir de ese momento, las personas eligieron sus centros de salud y los municipios recibieron los pagos del seguro público (FONASA) según el número de personas inscritas. Entre los años noventa y 2004, el pago per cápita ha pasado de 10% del gasto público en salud a 18% en 2004, y prevé aumentarlo a 25% en 2005.

La descentralización ha sido un proceso complejo pero esencial en la modernización del Estado, la erradicación de la pobreza extrema y el acercamiento de la sociedad civil al Estado. Actualmente, la reforma del sector salud, encaminada a mejorar la salud de la población chilena, se plantea como un imperativo porque responde a las necesidades del siglo XXI (con este fin se han marcado los objetivos sanitarios para el decenio 2000-2010), amplía la protección social en salud, mejora la protección financiera de toda la población aumentando los beneficios obligatorios, disminuye las brechas de equidad a través del régimen de garantías en salud recientemente constituido en ley, aumenta la participación y los derechos ciudadanos a través de estas mismas garantías explícitas y de hecho exigibles y, por último, fortalece el Ministerio de Salud y el sector público a través de las leyes de autoridad sanitaria y gestión.

El nuevo marco legal del sector, que entrará en vigor en 2005, está constituido por una ley de financiamiento, una ley de autoridad sanitaria, la ley AUGE, que crea un régimen de garantías explícitas en acceso, oportunidad, calidad y protección financiera para un conjunto de prioridades nacionales, y la ley Isapres, que asegura la estabilidad del sistema.

Entre los problemas incorporados al sistema AUGE se encuentran la salud cardiovascular, la hipertensión arterial, la diabetes mellitas, las infecciones respiratorias

del adulto y del menor de 5 años, la neumonía en mayores de 64 años, el tratamiento de la epilepsia no refractaria en menores de 15 años y la salud oral integral para niños hasta 6 años. El fortalecimiento de estas áreas se basa en acciones de promoción y prevención. Con todo ello, se pretende convertir a la atención primaria en el eje de la reforma chilena. El sistema de acceso universal con garantía explícita se fundamenta en una atención primaria accesible, resolutive y de alta calidad. La reforma de salud define el modelo integral de salud como el conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna que se dirige a la esfera física y mental de las personas consideradas como seres sociales en permanente integración y adaptación a su ambiente físico, social y cultural. La promoción de la salud y la educación se encaminan a lograr estilos de vida más saludables y constituyen competencias definidas para el equipo de salud de forma transversal.

Para mejorar la cobertura y eliminar barreras de acceso se ha aumentado el número de centros de salud y los horarios de atención, y se han ampliado los servicios de urgencias. Asimismo, se están formando especialistas en medicina familiar sobre la base de un enfoque integral y multidisciplinario, basado en la continuidad de la atención, la prestación de servicios integrados, el incremento de la capacidad de resolución, la responsabilidad compartida, la participación comunitaria, las garantías mencionadas, y el funcionamiento de la red asistencial como puerta de entrada al sistema.

En la red asistencial no se mejora nada disponiendo una atención primaria muy desarrollada si ésta no se puede integrar en una red progresiva de atención. En ello estriba la importancia de los consejos integradores de la red asistencial, la gestión de las listas de espera, así como la monitorización de la pertinencia de las derivaciones desde atención primaria a la atención secundaria y terciaria.

El esfuerzo para complementar el gasto per cápita con programas cuyo financiamiento está ligado a la consecución de metas específicas se ha traducido, por ejemplo, en que entre 1998 y 2003 las atenciones médicas electivas han aumentado un 60%, las atenciones de urgencia realizadas en los mismos consultorios, un 30%, las atenciones odontológicas de urgencia, un 221%, y las odontológicas recuperativas, un 53%.

En definitiva, hoy día la atención primaria es un proceso de alto nivel tecnológico, ya que incorpora nuevas tecnologías de la información, sistemas de seguimiento de poblaciones en riesgo y genera vínculos entre los distintos niveles de atención a través de redes asistenciales. Además, está integrada en un marco social más amplio, que obliga a alcanzar acuerdos políticos y sociales y a la participación de la sociedad en ámbitos como

la vivienda, el saneamiento básico o las infraestructuras. De no ser así, el desarrollo de la atención primaria no pasará de ser un sueño.

El Dr. BALAGUER (Cuba) quisiera hacer un breve recuento histórico del desarrollo de la atención primaria de salud en su país, en relación con la conferencia de Alma-Ata.

En 1959, la situación de Cuba se reflejaba en algunos indicadores: la mortalidad infantil era de 60 por 1.000 de nacidos vivos; la mortalidad materna, de 120 por 100.000; la esperanza de vida al nacer, de 59 años, y había elevadas tasas de morbilidad y mortalidad por enfermedades infecciosas y una baja cobertura de los servicios de salud. Fidel Castro hizo un análisis de la situación, señalando que la sociedad se conmovía ante el secuestro o el asesinato de una criatura, pero permanecía indiferente ante el asesinato de miles y miles de niños que todos los años morían por falta de recursos.

El Gobierno revolucionario inicia la construcción de lo que es hoy la salud pública cubana y, dentro de ella, la atención primaria de salud. En 1959 se creó el Ministerio de Salubridad y Asistencia Hospitalaria y se inició un programa de control y erradicación del paludismo. En 1960 se construyen aceleradamente hospitales, se crean médicos rurales y se promulgan leyes que regulan el servicio médico y estomatológico rural, aprovechando la experiencia de los que fueron médicos rebeldes. El servicio médico rural constituyó así el primer eslabón de la atención primaria de salud en el período revolucionario.

En 1964 se crea en La Habana el primer policlínico integral Aleida Fernández Chardieta, a fin de brindar una atención médica integral, sobre todo a la población materno-infantil, y se comienza a aplicar un concepto de salud constituido por actividades de protección y recuperación de la salud en el marco de programas básicos de integración del niño, la mujer y el adulto, control de enfermedades transmisibles, higiene urbana y rural, higiene de los alimentos y medicina del trabajo. Sin embargo, el policlínico no logró cumplir cabalmente la atención médica integral al no haberse logrado construir verdaderos equipos de trabajo con una gestión coordinada, resolutiva y eficiente.

En 1974 surgió una propuesta renovadora de la atención primaria, con un modelo de medicina de la comunidad en el que se mantienen los principios básicos de los policlínicos integrales pero se cambia radicalmente la concepción, extendiéndola hacia lo colectivo, lo social, la familia y la comunidad, y, lo que es más importante, la medicina de la salud. En este modelo se introdujo la docencia y la investigación.

En enero de 1984, en un área del policlínico Lawton de La Habana, se inicia el programa del médico y la enfermera de la familia, que es el resultado de la necesidad de

una atención médica más en concordancia con los cambios demográficos y con el cuadro de morbilidad y mortalidad del país. La superespecialización no era una alternativa sostenible y en los policlínicos existía un número elevado de médicos generales.

El nuevo tipo de médico y enfermera de la familia rescató la atención médica del ser humano como ser biopsicosocial, considerando la influencia del ambiente en la salud. Algunos de los resultados alcanzados por ese plan son el aumento del grado de satisfacción de la población con los servicios recibidos y una significativa contribución a la reducción de las tasas de mortalidad infantil y materna, y a la mejoría de la salud de la madre y del niño. El incremento del ingreso en el hogar ha descongestionado los hospitales, y el nivel inmunitario es superior a 95% en la población general y a 98,5% en los niños menores de 2 años.

En Cuba se han erradicado totalmente seis enfermedades transmisibles mediante la vacunación, un mejor conocimiento del estado de salud de la población, el aumento del control de enfermedades infecciosas, y la reducción de enfermedades como la tuberculosis y la leptospirosis, así como la eliminación del cólera. Se han creado y funcionan círculos de abuelos y adolescentes, y se ha incrementado la práctica sistemática del ejercicio físico para mantener la salud y para la terapia y rehabilitación de numerosas enfermedades.

En cuanto al fortalecimiento del capital humano que trabaja en la atención primaria de salud, más de 50% de los médicos de familia son especialistas en medicina general integral, y actualmente hay más de 18.000 médicos de familia que prestan sus servicios en otros países.

Como ha dicho el Delegado de México, el concepto de salud para todos puede tener diversas acepciones, y una de ellas es el acceso a los servicios de salud de toda la población. En Cuba, 100% de la población tiene hoy acceso a los servicios de salud, pero en Alma-Ata se trazaron metas para determinados indicadores. La expectativa de vida al nacer de 70 años hombre-mujer, era ya la cubana en 1975, en 1980 se alcanzó la de 72,75, y al final de 2003 la cifra era de 76,2 años. Para la mortalidad infantil se fijó en Alma-Ata la meta de 30 por 1.000 nacidos vivos, y en Cuba se alcanzó la cifra de 28,7 a fines de 2003; en cuanto a la meta de 10% de recién nacidos con peso inferior a 2000 gramos, Cuba alcanzó 9,7 en 1980, etc. Es decir que, a partir de 1983, Cuba había cumplido ya las metas de aquella memorable conferencia.

Desde hace cinco años, la sociedad cubana está inmersa en una nueva y profunda etapa de perfeccionamiento, en la que se ha propuesto profundizar en acciones que permiten el pleno desarrollo de hombres y mujeres, reconociéndolos como el principal capital con que cuenta el país y desarrollando más de 150 programas y proyectos, todos

ellos dirigidos al ser humano. En Cuba se está desarrollando un proceso que se denomina la batalla de ideas y que se traduce nada más y nada menos que en el perfeccionamiento de la sociedad. El perfeccionamiento de la educación repercute forzosamente en la salud pública, y el proceso de transformación más importante es la universalización de la enseñanza. Hay 169 municipios y 169 filiales universitarias, lo que permite resolver el problema de la pirámide de la educación, de forma que todo cubano que lo desee puede alcanzar un nivel de instrucción superior. Por otra parte, se están formando miles de trabajadores sociales para lograr lo que se define como microscopio social: un microscopio para buscar concretamente a la persona, con sus problemas sociales, relacionados siempre con los problemas de salud y con la situación de salud en el país.

La masificación de la cultura es un elemento importante que trasciende también a la salud pública y es esencial para la libertad del ser humano. También son importantes la informatización escalonada de la sociedad, y el deporte, no sólo el de alta competencia sino también como elemento principal de salud pública. En 2002 se iniciaron los programas de la revolución en salud, conceptualizada como las transformaciones profundas y esenciales que deben hacerse en el sistema de salud para seguir elevando la calidad de la atención a la población y mejorando los indicadores.

Se trata de lograr la satisfacción de la población y la participación comprometida de todos los trabajadores en la transformación del sistema de salud, a fin de alcanzar la excelencia en los servicios. Como expresión de la profunda transformación de la atención primaria se puede señalar el fortalecimiento de la capacidad resolutive de los policlínicos, como eje fundamental de este nivel de atención; la creación en ellos de servicios que eran exclusivos de los hospitales, y el desarrollo de un importante programa de preparación y perfeccionamiento del capital humano.

Estos conceptos revolucionarios son la base de los planes y los retos de Cuba. Algunos de los resultados de esta etapa son la extensión de nuevos servicios integrales de fisioterapia y rehabilitación a los 444 policlínicos, llevando esos servicios también a todas las montañas del país; la remodelación o creación de nuevos servicios estomatológicos, con inclusión de laboratorios de prótesis; y la creación de salas intensivas en los 169 municipios; un significativo incremento de la capacidad diagnóstica resolutive de los policlínicos en los últimos dos años; nuevos equipos de ultrasonido y nuevos equipos de rayos X, con una cobertura del ciento por ciento de los municipios; nuevos equipos de electrocardiograma en los policlínicos, y el mejoramiento y aumento de los servicios de laboratorio clínico, cirugía menor ambulatoria, y traumatología, entre otros, así como la creación de nuevos servicios, y de laboratorios de alergias, endoscopia y trombolisis coronaria dentro del área de urgencias.

La atención primaria en Cuba ha sido y es una política de Estado, y el eje de la transformación continua del sistema nacional de salud. El perfeccionamiento de los recursos humanos ha encontrado métodos revolucionarios, como la informatización de todas las bibliotecas de los policlínicos del país, y la formación emergente de los técnicos necesarios con jóvenes de los propios municipios y utilizando como escenario de estudio y trabajo los policlínicos. Éstos se convierten así en verdaderos centros universitarios de formación de médicos y de estomatólogos, y permiten a los técnicos alcanzar un nivel universitario. El 30 de agosto se inició un nuevo proyecto de formación de médicos, cuyo escenario principal es el policlínico, con teleclases, software interactivo y el uso de los servicios de atención primaria como métodos y fuentes de conocimiento principales.

A 25 años de Alma-Ata, Cuba muestra modestamente al mundo sus resultados y se propone continuar disminuyendo la mortalidad infantil e incrementando la expectativa de vida de su población. Esto es factible porque cuenta con la voluntad y la decisión política que hace posible que un país con escasos recursos económicos, logre hacer lo que se propone, porque su principal recurso es el capital humano. Sirva esta ocasión para ratificar el compromiso de Cuba, no solo con el mejoramiento de la salud pública de su propio país, sino también de la salud de los pueblos necesitados de América y del mundo. Cuba tiene la convicción de que es posible un mundo mejor.

The RAPPOREUR, speaking at the President's request, presented the report on Belize's experience with primary health care prepared by Hon. Juan Vildo Marin, Minister of Health and the Environment of Belize.

In the late 1970s, Belize, like other countries all over the world, had enthusiastically embraced the primary health care approach proposed in 1978 by the International Conference in Alma-Ata. It had seen the approach as the strategic framework for improving the health and human condition of all people around the world, but especially those who had little or no access to health care. It had also deemed that the goal of the PHC initiative—attaining, by the year 2000, a level of health for all citizens that would permit them to lead socially and economically productive lives—required a commitment by both the people and the government.

Belize had taken that charge seriously over the intervening decades. It had endorsed and implemented the four basic principles of primary health care: universal access and coverage based on health needs; commitment, participation, and individual and community self-sufficiency; intersectoral action for health; and cost-effectiveness and appropriate technology, as available resources permitted. Those principles had guided the development of national health policies and plans.

The efforts to bring health to all people in Belize had resulted 25 years later in increased life expectancy, high and sustained levels of immunization against all vaccine-preventable diseases, lower infant mortality rates, significant reductions in diarrheal diseases, disappearance of childhood illness associated with malnutrition, improved nutritional status in general, control of endemic diseases such as malaria and dengue, improved water and sanitation, and, perhaps most important, greater public awareness regarding health.

It was worth noting that well before Alma-Ata Belize had been carrying out health services along the same lines as those included in the primary health care approach, albeit under a different name. Preventive care had been one of the pillars of its health system, and the primary health care approach had led to the strengthening and development of existing community-based programs and services.

Community health workers had been selected by their communities and trained by the Ministry of Health with the support of various development agencies. Those community health workers had been put in charge of promoting health in their respective communities. The impact of their work had become clearly visible during the early 1990s, when cholera threatened the country. Community health workers had gone from house to house in every village to conduct cholera prevention education. They had been taught how to perform rehydration therapy, including venipuncture for the administration of fluids to severely dehydrated patients who did not have immediate access to health centers and hospitals.

Traditional birth attendants had also received training and had been provided with the basic equipment necessary to perform their functions in the community. Community health workers, traditional birth attendants, and other volunteers had received support from a cadre of well-trained and dedicated community health nurses, public health inspectors, and health educators who had worked tirelessly throughout the country to promote proper food and nutrition, maternal and child health, water and sanitation, and the control of endemic diseases.

Perhaps two of the most significant achievements of the primary health care movement had been intersectoral collaboration and the involvement of lay persons in health through community participation. District and village health teams had been established, with members of the community playing an integral part. Multilateral and bilateral agencies, including PAHO/WHO, UNICEF, and USAID, had provided a great deal of technical and financial support in the process of revolutionizing Belize's health system. Agreements with bordering countries had also contributed significantly to improving the health status of the Belizean population.

With such an impressive list of achievements, it might appear to the casual observer that all was well in the area of health, and that Belize was well on its way to achieving the primary health care goal, even if it had not done so by the target date of 2000. Before coming to such a conclusion, however, it was important to bear in mind that many countries, including Belize, were involved in ongoing health sector reform initiatives aimed at better responding to people's health needs. While Belize had come a long way, the journey was still incomplete and would remain so until all its people had attained a level of health that would enable them to lead socially and economically productive lives. While continuing to grapple with many old challenges, the country was confronted with new and emerging public health problems that confounded health planners, managers, providers, and the population as a whole.

The country continued to search for effective solutions and a way forward, it would do well to bear in mind the principal strategies of the PHC approach, which remained as valid today as they had been in 1970. Those strategies included: development of national policies, plans, and strategies; organization of services based on primary health care; management based on decentralization; intersectoral collaboration; community participation and involvement; development and application of technology for the delivery of primary health care; health services research; and equitable distribution of physical, human, and financial resources for primary health care.

The challenges for the future were formidable and resources were dwindling. However, the Millennium Development Goals reminded everyone that very little could be achieved without partnership and strategic alliances. The problems and issues identified had to be taken into consideration as the country charted the way forward to develop its health system and ensure that the vision of primary health care was fulfilled.

El Dr. CAPELLA (Venezuela) dice que sólo muy recientemente, con los cambios profundos que se vienen produciendo en su país, se ha tomado la decisión política de procurar una respuesta estructural a la crisis crónica de la salud en Venezuela. Desde el mes de abril del año pasado, gracias a la colaboración humanitaria del pueblo y de la República de Cuba, un pequeño grupo de médicos asiste a los barrios de Caracas, y la alta dirección política del país propone cuál es el camino a seguir en materia de salud. Resalta esto porque desde 1999 hasta 2003 ni el Ministerio de Salud, ni las facultades de medicina, ni los institutos de altos estudios de salud pública propusieron una respuesta política en materia de salud.

Cree que ha sido importante y fundamental que se haya producido una definición política, pues en algo más de un año se ha logrado que en los 336 municipios que tiene Venezuela haya un médico por cada 250 familias. En las últimas tres décadas del siglo pasado, casi 80% de la población quedó excluida en materia de salud. En sólo un año este

nuevo sistema ha permitido atender a casi 17 millones de venezolanos en un país de 25 millones. Alrededor de 65% de la población recibe hoy atención general integral. No solamente se trata de la presencia asistencial del médico, preventiva o ambiental, sino de la de un médico de atención primaria, un médico general integral que articula las comunidades y vincula este proceso con los nuevos programas educativos como la misión Robinson 1, que ha logrado en el plazo de un año y medio alfabetizar casi un millón y medio de venezolanos; la misión Robinson 2, cuya estrategia es llevar hasta el sexto grado a aquellos que por algún motivo no pudieron continuar sus estudios; la misión Rivas, que pretende adicionalmente llevarlos hasta el quinto año de secundaria; y la misión Sucre, que aspira a que no exista ningún venezolano que tenga condiciones que no pueda estudiar a nivel universitario.

Ese médico es un articulador con el sistema educativo, pero también con la misión de seguridad alimentaria. Venezuela ha sido víctima de dos brotes desestabilizadores: un golpe de Estado y un golpe petrolero, que prácticamente negaron la alimentación durante casi dos meses a la gente del país. Gracias a la misión Mercal, hoy reciben atención y alimentación subsidiada de 9 a 10 millones de venezolanos.

Además, las familias que lo necesitan reciben un subsidio de alimentación de 50%, y en un cuarto nivel el médico aconseja y recomienda a las familias que por razones de desnutrición reciben alimentación gratuita en casas comunitarias.

Este médico, adicionalmente, vincula a los habitantes de esos barrios con la misión que ha incorporado a más de 400.000 personas totalmente desocupadas a un proceso formativo. En un país de 25 millones, cerca de 5 millones no tenían cédula de identidad; es decir, no existían para el resto de la sociedad. En este último año, más de 5 millones de venezolanos han obtenido la cédula, y es el médico el que promueve la organización de las comunidades en comités de salud y en comités de tierras urbanas, de personas que, no son propietarias de la tierra donde habitan, expuestas a que en cualquier momento pudiesen ser desalojadas. Se ha otorgado la propiedad de la tierra de la casa donde vive, a todos y cada uno de los venezolanos.

Se trata de una experiencia extraordinaria que nos ha permitido garantizar el acceso a la salud a todos los venezolanos. El médico cuenta con 103 medicamentos esenciales que son distribuidos gratuitamente entre la población.

Se están instalando en todo el país 1.881 puestos de vacunación para llevar a cabo un plan de vacunación que permita proteger gratuitamente a 15 millones de venezolanos contra 12 enfermedades.

También hay un plan de salud oral con la participación de 3.400 odontólogos y un plan de respuesta a los problemas visuales con 480 puntos de optometría, en los que se evalúan las condiciones visuales del paciente y se le facilitan gratuitamente los lentes.

Se espera disponer de un médico por cada 1.250 habitantes, hasta alcanzar la cifra de 20.000 médicos en todo el país. Ya se ha iniciado la construcción de clínicas populares, una por cada 50.000 habitantes.

En las clínicas populares se integran todos los empleadores públicos de salud. El tercer nivel lo constituyen los denominados hospitales del pueblo, que también el próximo año se comenzará a desarrollar plenamente.

Por último, invita a todos los presentes a que visiten Venezuela para conocer esta experiencia.

Dr. LEE (Director-General, WHO) noted that when he had taken up his appointment, there had been three countries that he had wished to visit. The first had been the Democratic People's Republic of Korea, which he had finally visited two years previously. He had found the country to have a very good health system, but one entirely paralyzed by the country's extreme poverty. Clearly, human resources, however good, were not sufficient on their own: some level of material resources was also needed. The second of the three countries had been Cuba, and he was looking forward to his visit there in 2005. The third had been Kazakhstan, and specifically the town of Alma-Ata, which he had visited in December 2002.

While he was there, he had learned that the Alma-Ata meeting had not been an easy one, with vigorous disagreement as to the wording of the Declaration right up until the last night. Moreover, it had to be recalled that the meeting had been held at the height of the Cold War, when Kazakhstan had been part of the Soviet Union. Organizing the meeting in such a place at such a time had been a daunting task. It was necessary to see the achievement of Alma-Ata in the context of its time, but it was also necessary to recognize that times had changed. For 20 years, the message of Alma-Ata had been the mantra guiding the work of WHO, although with the passage of time, as it became evident that the goal of "Health for All by 2000" would not be attained, it had been shortened to "Health for All."

He recalled that when he had visited China, he had spoken admiringly to doctors about China's "barefoot doctor" program, but had received the response that those were not, really, doctors. Clearly, elitism had been thriving even before China had opened up to the outside world, and some of its providences had even gone so far away from the principle of Alma-Ata as to be charging for basic immunizations. The SARS outbreak

had shown up the vulnerability of the system, and China had now passed a law reaffirming the importance of protecting public health.

His own country, the Republic of Korea, had had a policy that families should have only two babies, but was now offering families incentives to have more children, because the population was shrinking, leading to a concern, as in many other countries, as to how the country was going to support so many older people.

By the late 1970s, it had seemed that the major problems of communicable diseases had been solved. However, since that time the world had seen the outbreaks of HIV/AIDS, SARS, and avian influenza, and now even tuberculosis was making a comeback. In some African countries, HIV/AIDS was causing life expectancy to drop below 50 years, or even 40 in some cases, but what was truly frightening was that people in Africa were now accepting that as the norm, rather than regarding the HIV/AIDS pandemic as a terrible abnormality.

Those were examples of how the health world had changed since Alma-Ata. Another example was the area of biosafety. WHO was preparing to expend considerable resources on biosafety simulation exercises. Whether one welcomed that initiative or not—just as whether one welcomed globalization and the market economy or not—those were the realities of a changed world.

However, the principles of Alma-Ata clearly remained very valid, especially equity, universal access, and community participation. Dealing with the HIV/AIDS pandemic would not be possible without community participation. If it was difficult enough to implement a community-based strategy such as DOTS, which only lasted six months, for tuberculosis sufferers, ensuring antiretroviral therapy for HIV/AIDS sufferers would be even harder, because it was like expanding DOTS over a patient's entire lifetime. The issue of human resources was a further difficulty: as it was not possible to count on specialized resources, there was a need to revive community participation and the concept of community health workers. A further requirement that was very important to WHO was gathering information and evidence on best practices.

With a view to taking those ideas further, WHO would be launching the Commission on Social Determinants of Health. As Dr. LEE had said on the previous day, President Lagos of Chile had expressed considerable interest in that topic; and WHO was hopeful of securing his support and participation. A further effort that WHO was making, a further reflection of a changing world, was that of decentralizing WHO's work in line with the Organization's belief that support needed to be given to the people on the ground, the field agents at community level.

In the view of the orator, it would be very difficult to revive the fervor of the 1970s and 1980s for primary health care. But what was really important in the new era was to use the idea of primary health care and the lessons learned from it, taking them as a reference point, moving on and concentrating on achieving the Millennium Development Goals by 2015.

*The meeting rose at 5:17 p.m.
Se levanta la reunión a las 5.17 p.m.*