

ANNEX  
ANEXO

Summary of the Three Simultaneous Round Tables on  
Item 4.6 Primary Health Care in the Americas: Lessons Learned  
Over 25 Years and Future Challenges

Resumen de las Tres Mesas Redondas Simultáneas sobre  
el punto 4.6 Atención primaria de salud en las Américas: las enseñanzas  
extraídas a lo largo de 25 años y los retos futuros

Wednesday, 24 September 2003, 2:30 p.m.  
Miércoles, 24 de septiembre de 2003, 2:30 p.m.

*President/Presidente:*

Hon. Senator Marcus Bethel

Bahamas

Round Table No. 1  
Mesa Redonda N° 1

The PRESIDENT welcomed the participants and introduced the Moderator, Dr. Rocío Sáenz Madrigal, Minister of Health of Costa Rica.

La Dra. SAENZ MADRIGAL (Moderadora) dice que el tema de la mesa redonda será presentado por la Dra. Hamlin de Nicaragua, que aportará reflexiones para el debate posterior.

La Sra. HAMLIN (Oradora motivacional), hablando en representación del Consejo Internacional de Salud de los Pueblos y el Movimiento de Salud de los Pueblos, dice que, en diciembre de 2000, se celebró la Asamblea Mundial de Salud de los Pueblos en Sabar (Bangladesh), en la que se debatieron las razones por las que no se había alcanzado la meta de Salud para Todos en el Año 2000. En ella se elaboró la Declaración de Salud de los Pueblos, cuyos ejes básicos son la equidad, el desarrollo sostenible y la paz.

Desde diciembre de 2001, el movimiento de salud de los pueblos se ha extendido a muchos países. En foros nacionales e internacionales se ha dejado clara la posición del Consejo con respecto al concepto de atención primaria: se trata de un modelo integral, basado en la justicia social y la democracia participativa, que parte de un enfoque intersectorial para la solución de los problemas. El Movimiento de Salud de los Pueblos considera la salud como un derecho humano, como un compromiso para alcanzar la equidad y la justicia. La salud y los derechos humanos deberían prevalecer sobre los asuntos económicos y políticos.

En la Asamblea de 2000, una persona de Centroamérica dijo: “La enfermedad y la muerte diaria nos enojan, no porque haya tanta gente que se enferma o porque haya gente que se muere: estamos molestos porque las enfermedades y las muertes tienen sus raíces en las políticas económicas y sociales que se nos imponen”. En América Latina, la brecha entre pobres y ricos es mayor que en cualquier otra región del mundo, se está ampliando y el progreso para superarla se ha estancado en los últimos cinco años. Las condiciones de vida no han cambiado y la pobreza secundaria de las mujeres y el hecho de que más mujeres que hombres vivan en la pobreza ni siquiera se menciona en las estadísticas.

En el documento elaborado por la OPS se recogen las inquietudes de los países al respecto, pero no se hace mención del orden económico mundial unipolar ni de las políticas macroeconómicas impuestas por las instituciones financieras internacionales y sus impactos en la salud de los pueblos de la Región. Existe una marcada contradicción

entre los Objetivos de Desarrollo del Milenio establecidos por las Naciones Unidas y las condiciones exigidas a los países para hacer frente a las demandas del Banco Mundial, el Fondo Monetario Internacional y la Organización Mundial de Comercio. Las reformas del sector salud en muchos países son sinónimo de un aumento de la privatización de los servicios de salud. Aunque se han diseñado estrategias de reducción de la pobreza, la participación de los ministerios de salud y los movimientos sociales son escasos. Muchas de esas estrategias se reducen a pagos de la deuda externa que desplazan a las inversiones en los sectores sociales.

En el reciente informe del Banco Mundial se indica que los servicios básicos para los pobres están fallando, que no existe una receta única para solucionar los problemas derivados de la pobreza, que la privatización no es siempre la solución, y que el control ciudadano y la participación son claves para que las cosas mejoren. Con la implantación del Tratado de Libre Comercio con Centroamérica, muchos servicios públicos, incluidos los servicios de salud y de agua, se van a privatizar y ello tendrá un efecto devastador en la vida y la salud de los ciudadanos de la Región. Las políticas públicas han fracasado y los problemas han aumentado: desempleo, violencia juvenil, medidas represivas adoptadas por muchos gobiernos, delincuencia, financiación de políticas antiterroristas con fondos previamente destinados a programas sociales, lavado de dinero, narcotráfico, corrupción, disminución de la producción agropecuaria, migración y restricciones impuestas por el mercado farmacéutico.

El Movimiento de Salud de los Pueblos está de acuerdo con la OPS en renovar el compromiso con la atención primaria y con la meta de salud para todos, fortaleciendo la participación y el empoderamiento de los pobres en la toma de decisiones.

El Dr. RODRÍGUEZ (República Dominicana) dice que, cuando se aprobó la Declaración de Alma-Ata, la República Dominicana contaba con poco más de 5 millones de habitantes, la mayoría de los cuales residía en el área urbana. A partir de esa fecha, los principales esfuerzos se orientaron a mejorar la cobertura de los programas prioritarios y a invertir en infraestructuras, privilegiando la equidad en el área rural. Se obtuvieron buenos resultados, y hoy día se dispone de una amplia red de establecimientos distribuidos por todo el territorio nacional mediante la cual la Secretaría de Salud brinda servicios a 75% de la población por medio de 1.000 centros de atención primaria. El modelo de atención asistencial, predominantemente curativo, programático y vertical, se ha transformado en un modelo más integral, con un enfoque familiar y comunitario.

En la actualidad, los esfuerzos se dirigen a articular las unidades de atención primaria con sus hospitales de referencia y a favorecer la apertura de espacios de coordinación interinstitucional y de participación ciudadana. Entre los logros alcanzados cabe destacar la esperanza de vida, que ha pasado de 59,9 años de edad a 70 años, la mortalidad infantil, que descendió de 150 niños por 1.000 a 31 por 1.000, y la mortalidad

materna, que en 20 años ha pasado de 180 madres muertas por cada 100.000 a 80. Todo ello confirma la necesidad de continuar mejorando la calidad de los servicios, tanto desde la provisión como desde la rectoría, sin trabas burocráticas que paralicen los procesos de mejora, y entendiendo la salud como una inversión y no como un gasto. En ese proceso, la educación en salud ha recibido atención especial en la República Dominicana.

No obstante, en muchos países de la Región todavía se crean organismos ajenos al sector de la salud que, en lugar de fortalecer la capacidad de los servicios de salud públicos y la gestión de la política sanitaria, invierten recursos en otros sectores. El nuevo marco legal de la República Dominicana establece nuevas instancias, que son útiles para cultivar alianzas intersectoriales y proveer servicios de salud en el sector público. Los servicios se están descentralizando en todo el país y en ellos se están introduciendo innovaciones como la creación de consejos de administración, el abordaje del problema de la violencia familiar o la mejora de la formación de los recursos humanos.

En un mundo globalizado, sobre todo los países pequeños han de unir sus esfuerzos para garantizar la continuidad de esas mejoras, así como para ejercer la rectoría y desarrollar las funciones de salud pública.

Hon. John JUNOR (Jamaica) said that Jamaica had been one of the first countries to embrace the primary health care approach, which had yielded marked success in terms of the indicators normally used to measure health. Nevertheless, numerous challenges remained to be overcome. Many of those challenges stemmed from the changing global environment. Global debt, for example, had a tremendous impact on the ability of third-world countries such as Jamaica to provide safer drinking water, proper excreta disposal, and other elements that would make for a healthier society.

Major challenges also existed in relation to human resources. Jamaica had a well-trained health workforce and had expanded the scope of professionals providing services at the primary health care level. However, with increasing global competition for health skills, the country had seen a steady rise in personnel costs as it sought to offer competitive remuneration packages in order to retain its health professionals. As a result, personnel costs currently accounted for upwards of 86% of Jamaica's health budget. Obviously, with such a large proportion being expended on human resources, the country's ability to provide the other elements needed to ensure proper health care delivery was severely strained.

Continued progress under the primary health care strategy, he felt, would require a renewed emphasis on health promotion and disease prevention, in particular the concepts of risk recognition, risk appreciation, and behavior change. Greater emphasis was also needed on community participation. To achieve effective community

participation, however, health services would need to be reconfigured. The primary care infrastructure put in place 20 years earlier had reflected the state of communications—including both road systems and telecommunications—that existed at the time. Now, some of that infrastructure was being underutilized. Nonetheless, people continued to want clinics and hospitals in their neighborhoods, and any attempt to reconfigure infrastructure or reallocate resources was sure to meet with tremendous social and political opposition.

Health professionals had a key role to play as advocates for the reconfiguration of health services, as people generally seemed to place greater trust in health professionals than in politicians. He would therefore suggest that an effort be made to enlist the support of health professionals in restructuring health systems to meet the challenges of delivering primary health care in a changed environment.

El Dr. HECHAVARRÍA (Cuba) dice que, para hablar de salud para todos, hay que mencionar resultados y que los logros alcanzados por la salud pública cubana se deben en gran medida a la aplicación de la atención primaria de salud, estrategia fundamental del sistema. El Programa del médico de la familia ha sido el exponente fundamental y el pilar sobre el que se ha sustentado todo el trabajo desde la Declaración de Alma-Ata.

Merced a las acciones incluidas en dicho programa, implantado en 1982, la mortalidad infantil, los médicos, dentistas, enfermeras y las camas hospitalarias por 1.000 habitantes, así como la esperanza de vida o las tasas de infección por VIH en Cuba no solo han mejorado sino que muestran cifras notablemente mejores que las del conjunto de la Región. Todo ello ha sido posible por la introducción de medidas sociales basadas en la equidad. Tras la creación del Ministerio de Salud Pública se conjugaron todas las acciones de salud en un mismo sistema de salud, garantizando el acceso universal y descentralizando las actividades administrativas, y comenzaron las campañas de vacunación.

Posteriormente se empezó a trabajar con las áreas de salud, desarrollando actividades integrales médico-preventivo-curativas, se creó el policlínico integral y se implantaron programas integrales de salud específicos por edad, enfermedades y atendiendo a la comunidad y al ambiente. En 1972, surgieron los consejos populares, que son demarcaciones mucho más delimitadas, y más tarde se diseñaron los programas básicos del área de salud con 22 subprogramas, consolidándose así el denominado modelo de medicina comunitaria, que se dirige no solo a la familia sino a la comunidad.

Desde el año 2002, se desarrolla un programa de rehabilitación con el que se han obtenido resultados satisfactorios pero insuficientes: la atención primaria de salud debe incluir también la promoción y la prevención, junto con la integración de todos los factores de la comunidad. Desde la Declaración de Alma-Ata se habla de sus cuatro premisas fundamentales (descentralización, participación social y comunitaria, acción intersectorial y mayor accesibilidad a los servicios), pero los valores que sustentaron la atención primaria de salud y salud para todos en el 2000 siguen vigentes, y han de ampliarse para conseguir la participación de todos los niveles e instituciones del sistema. Lamentablemente, en la Región no se ha aplicado por igual la estrategia de atención primaria de salud. Para seguir avanzando, será preciso consolidar la atención primaria como estrategia y como nivel de atención, actualizar la formación de especialistas de ese ámbito y garantizar la accesibilidad.

El Dr. CASTELLANOS (Puerto Rico) dice que entre los elementos centrales de la meta de salud para todos, destaca la afirmación de que todas las naciones deberían mejorar o prolongar la duración de la vida productiva de su población, reducir las disparidades, mejorar la formación y aumentar el acceso a los servicios de salud. En Puerto Rico, las experiencias en atención primaria se iniciaron en los años cincuenta, cuando fue aprobada la Constitución. En su artículo 12, sección 20, se reconoce el derecho de todos a recibir los cuidados médicos necesarios. Las condiciones de salud en aquellos años se caracterizaban por una esperanza de vida de 45 años y altas tasas de mortalidad. Hoy la situación ha cambiado y las principales causas de mortalidad son las enfermedades crónicas degenerativas, cardiopatías, cáncer, cerebrovasculares, diabetes y trastornos mentales. La esperanza de vida supera los 75 años.

En los años setenta se potenció la modernización de los hospitales regionales financiados por el Departamento de Salud del Gobierno y se diseñó el modelo del centro de diagnóstico y tratamiento. En los ochenta se inició la sexta reforma y la conversión de los centros de diagnóstico y tratamiento en centros de salud familiar, considerando la experiencia del médico de familia.

La atención primaria ha sido un bastión muy importante para Puerto Rico y actualmente se está reforzando mediante la mejora de los sistemas de vigilancia en salud pública, sistemas de información geográfica, el uso de la tarjeta inteligente, el aumento del acceso a servicios integrales de salud y la mejora de la coordinación entre todos los niveles de atención.

O Dr. COSTA (Brasil) mencionou que o Brasil não participou da Conferência de Alma-Ata em 1978. O país vivia um governo militar e certamente por razões políticas não houve uma participação oficial no evento. Ressaltou que naquela época e até 1988 o país tinha um sistema de seguridade social do tipo “meritocrático”, onde para ter acesso à saúde e à previdência social as pessoas necessitavam ter uma participação formal no

mercado de trabalho e contribuir para tanto. A maioria da população ou não tinha acesso a serviços de saúde ou o tinha através de instituições de caridade ou ainda pelas ações dos estados e dos municípios, que eram ações bastante pontuais. Além disso, o modelo existente no Brasil naquele momento, mesmo o que era oferecido aos trabalhadores formais, era centrado nos hospitais, com utilização de tecnologia avançada e baseado na ultra-especialização dos profissionais, especialmente dos médicos. Adicionalmente, o próprio setor privado então existente cresceu com o apoio e sob os auspícios do setor público, ou através de financiamento ou pelo estímulo a que empresas seguradoras fizessem contratos com as indústrias.

No entanto, informou o Dr. Costa, o debate sobre a estratégia de atenção primária começou a existir no país e, a partir de algumas experiências localizadas, municipais ou estaduais, o quadro começou a mudar. Ao mesmo tempo em que o movimento social começou a exigir atenção especial por parte do estado, foi obrigando que o estado brasileiro passasse a se preocupar em garantir maior acesso.

A partir da década de 80 surgiram programas como o de ações integradas de saúde, que procuravam garantir que um número maior de pessoas pudessem ter acesso ao sistema de saúde, com uma ação articulada entre o governo federal, os estados e os municípios, procurando já descentralizar as responsabilidades.

O grande marco de mudança no sistema de saúde brasileiro começou a acontecer a partir de 1986, numa grande conferência nacional de saúde, que organizou uma grande força social, a qual, na constituinte de 1988, terminou por conseguir alguns avanços importantes na Constituição Brasileira. Entre eles a criação do Sistema Único de Saúde, saindo o país daquele modelo anterior para um modelo de universalização do acesso à seguridade social. No caso da saúde, foi criado o sistema único que se baseia em três princípios e tem três diretrizes.

Os princípios são: Universalidade de acesso. Todo brasileiro, em tese e pela lei, tem acesso ao sistema de saúde gratuitamente; Equidade. Os recursos e as ações do poder público devem ser dirigidos para aqueles menos privilegiados, tanto do ponto de vista regional, quanto do ponto de vista social; Integralidade. As ações devem realizar-se, em conjunto com outros setores do próprio poder público, para gerar cidades saudáveis, ambientes saudáveis, ações articuladas intersetoriais e, ao mesmo tempo, garantir ao cidadão não apenas a atenção básica, mas a atenção de média complexidade até a maior complexidade existente.

As diretrizes, que eram de hierarquização, traziam superposição de ações de estados, municípios e governo federal. A descentralização, com os municípios, os estados

e o governo federal assumindo atitudes diferenciadas e a democratização, abriram caminho para a criação dos conselhos de saúde: hoje no Brasil, de 5.600 municípios, existem mais de 5.000 conselhos municipais, ainda que alguns deles não sejam totalmente autônomos, porque ainda estão sob o controle de determinados grupos políticos ou dos prefeitos.

Continuando, o Dr. Costa mencionou que ao longo desses 15 anos o sistema foi sendo aprofundado. Por exemplo, nos debates da década de 90, várias instituições propunham a atenção primária como um pacote de medidas ou de ações de saúde que fossem dirigidas para os mais pobres e, ao mesmo tempo, fossem bastante limitadas. Esse debate foi muito importante no Brasil, sendo que na visão do Ministério da Saúde, ao invés da área de atenção básica restringir-se à atenção aos pobres, ela deve ser a porta de entrada no sistema e um organizador para que, a partir da atenção básica (ou da atenção primária), se possa chegar a níveis de maior complexidade de atenção.

O Brasil dispõe hoje de aproximadamente 17.000 equipes do programa de saúde da família, formadas por médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e os chamados agentes comunitários de saúde, além de dentistas e auxiliares de dentistas. Esse programa tem como princípios a responsabilidade sanitária de um determinado território com a descrição de clientela. Hoje, de uma população de 160 milhões de pessoas no Brasil, aproximadamente metade está coberta.

Informou ainda o Dr. Costa que a meta do atual governo é chegar a uma cobertura de 105 milhões de pessoas em 2006. No sistema brasileiro aproximadamente 90% da população usa o sistema público, embora use também outras formas, particularmente o sistema de seguros ou planos de saúde. Destacou como uma experiência que vale a pena ser conhecida, a da descentralização.

Hoje os municípios brasileiros têm o papel de execução, os estados o papel de regulação e acompanhamento e o governo federal, além de apoio técnico, juntamente com os estados e municípios, o papel de financiamento. Há um financiamento solidário. Cada um destes entes federativos é responsável por um gasto mínimo do seu orçamento em saúde. Existem inclusive espaços de pactos entre os três níveis: município, estado e governo federal, onde as responsabilidades são definidas. Tudo isso tem permitido melhora de indicadores das condições de saúde da população, mas é ainda um processo que tem muito a percorrer, esperado-se, ao longo desses quatro anos, caminhar nessa linha.

El Sr. ARMADA (Venezuela) dice que, si bien la estrategia de la atención primaria en salud sigue plenamente vigente, debe proseguir el debate en torno al reconocimiento efectivo de la salud como un derecho. En los últimos años, en Venezuela se ha avanzado en las áreas de la participación comunitaria y la descentralización y se ha



consolidado la concepción de la salud como tal derecho. Con ello se están sentando las bases de un sistema único público nacional de salud gobernado por los principios de universalidad, equidad, gratuidad e integración social. Además, se ha aprobado una nueva ley de seguridad social, en la que se ratifica el carácter público del sistema y se establecen vínculos con otras áreas de la seguridad social, así como la transición hacia un sistema integrado, para contrarrestar la altísima fragmentación del sistema. A pesar de esos avances, aún han de afrontarse retos como las inequidades internas y la integración de un sistema.

El Dr. VIZZOTTI (Argentina) dice que en Argentina se está revalorizando la estrategia de atención primaria, lo cual incluye la reorientación de programas existentes y el fortalecimiento de la financiación. Además, se pretende consolidar un modelo de atención primaria basado en el consenso provincial y municipal que supere el federalismo. Hay que reducir la inequidades, articular programas, optimizar los recursos y reformular programas.

Entre las acciones emprendidas hasta la fecha en Argentina cabe citar el programa que persigue el objetivo de asegurar a la población pobre y sin cobertura de salud, el acceso a medicamentos esenciales, la promoción de políticas saludables que estimulen la gestión participativa y fomenten la participación comunitaria, la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

Con el primer programa, por ejemplo, ya se ha alcanzado una cobertura de 15 millones de personas. Por otro lado, se han destinado fondos al programa materno-infantil para adquirir insumos como la leche materna. Por añadidura se están fortaleciendo las actividades de capacitación y de comunicación social en todas las provincias. El Plan Federal de Salud de los próximos cuatro años contempla la atención primaria como estrategia clave, define un conjunto básico de prestaciones que han de garantizarse en todo el país y promueve el seguro público de salud para asegurar las coberturas. Además, se están reformulando los programas médicos de atención primaria y acometiendo obras de infraestructura en este nivel de atención.

Finaliza su intervención destacando la necesidad alcanzar acuerdos internacionales en la definición de un paquete de prestación de servicios sobre la base de análisis de costo-efectividad y del principio de equidad.

La Sra. ALONSO (Observadora, España) comienza su intervención invitando a los delegados a una jornada de evaluación de la atención primaria, que se celebrará los días 28, 29 y 30 de octubre en Madrid. Dice que en España el nivel de los indicadores generales de salud es elevado, lo cual puede ser atribuible tanto al modelo de salud vigente cuanto al nivel de renta per capita y a la distribución de la riqueza. El modelo de

salud español es de tipo Bismark, es decir de seguridad social, universal, gratuito y equitativo, financiado mediante impuestos.

La reforma de la atención primaria en España se centró fundamentalmente en los principios de Alma-Ata y partió de una encuesta poblacional en la que, si bien la mayoría de los encuestados se mostraban satisfechos con la atención hospitalaria, 90% no lo estaba con la atención primaria. Dicha reforma transformó un modelo sin ordenación territorial en otro con mapa sanitario distribuido en zonas de salud con un centro de atención primaria por cada 25.000 habitantes. Los equipos de atención primaria pasaron a ser multidisciplinarios y de una jornada laboral de dos horas y media a otra de ocho horas diarias.

Además, la cultura de la consulta a demanda curativa imperante se transformó en la de la consulta programada, que incluye servicios de prevención, promoción y educación de la salud, y la financiación pasó del modelo de pago per capita al de pago por salario. La atención primaria es el servicio público mejor valorado hoy día en España, y es sostenible desde el punto de vista financiero, ya que en los últimos 10 años el Ministerio de Salud no ha tenido desviaciones presupuestarias.

Como limitaciones del sistema deben consignarse el aumento del gasto farmacéutico, que asciende a 25% del gasto en salud, el excesivo uso de fármacos de baja utilidad terapéutica, el ascenso de las urgencias hospitalarias, a pesar de los logros alcanzados con el modelo de atención primaria, y el escaso crecimiento de la atención domiciliaria. Tampoco ha aumentado la participación comunitaria como cabía esperar, ya que actualmente sólo 30% de las áreas de salud de España cuentan con consejos de salud. Asimismo destaca la escasa coordinación entre atención primaria y especializada, que impide garantizar completamente la continuidad asistencial.

Las mejoras que se han de introducir en el modelo de atención primaria deben incluir, por un lado, la garantía de la continuidad asistencial y, por otro, la evaluación de resultados de los distintos modelos de atención primaria descritos.

El Sr. MEDICI (Observador, Banco Interamericano de Desarrollo) dice que el BID, en marzo de 2003, aprobó su estrategia de desarrollo social, y para mayo de 2004 se espera contar con la estrategia de salud de la institución. Es la primera vez que el BID formula una estrategia de salud, y el tema de la atención primaria, tanto en la estrategia de desarrollo social como en la de salud, ocupa un lugar central en todos los aspectos que va a abordar en adelante. El BID también ha aprobado, apoyado y participado en muchos proyectos en el campo de la atención primaria. Ha apoyado programas específicos en

Argentina, un programa de atención materno-infantil en Paraguay, el componente del área de salud de la familia de MERCOSUR y otro en Brasil.

El BID tiene mucho interés en seguir apoyando esos procesos con las nuevas estrategias de salud del Banco, que se van a aplicar en los próximos 5 a 10 años; también se iniciarán procesos de consulta entre los países para saber cuáles son sus prioridades y cómo se las puede atender mejor. En esos procesos se procura vincular todos los proyectos de atención primaria de salud con los resultados. Buena parte de esos resultados se miden mediante los Objetivos de Salud del Milenio, sobre los cuales se está empezando un trabajo más dinámico en busca de resultados aplicables a la realidad de los países de América Latina y el Caribe.

El 3 y 4 de noviembre próximo se realizará una reunión sobre desarrollo social. El 4 de noviembre habrá una mesa de discusión específica sobre el tema de atención primaria de salud en los proyectos del BID. El representante del BID invita a los presentes a participar en ese proceso, expresa su apoyo y formula votos por el progreso en el logro de los indicadores y los resultados de atención primaria en la Región.

Hon. Herbert SABAROCHE (Dominica) highlighted the excellent record of Dominica's primary health care system. In the 20 years since the system had been put in place, life expectancy had risen to almost 80 years of age, and Dominica probably had the largest number of centenarians in the world. The system was based on a team of health care practitioners, an approach which had made it possible to facilitate access to health services in Dominica's mountainous topography.

Like other countries, Dominica faced a number of challenges, including migration of its health care practitioners to first-world countries, rising cost of drugs, and pressure to provide secondary and tertiary health services. Societal problems such as increased drug use, violence, and injuries were also placing an increasing burden on the health system. Another source of pressure on the system in Dominica's case was the growing number of returnees from North America and the United Kingdom, many of whom were over the age of 60. In fact, the over-60 population had increased by approximately 87% from 1960 to 2000.

In endeavoring to address those challenges, Dominica had received a great deal of valuable collaboration from Cuba, Martinique, and Guadeloupe. Their assistance had helped to strengthen not only the primary care system, but also the secondary and tertiary care systems.

Dominica's health priorities were outlined in its 2002-2007 health plan. Those priorities included improving access and promoting increased use of health services by selected groups, especially men and adolescents; enhancing the quality of services,

particularly through better technology and maintenance of facilities and equipment; and increasing emphasis on prevention and health promotion strategies, especially promotion of healthy lifestyles and environments. The health plan also sought to address the human resource shortages caused by migration of health professionals and to explore financing options for expanding and improving health services, possibly through the creation of a national health insurance system. Dominica believed that primary health care was crucial and would continue to promote the primary health care approach.

La Dra. SÁENZ MADRIGAL (Moderadora) agradece a Dominica y al resto de los participantes que utilicen con tanta eficiencia el tiempo asignado. Hablando primero como costarricense, dice que Costa Rica ha aprendido grandes lecciones sobre el tema de la atención primaria, se ha discutido qué es esa meta que se está procurando lograr a nivel global y cuál es la forma en que ese pequeño país puede contribuir a ello. Una de esas formas fue la estructuración de un programa de atención primaria.

Sin embargo, 25 años después se puede mirar hacia atrás y darse cuenta de que eso fue parte de una estrategia para tratar de llevar la salud a todos los habitantes del territorio nacional. Ése sigue siendo el reto y la punta de lanza a nivel de país.

En cuanto a las diferentes participaciones anteriores, dice que la atención primaria es un proceso que todavía está en marcha, que aún no ha terminado. Como todo proceso, requiere la revisión y el análisis, como dijo España, de cuáles son los logros y cuáles los próximos retos. Se ha visto cómo los logros han estado relacionados con el mejoramiento de los sistemas sanitarios y el acceso a los servicios, y cómo algunas estrategias elaboradas por los países en relación con la medicina familiar, el acceso a medicamentos esenciales, la formación de recursos humanos y la necesidad de adaptar los servicios de salud han sido uno de los principales temas sistemáticamente mencionado.

Surgen otros temas, como la necesidad de avanzar más en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, así como el de la equidad, que parecía no estar en la atención primaria, pero sí lo estaba al hablarse de salud para todos. Volviendo al tema de la salud de los pueblos, al parecer las intervenciones se han dirigido más a los servicios que a la participación, y a la transformación de la sociedad mediante una nueva forma de ver la salud y la enfermedad, como mencionó algún participante.

La atención primaria fue la respuesta a un contexto determinado geográfica e históricamente; ahora el contexto es otro, determinado geográfica y políticamente con otras connotaciones. Se ha hablado aquí de las vías de comunicación, la Internet, y la información, temas que no se soñaban en aquellos momentos de Alma-Ata. Al parecer

hay dos puntos de una balanza en que todavía hay mucho que avanzar: la participación en salud y los espacios que se den a la sociedad civil para ello.

The PRESIDENT thanked the Moderator for guiding the discussions and the participants for their comments, which had all been very enlightening. He was grateful, as well, to Dr. Hamlin Zúñiga for her insightful contribution. He assured the delegates that all the views expressed will be reflected in the Proceedings of the Council and informed them that a resolution would be taken up by the entire Directing Council later in the Session.

*The meeting rose at 4:00 p.m.  
Se levanta la reunión a las 4.00 p.m.*

Wednesday, 24 September 2003, 2:30 p.m.  
Miércoles, 24 de septiembre de 2003, 2:30 p.m.

*President/Presidente:* Dr. Pedro García Chile

Round Table No. 2  
Mesa Redonda N° 2

El PRESIDENTE agradece la participación de los distintos países representados y, antes de dar la palabra al Hon. Damian Greaves, Ministro de Salud de Santa Lucía que va a actuar como moderador, agradece también la presencia del Sr. Newton Bowles, orador motivacional del tema.

Hon. Damian GREAVES (Moderator) said that he was honored to have been chosen to lead the discussion on the important topic of primary health care. The delegates would be reflecting on the experience of the past 25 years and examining the challenges for the future. Those challenges would include a number of public policy matters because, as he had come to realize in his work as Minister of Health of Saint Lucia, public health and the delivery of care to citizens had a great deal to do with public policy issues such as equity, equality, and community participation.

One of the aims of the round table discussions was to provide some guidance as to where Member States wanted to see PAHO going with respect to primary health care. During the morning's panel discussion, delegates had heard several thought-provoking presentations by various professionals in the field. Those speakers had put forward numerous interesting ideas about the future of primary health care. He believed that one aspect that deserved greater attention was health promotion. In his view, one of the failings of the activities carried out under the primary health care strategy to date had been the lack of emphasis on social marketing to ensure that people understood the importance of health and of caring for their own health. As one of the speakers had pointed out that morning, the objective being pursued was not just health for all, but also all for health.

It gave him great pleasure to turn the floor over to the distinguished motivational speaker, Mr. Newton Bowles, a gentleman with tremendous experience in public health.

Mr. BOWLES (Motivational Speaker) said that he was very pleased to have been asked to participate in the discussion of primary health care, especially because, looking back now after 25 years, he realized that his participation in organizing the Alma-Ata Conference had perhaps been the high point in his long career with the United Nations

Children's Fund (UNICEF). That conference on basic health policy had truly been a landmark, as it had set the stage for a whole series of United Nations conferences on social development issues.

As delegates were aware, the Alma-Ata Conference had been convened jointly by WHO and UNICEF. He had been asked to take responsibility for the conference planning process on behalf of UNICEF. From their inception, UNICEF and WHO had had a symbiotic relationship. The movement that had come to be known as primary health care was the fruit of many years of mutually enriching collaboration between the two organizations. It had been Dr. Halfdan Mahler, then Director-General of WHO, who had asked UNICEF to join in sponsoring the Alma-Ata Conference because UNICEF's mandate stretched across the whole range of social resources affecting health. Dr. Mahler had recognized that conventional medical practice in the allopathic tradition, while spectacular in helping the sick, was having little impact on the overall health of the world.

The Alma-Ata Conference had been intended to take health into the mainstream of national development, to engage whole societies in health development. Such a radical reorientation of health policy went far beyond primary health care. Indeed, the name "primary health care" was misleading. By encouraging a focus on care as provided by health professionals, it had tended to distract attention away from the main objective of Alma-Ata. More apposite terms would have been "basic health" or "social health."

While the conference itself had been hugely successful, bringing about a radical change in health policy had proved easier said than done. The message of Alma-Ata had been slow to trickle down.

Now, 25 years later, it was appropriate to take stock of the progress that had been achieved and to ask what obstacles continued to stand in the way of health for all. Most were obvious: poverty, ignorance, an environment poisoned by pollution, accidents, violence in its many forms, addictive drugs. Poverty was the worst, but almost as subversive was human behavior. Without minimizing the critical role of science, the best way to control many diseases and health problems remained behavior change.

What did that mean for the health community and for health organizations such as WHO and PAHO? It offered them vast prospects for improving health, for going far beyond the conventional health system, and for playing a catalytic role in mobilizing social resources that had a bearing on health. Doing so would mean using a new form of "social psychiatry." It would mean utilizing the same marketing techniques by which people were persuaded to buy all sorts of junk, but using them to sell health. It would mean infiltrating the finance, education, agriculture, industry, business, judicial, and military sectors, as well as the mass media and citizen's organizations—including, above

all, political parties and the political establishment. The latter was essential because health was not an academic pastime; health was political, as evidenced by the fact that health topics now crowded the agenda of the United Nations Security Council, where heads of states struggled with issues of war and peace.

Leadership took vision and courage. The Alma-Ata Declaration had been a joint WHO and UNICEF commitment. Do the two organizations now have the vision and courage to match words with action?

Hon. Damien GREAVES (Moderator) thanked Mr. Bowles for his stimulating remarks. He had clearly outlined the challenges confronting PAHO and Member States as they contemplated the future of primary health care.

Mr. DAFOE (Canada) said that he was very pleased to be able to represent Canada at the round table on primary health care, as he had also been a member of the Canadian delegation to the Alma-Ata Conference, where he had presented the international NGO position paper on primary health care in his capacity as head of the Canadian Public Health Association, and President of the World Federation of Public Health Associations.

Canada wished to commend PAHO on the extensive review of the development of primary health care in the Americas presented in Document CD44/9. His Delegation was pleased to see that the document emphasized health promotion and disease and injury prevention. It welcomed, in particular, the references to the Ottawa Charter for Health Promotion, adopted at the WHO conference in Ottawa, Canada, in 1986. The focus of the Charter was on people's participation in health and on the reorientation of health services, which remained key challenges, as mentioned by the Director in her annual report. His Delegation also applauded the document's recognition of the importance of strengthened linkages between the primary care and public health sectors, the need to enhance surveillance and information systems, the central role of health human resources, and the need to support locally defined primary health care models.

He knew from personal experience that significant progress had been made in the 25 years since Alma-Ata. However, as highlighted in the document, more is needed to be done to ensure equity in access and promote health for all. The Region needed, collectively, to renew its vision and commitment to primary health care. Canada had recently taken steps to do just that. Through an accord reached among First Ministers in September 2000 and renewed again in February 2003, primary health care services in Canada were being reoriented to support the implementation of interdisciplinary team approaches and to increase the emphasis on health promotion, disease and injury prevention, and chronic disease management. Particular attention was also being given to addressing issues of access for remote, rural, and indigenous communities, and invest-



ments were being made to improve the planning and training of human resources to support the development of primary health care teams.

Canadian development assistance continued to support primary health care models as they evolved in several countries of the Americas. Through partnerships with local health systems in recipient countries, other donor agencies, and community-based organizations, the Canadian International Development Agency (CIDA) was committed to achieving the Millennium Development Goals most pertinent to primary health care by refining the model itself for the twenty-first century.

As one of the activities to commemorate the 25th anniversary of the Declaration of Alma-Ata, Canada would suggest that PAHO organize and host a regional meeting, which would provide an opportunity for Member States to share experiences and promote best practices in primary health care. A broad representation of civil society at such a conference would underline the importance of the people's voice and role in health. The 25th anniversary of the Declaration of Alma-Ata was a timely opportunity to renew the commitment to primary health care. Canada hoped to see a collective renewed commitment across the Region and supported the actions proposed for that purpose in the resolution put forward by the Executive Committee (CE132.R5).

Dr. MAHARAJ (Grenada) thanked Mr. Bowles for his wise and inspiring words. He wished to confine his remarks to several fundamental operational issues and to share some of the lessons learned from the past 25 years and some of the challenges for the future in his region. Even before the Alma-Ata Conference, many of the Caribbean countries had already begun applying the concept of primary health care, although they might not have called it by that name. They had therefore welcomed the Declaration of Alma-Ata as the reaffirmation of an approach that they believed would lead to better quality of life for their populations.

Nevertheless, as Mr. Bowles had pointed out, it had taken time for the message of Alma-Ata to get through, and change had been slow in coming. That was partly because of resistance in the medical profession, which in turn had a lot to do with the prevailing philosophy in the institutions that trained doctors. Through the periodic conferences of health ministers in the Caribbean, changes had gradually been introduced in the curricula of those institutions in order to place greater emphasis on primary health care. Alongside those changes, ministries of health had had to be reoriented in order to deliver primary health care in the way in which the Alma-Ata Conference had intended. Decentralization had, of course, been a major component of that reorientation.

The countries of the Caribbean believed that the primary health care strategy remained relevant, but to implement it fully they still needed to surmount a number of challenges. Additional administrative changes were needed, especially mechanisms to foster greater intersectoral collaboration and community participation in working towards common overall health development goals.

Another challenge was team-building. It was agreed that delivering primary health care in the Caribbean region required the formation of health teams, but while the concept of teamwork appeared straightforward enough when presented in the classroom, at the operational level it had proved difficult to get the various team members to work together well, given the philosophical differences in their training. Hence, while significant headway had been made from the standpoint of changes in medical training, ministries of health continued to confront challenges with regard to the decentralization, administrative reforms, and team-building needed to delivery primary care effectively.

Hon. Douglas SLATER (Saint Vincent and the Grenadines) said that he believed that health for all was still a noble ideal to which PAHO and its Member States should aspire. If he had one criticism, it would be that, at the time that the goal of health for all was established, no time limit should have been set for achieving it, and no time limit should be set now. With the emergence of new diseases and the lack of knowledge about how to cure or control them, it was difficult to make projections about the ability of countries to deliver health care for all people and against all diseases.

In attempting to measure success or lack therefore in regard to primary health care and the goal of health for all, many issues had to be taken into consideration. In the case of the Caribbean region, one such issue was the impact of globalization. The Caribbean countries were small, relatively poor countries, but most had done quite well in delivering primary health care. However, with increasing globalization and the revolution in information and communication, they were faced with growing demand from their citizens for a level of health care that often went far beyond basic care. Ministries of health were thus forced to decide how to share out the small pie of available resources to meet that demand, which sometimes made it difficult to continue providing the basic elements of primary health care.

He believed that to deal successfully with that dilemma, education aimed at bringing about behavior change and creating realistic expectations was critical. Those who believed in the tenets of primary health care and wanted to promote it needed support and guidance on how to do so in a climate in which some sectors—and they were often very powerful—were trying to convince politicians that the focus should be on expensive high-tech services, not on basic interventions such as immunization and control of vectorborne diseases.

In sum, he felt that the 25th anniversary of the Declaration of Alma-Ata should be viewed as an opportunity to renew the vision of and the commitment to the goal of health for all, but without setting a timetable for achieving it. As the Director had pointed out, health for all was a debt that the countries of the Region were striving to repay. They should continue striving for as long as it took to achieve payment in full.

El PRESIDENTE, hablando como Delegado de Chile, recuerda que la reunión de Alma-Ata fue convocada por la Organización Mundial de la Salud y el UNICEF. El hecho de que estuviera en ella el UNICEF hace pensar que había una visión distinta de la del quehacer posterior, en donde, en general, las cosas se han considerado solo desde el punto de vista de la salud. Eso puede haber sido un error, como se deduce de las enseñanzas de estos 25 años pasados.

El Presidente lee el tercer artículo de la Declaración de Alma Ata que considera fundamental: “El desarrollo económico y social, basado en un nuevo orden económico internacional, es de una importancia básica para poder conseguir de manera completa la salud para todos, y para reducir la diferencia en el estado de salud existente entre los países desarrollados y los países en vías de desarrollo. La promoción y protección de la salud de la población son esenciales para mantener el desarrollo económico y social, y contribuyen a una mejor calidad de vida y a la paz en el mundo”.

Muchos de los países no pueden rendir cuentas de la primera parte de esa frase, sobre el desarrollo económico social, porque en América Latina hubo un decenio bastante desastroso que fue el de los ochenta, y los últimos años tampoco han sido fáciles. De ahí la frustración al tratar de hacer cambio sin la colaboración de otros niveles. De alguna manera, habría que subrayar la segunda parte de la frase, que dice que la salud es esencial para el desarrollo, porque hoy se gastan importantes porcentajes del PNB en salud, pero no se calcula cuánto se está retrasando el logro de un PNB mayor a causa del mal en el campo de la salud.

Habría que hacer un esfuerzo para seducir a otros actores de la sociedad. Por lo general, se mira a los ministerios de hacienda o finanzas, pero habría que dirigirse también a los ministerios de vivienda, obras públicas o educación, porque un buen desarrollo en el campo de la salud tendrá efectos a la larga en lo que esos ministerios están haciendo. Las necesidades y las demandas sociales son crecientes; gran parte de los conflictos políticos que se darán en el futuro y se están dando ya en muchos países se deben a la salud: todos quieren vivir eternamente, todos quieren acceder a las unidades de terapia, nadie quiere morir y por eso es muy difícil mantener un estado de cohesión social, como dijo el Sr. Romanow.

Para poder seducir hacia fuera, hay que seducir hacia adentro. Como lo ha dicho el Delegado de Granada, se necesita transformar los cuerpos profesionales, y muy especialmente el cuerpo profesional médico, para cambiar una visión tecnocrática muy centrada en la célula humana, casi más que en el órgano, y sin vinculación con el resto de la sociedad. Puede comprobarse, que 80% o más de los resultados sanitarios se deben a otras áreas del desarrollo.

En Chile se está produciendo una de las transformaciones más brutales en términos de salud pública: la del manejo de las aguas servidas en todas las ciudades del país. Aunque resulte difícil creerlo, ello ha pasado casi inadvertido y desde la óptica de salud, no se reconoce como objetivo sanitario. Fueron necesarios grandes esfuerzos para que se decidiera realizar el tratamiento de las aguas, que va a liberar importantes recursos. Se podrá comer marisco con tranquilidad, y a la vez se liberarán territorios agrícolas que hoy día están proscritos por la contaminación de los ríos. Con ello mejorará la alimentación de la población, que podrá comer vegetales a mejor precio y esa alimentación con más verduras hará que haya menos obesidad, menos cáncer de colon y menos necesidad de unidades de terapia intensiva futuras.

Lo que hace falta es convencer y alinear a otros actores sociales en esta tarea, lo que constituye un gran desafío. La única forma de resolver los problemas de salud es la intersectorialidad de los distintos actores sociales.

El Dr. GUTIÉRREZ (Ecuador) dice que su país, con ocasión de los 25 años de la declaración de Alma-Ata, reitera su voluntad de extender la cobertura de los programas de salud mediante el fortalecimiento de las estrategias de atención primaria y promoción de la salud, a fin de garantizar el acceso de la población a una atención integral, disminuir las inequidades en la asignación de recursos y mejorar el nivel de salud de todos los ecuatorianos.

Los resultados esperados del impacto son la reducción de la mortalidad infantil y materna, y el control de algunas enfermedades infectocontagiosas. En cuanto al proceso, se trata de aumentar la cobertura de los programas de salud, mejorar el acceso de la población a los servicios, lograr una mayor equidad en la asignación de los recursos, desinstitucionalizar algunas actividades, fortalecer la participación social, apoyar los procesos de desconcentración y descentralización, orientar la definición del modelo de atención de salud y apoyar la reorganización de la red de servicios, horizontalizar los programas a nivel de las unidades operativas, prestar atención integral de salud y reconocer que ésta es un producto social. La población beneficiaria será la de mayor riesgo: niños, niñas, mujeres embarazadas y demanda espontánea.

Por lo que se refiere a los programas básicos, son los de maternidad gratuita, detección oportuna del cáncer cérvicouterino, atención integral a las enfermedades propias de la infancia, el programa ampliado de inmunizaciones, los programas de alimentación y nutrición nacional y de control de la tuberculosis, el VIH/SIDA, la malaria, el dengue y la fiebre amarilla, y el programa de salud mental.

Las estrategias para lograr los objetivos son el fortalecimiento de la capacidad resolutoria y gerencial de la red de servicios del primer nivel de atención, donde se resuelven más de las dos terceras partes de los problemas de salud, y de los puestos, subcentros y centros de salud que brindan servicios de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación y referencia. El total de los recursos humanos es de ocho horas laborables para ofrecer el conjunto de prestaciones básicas, asegurar la dotación de insumos tanto en cantidad como en calidad, el acondicionamiento y la localización geográfica de las infraestructuras físicas, la capacitación, supervisión y planeación estratégica, los sistemas de información y participación social, y la publicidad de las redes de servicio de salud del primer nivel de atención, a fin de aumentar su aceptación y utilización, así como la coordinación con otras unidades operativas públicas del primer nivel, como las ONG, y además el rescate, fortalecimiento y coordinación de la red comunitaria, y la coordinación con la medicina tradicional y alternativa.

En 2001 se hizo el diagnóstico de la infraestructura de recursos humanos, materiales y de producción en áreas seleccionadas de parroquias con pobreza crítica, especialmente las de las provincias de Cotopaxi, Imbabura y Pichincha. Las actividades de 2002 consistieron en una extensión de la cobertura de salud a 230 parroquias priorizadas por nivel de pobreza, es decir, 1.029.660 habitantes (8% de la población nacional), de 59 áreas de salud y 21 provincias. La fuente de financiamiento fue el Ministerio de Salud Pública, y el presupuesto para la atención primaria, en 2002, de US\$ 7.979.710, lo que ayudó a reducir 25% de la mortalidad infantil, 20% de la mortalidad de la niñez y 10% de la materna. Esto quiere decir que en el año 2003 esos programas se han incrementado, y aunque sigue siendo una utopía hablar de Salud para Todos en el Año 2000, hay que continuar el esfuerzo, un esfuerzo que debe ser multisectorial. La voluntad de hacer es lo más importante, para que, en algún momento, los sueños se hagan realidad.

El Dr. VELÁZQUEZ (Paraguay) estima que la cuestión que se plantea es básicamente si seguir con la estrategia de atención primaria de la Conferencia de Alma-Ata o si, como Organización o como delegados de países, se debe adoptar una nueva estrategia para llegar al mayor número posibles de ciudadanos. Ésa es la razón de estas mesas redondas. Habitualmente, los delegados exponen en las reuniones lo que se está haciendo en sus respectivos países, pero luego, al regresar a ellos, ven que las cifras no reflejan la realidad. Lo que hace falta saber es si la estrategia de Alma-Ata sigue siendo válida después de 25 años o si es preciso cambiar de rumbo.

Paraguay piensa que la atención primaria tiene que seguir siendo la base del trabajo en salud pública. Sin embargo, hay muchas resistencias y una de las primeras es la del propio gremio médico. Los médicos jóvenes salen de las universidades animados por el deseo de llegar a las comunidades más pobres, pero luego se convierten en especialistas y cambian de orientación. Se dedican a la medicina intervencionista en las unidades de cuidados intensivos, como dijo el Delegado de Chile, y a la gran medicina por imágenes, pero pierden la visión de una medicina social comunitaria.

En Paraguay se decidió hace años mejorar la infraestructura hospitalaria, pero eso no se ha traducido en un mejoramiento sustancial de los indicadores de salud. No disminuye la mortalidad materna, no disminuye la mortalidad infantil y las cifras de exclusión son incluso superiores a los anteriores, porque los servicios tienen un costo y hay gente que no puede acceder a los hospitales. De esa forma, desde el propio sistema de salud se incentiva la exclusión social.

Tiene que haber una decisión política que se refleje en el presupuesto y una línea de acción del Ministerio de Salud que se continúe a lo largo de los años. En ese sentido, organizaciones supranacionales como la OPS o las Naciones Unidas deben señalar, en caso necesario, si un gobierno se aleja de una estrategia determinada, aprobada internacionalmente. Se viene hablando mucho de Alma-Ata, pero la realidad es muy distinta, y muchas veces, en los países, los aspectos políticos de la medicina son más importantes que los resultados de salud. La pregunta que hay que hacerse es si la atención primaria sigue siendo la mejor estrategia posible para mejorar la salud de los países de la Región.

Personalmente, está convencido de que un ministro de salud, por sí solo, no puede hacer nada, y de que únicamente con la participación de todos los sectores será posible llegar a más gente y alcanzar el objetivo de Alma-Ata, es decir, la Salud para Todos. En realidad, habría que complementar ese eslogan, añadiendo las palabras “[...] y por todos”. No se trata de una misión que corresponda solo a los ministros de la salud, sino que corresponde también a los políticos, los intendentes, los gobernadores, etc. Todos tienen que involucrarse en el sector de la salud y, por su parte, cree que ése es el verdadero espíritu de Alma-Ata. Hoy, en Paraguay, hay un 40% de ciudadanos sin acceso a la asistencia de salud. Si se quiere aumentar ese acceso, habrá que hacer participar a los actores locales que pueden controlar la actividad de quienes trabajan en salud pública. No importa tener más o menos poder, porque, en materia de salud, el poder debe estar en manos de todos.

Mr. POTTER (British Virgin Islands) said that he agreed that the word “care” in the expression “primary health care” had proved detrimental, because the idea of care, which was associated with medical science and practice, had predominated, whereas the vision of health promoted at Alma-Ata was one that emphasized the living conditions of human beings. In his view, improving the conditions of day-to-day living was still the

principal objective. However, ministries of health remained, for the most part, ministries of health care, and health care continued to be seen as medical care and medical interventions, not holistic health care.

Just as it was necessary to rethink the word “care,” it was necessary to revisit the notion of basic health indicators, which were, in the main, linked to disease and their prevention and control. There should be more emphasis on the creation of indicators that reflected improvements in living conditions and that better assessed the contributions of other sectors to those improvements. Rather than measuring, for example, the proportion of national budgets being spent on health, there should be a greater attempt to assess how activities in education, agriculture, and other sectors were impacting positively or negatively on health.

As others had pointed out, it was also necessary to reorient health services, but that meant reorienting health care, which meant, in turn, teaching health professionals new skills, such as the capacity to advocate and negotiate, so that they could lead the battle for health. The leaders in the health sector were mainly physicians, and people generally looked to physicians to treat disease, not to address wider issues such as poverty that were the true causative agents of poor health. If health for all were to be achieved, however, it was important for those who worked in the health sector to learn those skills and to embrace a new, more selfless social consciousness.

Mr. BOWLES said that he had read the document prepared by PAHO and the proposed resolution on primary health care, and it seemed to him that they placed far too much emphasis on the health system. Strengthening and extending the health system was unquestionably important, but it missed the point of Alma-Ata, which was to mobilize all social resources bearing on health. That was a difficult political challenge, but it was the real challenge of Alma-Ata.

Hon. Damian GREAVES (Moderator) thanked all the participants for their informative and thought-provoking comments. Summarizing the main points that had emerged from the discussion, he said that it was clear that everyone agreed that primary health care and health for all remained noble ideas. Health for all was a goal towards which those in the health sector should continue to strive, but no time limit should be set for achieving it. It was also clear that the problems that had led to the establishment of the social and political goal of health for all—problems such as inequity, social injustice, and poverty—were still the challenges that needed to be addressed today.

Another interesting idea that had come out of the discussion was that the medical profession was perhaps not championing the cause of Alma-Ata sufficiently and that the current orientation of health systems, with the overemphasis on hospital-based care, might actually be fostering greater social exclusion. Delegates appeared to agree that

there was a symbiotic relationship between health and development and that health ministers and health policies should prioritize public health. Finally, it could be concluded that everyone espoused the idea of health for all, by all, and with all.

*The meeting rose at 4:00 p.m.  
Se levanta la reunión a las 4.00 p.m.*



Wednesday, 24 September 2003, 2:30 p.m.  
Miércoles, 24 de septiembre de 2003, 2:30 p.m.

*President:* Ms. Mary Lou Valdez United States of America  
*Presidenta:* Estados Unidos de América

Round Table No. 3  
Mesa Redonda N° 3

The PRESIDENT welcomed the delegates and introduced the Moderator, Dr. Julio Frenk, Secretary of Health of Mexico.

El Dr. FRENK (Moderador) da las gracias a la Sra. Valdez por presidir la sesión y a la Secretaría por haberlo invitado a moderar la mesa redonda, que posibilitará una mayor interacción entre los miembros de las delegaciones. El tema es de la mayor trascendencia y, al cumplirse 25 años de la Conferencia de Alma-Ata, el momento es oportuno no solamente para celebrar el gran avance que ésta impulsó sino también para mirar hacia adelante. En 1978 se vivía en un mundo bipolar, con grandes diferencias políticas e ideológicas y una guerra fría. Sin embargo, un grupo de personalidades, algunas de las cuales están presentes en la mesa redonda, tuvieron la visión y el talento de encontrar el concepto unificador de la atención primaria, de un valor político extraordinario porque todos los países del mundo, independientemente de su nivel de desarrollo y su sistema político, abrazaron los principios de la Declaración de Alma-Ata y la estrategia de atención primaria.

Invita a los presentes a reflexionar en profundidad sobre el contenido del documento CD44/9, concentrando la atención en tres puntos críticos, a saber: 1) las lecciones que, después de 25 años, ha dejado el gran movimiento mundial de la atención primaria de salud; 2) los desafíos que presenta el futuro, y 3) las alianzas que pueden forjar los Estados Miembros con la sociedad civil, las asociaciones de profesionales y otros sectores del quehacer público para promover la estrategia de atención primaria.

El Dr. Tejada de Rivero, uno de los protagonistas centrales y organizadores principales de la Conferencia de Alma-Ata, Subdirector General de la Organización Mundial de la Salud bajo la dirección del Dr. Mahler desde 1974 hasta 1985, antes de ser Ministro de Salud de Perú, es una de las grandes figuras de la salud internacional y será el orador motivacional de la mesa redonda.

El Dr. TEJADA DE RIVERO (Orador motivacional) hace una breve referencia a su artículo sobre la Conferencia de Alma-Ata publicado recientemente en *Perspectivas de Salud* y a un documento distribuido a los participantes. Añade que, más que orador

motivador, se propone ser orador provocador. Como consecuencia de los cambios ocurridos a partir de la segunda mitad del siglo XX, cuya profundidad y velocidad no tienen precedentes, a comienzos del siglo y del milenio presentes el mundo es radicalmente distinto del de los años setenta. Sin embargo, todas las consideraciones contextuales históricas, económicas, sociales, políticas y, sobre todo, éticas y morales que justificaron Alma-Ata siguen siendo válidas, y hoy es mucho más necesario que en 1978 examinar la esencia de lo que prefiere llamar “cuidado integral de la salud para todos y por todos” porque “atención primaria de salud” no es una traducción acertada de “primary health care”.

Hay una diferencia muy grande entre atención y cuidado, analizada precisamente en el artículo mencionado. Además, se ha hecho una interpretación facilista del término “primario”, pero ese no es un problema de traducción. La palabra tiene varias acepciones en la vigésima segunda edición del *Diccionario de la lengua española* publicado por la Real Academia Española. Una de ellas es “primitivo, elemental” y otra es “principal, esencial”, es decir lo nuclear, fundamental y prioritario. En el caso de “primary health care”, lo primario es nuclear, fundamental, primordial, no lo elemental y lo periférico. “Atención primaria de salud” no se refiere solamente al nivel más periférico y local ni a una atención elemental, barata, dispensada a los pobres, los excluidos y los marginados, no necesariamente por profesionales.

El concepto de atención primaria de salud abarca, entre otros, los siguientes elementos. En primer lugar, se trata de una respuesta de la sociedad a los problemas de salud resultantes de condiciones históricas, culturales, económicas, sociales, políticas y morales y de las desigualdades, un reconocimiento del derecho de todos a una vida saludable. En segundo lugar, la responsabilidad de la atención primaria de salud no puede recaer solamente en algunas instituciones del sector público, como los servicios de atención médica, sino que debe ser una responsabilidad del conjunto de la sociedad y del Estado. En la nueva terminología de las ciencias políticas se habla de políticas públicas de Estado, que son una responsabilidad de todos los sectores. Hoy se sabe que la causa de la tuberculosis no es el bacilo de Koch, sino factores como la miseria, la desnutrición, la falta de abrigo y otras condiciones sociales, económicas, etc.

En tercer lugar, esas respuestas son responsabilidad no solamente de las instituciones públicas y privadas establecidas oficialmente para prestar servicios de atención, sino de la propia sociedad, las personas, las familias, las escuelas, los centros de trabajo. En otras palabras, es una responsabilidad ciudadana. Desde la Revolución Francesa y la Revolución Norteamericana, los derechos humanos se han debido conquistar, y a los ciudadanos les corresponde desempeñar un papel muy importante a respecto. Ningún

sector económico ni social está exento de la responsabilidad de la atención primaria, mejor dicho del “cuidado integral de la salud para todos y por todos”.

Han perdido validez las clasificaciones que señalaban países industrializados, países en desarrollo, primer mundo, segundo mundo y tercer mundo. La nueva clasificación distingue cuatro grupos. Primero los países capitalistas de tecnología avanzada, es decir el grupo de los 7 u 8, los dueños del mundo. Segundo los países llamado a pertenecer a ese club exclusivo, o sea China y los tigres asiáticos, que van a salir poco a poco de la influencia de Japón para pasar a la de China, por razones no solamente económicas sino también étnicas y culturales. En este grupo también figuran los países que integraban India en la época del imperio británico, es decir Pakistán, India, Bangladesh, Sri Lanka y Maldivas, que pronto van a formar parte del club de los privilegiados porque sus características se lo permiten.

El tercer grupo es el de los que no tendrán destino como países, como Estados naciones soberanos. Podrán tener el nombre de país, una bandera, un escudo, un himno nacional, un presidente, un congreso, un poder judicial, una constitución y otras leyes, pero no tomarán decisiones fundamentales porque éstas se toman afuera.

A este grupo pertenecen los países de América Latina y el Caribe, que éstos sólo tendrán un destino si reúnen los siguientes requisitos, el primero de los cuales es un mercado considerable. Por ejemplo, en 2050 China tendrá 1.500 millones de habitantes e India, con Pakistán y Bangladesh, 1.600 millones de habitantes, lo que significa un mercado de tamaño suficiente. Los países de América Latina y el Caribe no tendrán destino si no siguen el ejemplo de la Unión Europea. El segundo requisito es tener una población educada, no sólo escolarizada, sino educada en el sentido de que tenga capacidad para pensar, dudar y crear en un mundo competitivo donde el desarrollo científico y tecnológico es muy rápido y profundo.

El tercero requisito es que tengan una clase dirigente, política, empresarial y académica capaz de ver los problemas con una perspectiva política y de apreciar su magnitud y alcance. Necesitan un telescopio con una lente que, más que gran angular, sea un “ojo de pescado”, con un campo visual completo, no glaucomatoso. La especialización lleva a ver lo pequeño, pero no el resto del mundo. Las clases dirigentes deberían ponerse a la altura de las circunstancias, pero están muy desprestigiadas. El cuarto requisito fundamental es que tengan democracias modernas, participativas, directas, abiertas y transparentes, y que los ciudadanos sean conscientes de cuál es el origen del poder. Sin una democracia participativa, la atención primaria de salud será un mero discurso y no se podrá aplicar en la práctica, sobre todo en países con una tradición centralista autoritaria donde la descentralización y la participación sólo son declarativas.

La

atención

primaria

consiste en aplicar esos principios democráticos y tiene muchísima más vigencia que en 1978.

El Dr. FRENK (Moderador) agradece al Dr. Tejada su brillante exposición. En la interpretación corriente de “atención primaria” encuentra una analogía con la educación primaria. Así como se habla de educación elemental, se piensa en atención elemental de salud, olvidando una serie de diferencias esenciales entre la dinámica de la educación y la de la salud. En la educación hay una progresión lineal, es decir se comienza por la primaria, se pasa a la secundaria y luego a la terciaria. En el sistema de salud no existe graduación de cada nivel. Esa analogía, que capturaba lo elemental en lugar de lo nuclear, lo esencial y lo prioritario, no ha ayudado porque la dinámica interna de los problemas de salud es mucho más compleja que la de los procesos educativos. Uno puede tener un padecimiento simple, luego uno muy complejo y después volver a tener un padecimiento simple. No hay linealidad como en la educación, y uno no se gradúa. La defunción es la única forma de salir del sistema de salud.

La simplificación ha sido excesiva porque no se tuvieron en cuenta las diferencias intrínsecas. Se terminó equiparando la atención primaria con el primer nivel de atención o el primer contacto, en lugar de entenderla como una estrategia integral para organizar el sistema de salud. Otro aspecto muy importante es que la atención primaria es anticipatoria antes que reactiva; no espera la demanda espontánea de la población, sino que proactivamente identifica factores de riesgo. Esa parte proactiva se pierde cuando se piensa solamente en el primer nivel, que sigue siendo solamente un nivel que reacciona, que responde a una demanda general. Así pues, un primer reto consiste en actualizar este concepto, en consonancia con la idea original de lo prioritario, lo fundamental, lo nuclear.

El Dr. ESTOL (Uruguay) dice que las palabras del Dr. Tejada invitan a reflexionar sobre la democratización y los conceptos y valores éticos íntimamente relacionados con la atención primaria. Se están padeciendo las consecuencias de una década en la cual el mercado y los valores de mercado han distorsionado conceptos basados en principios que debieran seguir vigentes y servir de orientación. No ha sido circunstancial esa confusión conceptual según la cual la atención primaria es una herramienta primitiva para la gente pobre. Hoy en día se sigue reproduciendo en los planes de reforma en los que fracciona a la sociedad y se diseñan respuestas fraccionadas en las que lo primitivo es para los pobres, porque la sociedad resuelve lo demás mediante una acción colectiva. Se requiere un cambio profundo de esa visión tecnocrática, modernista, medicalizada de los problemas de salud, un cambio fundamental en dos sectores: la educación en general y la educación médica en particular.

La única forma de evitar esa dicotomía es unificar el nivel básico alrededor de los servicios y los demás componentes, entre ellos la educación, componente importante en

todos los problemas críticos de hoy, como los del embarazo de las adolescentes, el consumo de drogas, los grupos vulnerables, la nutrición, etc. También se debe unificar a los efectores privados y públicos en un trabajo conjunto. Ese es el gran desafío de Uruguay. La atención primaria es una herramienta y una respuesta adecuada, correcta, necesaria, tanto para momentos de crisis como para épocas de abundancia, y debe abarcar al conjunto de la sociedad.

El Dr. TORRES-GOITIA (Miembro del panel sobre Atención Primaria de Salud en las Américas\*) dice que los médicos en general han estudiado ciencias muy bien estructuradas y tienen dificultades con las ciencias sociales, menos estructuradas. Por eso ignoraron la esencia del cambio que conllevaba el concepto de atención primaria de salud, que era fundamentalmente filosófico antes que político. La atención primaria no se puede aplicar bien si no se entiende bien el concepto, no se reconoce su contenido político y filosófico y no se pasa a la democracia participativa. Si se hace esto y se entiende que la salud depende de la calidad de vida y no mejorará mientras no cambie esa calidad de vida, la atención primaria no tendrá el sentido que se le ha dado en las publicaciones sino el sentido filosófico profundo al que se refirió el Dr. Tejada.

Mr. LAKE (Antigua and Barbuda) said that his Delegation concurred fully with the ideas that Dr. Tejada had expressed in his excellent presentation on the meaning of primary health care. The Alma-Ata Declaration of 1978 had set out the principles of primary health care, but even before that most countries in the Caribbean region had already recognized that the overall health of a nation was dependent not on the provision of hospital-based treatment, but on encouraging individuals to take greater responsibility for their health and to adopt healthy lifestyles. The Caribbean countries had also recognized that it was important for health care services to be provided as close as possible to where people lived or worked. Those concepts had led to the development of multilevel health facility networks, where clients entered the system at the most basic level and moved up the scale according to their needs.

Delivery of primary health care services had required the training and development of new categories of personnel, such as nurse practitioners and community health aides. The latter had played a key role in increasing immunization coverage and reducing childhood illnesses in Antigua and Barbuda.

The experience with primary health care in his country had yielded a number of important lessons. One was that it was critical that the location of clinics take into account local customs, population movements, transportation systems, and workplaces. Another lesson was that greater emphasis on team-building was needed and that primary health care required training, retraining, and reorientation of staff, especially doctors and

---

\* Ver Acta Resumida CD44/SR/5.

nurses. The experience of the past 25 years had also highlighted the importance of ensuring communication between community clinics and hospitals and the need to integrate their record-keeping systems.

One of the challenges his region faced for the delivery of primary health care services in the future was use of technology that was appropriate to its needs. A balance had to be struck between, on the one hand, the aspirations of staff and clients with respect to the introduction of new technologies and, on the other hand, the reality of available resources. Another challenge was to find incentives, including adequate remuneration and good working conditions, to persuade health professionals to enter and remain in primary health care. In addition, administrative systems needed to be decentralized, and there was a need for committees to undertake planning, management, and ongoing evaluation of services. In that regard, it was critical that intersectoral partnerships and alliances be created with other sectors of government and with nongovernmental organizations. Finally, it was essential to involve users of primary health care services, and the community at large, in the effort to adapt the primary care strategy to the needs of the future.

Hon. José COYE (Belize) thanked Dr. Tejada for his inspirational comments. It seemed to him that countries' health reform initiatives thus far had focused largely on infrastructure and finances, which were undeniably important. However, as Dr. Tejada had suggested, there was need for a more profound change in the way health was perceived and valued. It was by focusing on that need that those who were in a position to influence health could best bring about progress towards health for all.

He wondered whether those who had participated in the 1978 Alma-Ata Conference, in particular representatives of multilateral financial institutions, believed that there had been much change over the preceding 25 years in the way health was perceived. He raised the question because it seemed that in the structural adjustment programs and austerity measures instituted by his country and others during the 1970s and 1980s, the first things to be sacrificed had been investment in social services such as health and education. Scarce resources had been channeled instead towards conspicuous and ostentatious projects, such as building bridges and roads. The consequences of foregoing investment in human capital formation during those years would be felt for many years to come.

Twenty-five years after the Alma-Ata Declaration, the goal of health for all had yet to be reached. Achieving it in the next 25 years would mean ensuring that health was viewed not as an appendage or afterthought, but as a central element in economic development.

Mr. WEEKES (Barbados) concurred with the comments made by the Delegate of Antigua and Barbuda in relation to the Caribbean experience. Regarding the issue of equitable access to health services, Barbados had recently published a 10-year strategic plan covering the period 2002-2012, which recognized that all individuals, whether citizens or residents, had the right to proper health care services. The country was seeking to maximize the participation of all the various social groups and constituencies on the island. To that end, a national consultation had been held in September 2002, bringing together a broad range of actors, including PAHO, the Development Bank of Jamaica, the Caribbean Development Bank, financial and technical cooperation agencies, representatives of other sectors, NGOs, and employer and worker organizations. The participants had reflected on Barbados' health care development in the previous 50 years. They had noted, inter alia, the need to adjust health care reform measures to the country's epi-demiological profile, which had changed substantially as diseases and conditions characteristic of the more advanced countries, such as obesity and hypertension, had become increasingly common.

Since 1966, his Government had progressively increased health care expenditure as a percentage of GDP. Health care, from the primary to the tertiary level, was currently being provided free of charge to the entire population. Individuals had the option of seeking health care from providers in the private sector on a paid basis if they so desired, but universal access was available through public institutions, without regard to socioeconomic status or ability to pay. The challenge that the country faced now was how to share the burden of health care financing more equitably by maximizing the contribution of insurance companies and employers, as well as the government. In that regard, he had listened with great interest to Dr. Frenk's comments about the changes that Mexico was introducing in its health care financing system. With suitable modifications, parts of that model might well be applicable to the Barbadian situation.

El Sr. BOLAÑOS (Industria Mundial de la Automedicación Responsable) dice que, gracias a la apertura de organismos como la OPS, se puede establecer alianzas de forma que la industria comprometida con el desarrollo de la automedicación responsable pueda realizar un aporte al tema. No es que sea un componente fundamental, pero a través de este proceso se puede cumplir con una de las metas de la Declaración de Alma-Ata, de que el individuo pueda en un momento dado asumir la responsabilidad del cuidado de su salud.

En la Región, el tema de la automedicación responsable puede constituir un impacto positivo para la salud pública, puesto que puede ayudar a desalentar esa automedicación, que se produce debido a cuestiones económicas o culturales y porque no se exige la presentación de la receta para la compra de un medicamento.

El Dr. VIDAL RIVADENEIRA (Perú) reconoce los grandes esfuerzos del Dr. Tejada de Rivero como uno de los inspiradores y promotores de la atención primaria de salud, el papel del Dr. Frenk en la mesa redonda y la función de la OPS/OMS en los debates de salud pública, la orientación técnica y la capacitación. Los maestros de salud pública en América Latina enseñaban a examinar una política de salud a partir de tres ejes fundamentales.

El primero es la concepción de la salud, si se la considera como derecho humano o como un producto más del mercado. El segundo eje son las políticas que se aplicarán en función de esa concepción. Si se reconoce que la salud es un derecho humano, se aplicarán políticas que aspiran a la universalización; si se cree que la salud es un producto más del mercado, tratarán de imponer políticas de privatización, como en varios países de América Latina. La lucha por la democracia en Perú significó también una lucha por la salud, por democratizar la salud, porque hubo intentos de liquidar la salud pública y reemplazarla por entidades netamente privadas con una visión de mercado. En la lucha contra la dictadura fueron los pueblos de América Latina los que lograron restablecer la democracia. En Perú se cambiaron fraudulentamente instituciones para propiciar una política económica, social y de salud ultraliberal.

El tercer eje de análisis es el de los recursos que se asignan. Uno puede declarar su acuerdo con la concepción de la salud como derecho humano pero, si no se asignan recursos al sector de la salud, no se podrá hacer lo que necesita la población de Perú y de América Latina.

En Perú, 25% de la población vive en condiciones de extrema pobreza y 54% en condiciones de pobreza general. Por lo tanto, una atención primaria de la salud fiel al espíritu de Alma Ata es la más viable para responder a las necesidades de los pueblos. Por eso el orador está de acuerdo con el renacimiento de los principios y la práctica de la atención primaria. Pregunta al Dr. Tejada de Rivero por los obstáculos económicos, políticos, sociales y ambientales que dificultan la aplicación de esa excelente teoría de la salud pública y añade que en Perú se está introduciendo un seguro público integral de salud semejante al seguro popular de México. Se está afiliando a unos 7 millones de personas con dificultades económicas, que no tienen acceso a la seguridad social.

Hon. Dr. Leslie RAMSAMMY (Guyana) observed that a dimension that had been absent from the discussion of primary health care thus far was the linkage between the various levels of the health care system. In his view, it was a mistake to treat the different levels and components of the system as separate, because, in fact, they were intimately linked. For example, 25 years earlier, malaria and other vector-borne diseases had been addressed at the primary care level mainly through vector control and modification of environmental conditions. However, it was now realized that diagnosis and treatment of those who were infected was an equally important primary health care response, since



reducing the number of infected individuals would help terminate transmission of the parasite, reducing the vector ultimately to a nuisance, rather than a carrier of disease. The same principle applied to diseases such as AIDS. One of the most effective ways to reduce the transmission of HIV was to treat those who were living with HIV/AIDS, which would reduce viral load and thereby lessen transmissibility. Treatment was thus an important addition to the prevention strategies being employed at the primary health care level.

There were myriad examples of how the understanding of what constituted primary health care had shifted in the 25 years since Alma-Ata. In 1978, no one would have considered screening for human papillomavirus (HPV) a primary health care intervention, and yet it was now recognized that HPV screening was an important tool for reducing cervical cancer. The current debate over the use of mammography provided another illustration. As a means for early diagnosis of breast cancer, should mammography be considered a primary-, secondary-, or tertiary-level intervention?

Hence, while countries had been striving to achieve the goals and objectives established in 1978, the whole approach to primary health care had changed. The primary health care bar was constantly being raised. As countries worked to achieve the goal of health for all, it was important to recognize that demands and challenges would continue to increase and that the concept of primary health care would continue to evolve.

Dr. FRENK (Moderator) said that Dr. Ramsammy's comments had provided an important reminder that health was dynamic and that the goal of health for all was, in a sense, a moving target. It was a goal that would continue to shift as countries faced new epidemiological challenges.

He would now invite Dr. Tejada to present some final thoughts on the many interesting ideas that had emerged from the discussion.

El Dr. TEJADA DE RIVERO (Orador motivacional) dice que la concepción filosófica, política y social de la atención primaria de salud, que él prefiere llamar cuidado integral de la salud para todos y por todos, debe ser la base de la reformas del sector de la salud. Hasta ahora las llamadas reformas han sido arreglos administrativos burocráticos: se cambia el ministerio o se crea un mecanismo de coordinación interinstitucional, pero no se llega a un reconocimiento y una comprensión de la salud como resultado de una serie de factores históricos, genéticos, culturales, sociales, políticos, etc. El Dr. Torres-Goitia señaló muy bien esas dificultades.

La salud se ha identificado erróneamente con la medicina y ello ha creado problemas porque la salud no es un coto exclusivo y excluyente de los médicos, sino una responsabilidad de todos. Un ministro de salud no debe ser necesariamente médico porque su posición es fundamentalmente política, no técnica. Los médicos han sido sistemáticamente deformados para ver las cosas con una simplicidad mecánica, incluso inferior a la biológica, en lugar de ver las complejidades de la realidad social en el contexto de procesos sociales que son eminentemente políticos y en los que intervienen muchas racionalidades y no solamente la lógica formal. Hay que pasar de una perspectiva puramente biológica y médica a otra social y política.

El Ministro de Salud de Antigua y Barbuda mencionó un elemento fundamental de la atención primaria que tiene más vigencia que nunca porque es necesario seleccionar cuidadosamente, adecuar y crear tecnologías adecuadas a la realidad, teniendo en cuenta las limitaciones existentes. El criterio puramente médico es vulnerable al *marketing* de las empresas productoras de equipo médico de diagnóstico y de medicamentos. De esa manera se incurre en gastos excesivos de atención médica destinada a los grupos privilegiados y no se resuelven los problemas de salud de la gran mayoría de la población.

En 1978, las instituciones financieras internacionales no tenían la hegemonía que hoy tienen. Costó mucho trabajo que el Banco Mundial participara en la Conferencia de Alma-Ata y los organizadores ni siquiera se atrevieron a invitar al Fondo Monetario Internacional. Hoy en día, el Banco Mundial y el Fondo Monetario Internacional son los grandes decidores de las políticas de salud.

Los médicos ven enfermedades y creen que la respuesta radica en identificar el agente etiológico y tratar la enfermedad. La educación atraviesa hoy día una crisis peor que la de la salud porque se pide al estudiante que memorice lo que se considera verdad absoluta y no se promueve la capacidad de crear. Se adiestra a albañiles que saben poner ladrillo sobre ladrillo, preparar una mezcla de cemento, pero no saben, no les interesa saber ni les importa si están construyendo una cárcel para torturar a la personas o están construyendo una catedral gótica que se eleva a los cielos y trasciende este mundo.

La revolución de la educación, que es tanto y más importante que las reformas de la educación, supone enseñar a pensar en una relación horizontal. El profesor no tiene la verdad absoluta, ni el alumno recibe una verdad absoluta sin dudar, no se trata de incorporar conocimientos en la memoria para repetir en el momento del examen lo que dijo el profesor. La educación es fundamental para que pueda haber participación, no solamente participación comunitaria en la salud, sino participación ciudadana para que el país tenga un destino. Pero dos horas de buena enseñanza de un profesor pueden quedar destruidas por 30 segundos de un buen spot publicitario por televisión.

En la atención primaria de salud se requieren todos estos elementos para poder influir en la ciudadanía. Para la salud, no hay instrumento mejor que la educación. Y esto tiene que ver con el acceso. Se habla de acceso universal, y la pregunta es, ¿acceso universal a los servicios de salud médico-reparativos o acceso universal a la información adecuada para que las personas puedan cuidar de su salud? esa es la gran diferencia.

La esencia de la atención primaria, del cuidado integral de la salud, radica en la información. Hace 40 años, en Inglaterra, en estudios retrospectivos y auditorías clínicas de hospitales, se llegó a la conclusión de que las dos terceras partes de los pacientes no necesitaban ser hospitalizados y más de la mitad no necesitaron consultar a un médico, siempre y cuando hubiera habido en la familia suficiente información básica como para tener buenos hábitos de salud, hacer diagnósticos precoces en caso de alteraciones incipientes, y administrar un tratamiento inicial no necesariamente profesional. Con la atención médica reparativa, en el caso de Inglaterra, hace 40 años, las dos terceras partes de los gastos eran innecesarios y se hubieran economizado si las familias hubieran tenido información suficiente.

Las reformas que se necesitan no se limitan al sistema de atención, de servicios, sino que son reformas de la forma de vida, del cuidado de la salud en términos generales. Por eso, la propuesta del Ministro de Salud de México de crear un foro panamericano es extraordinariamente importante, a condición de que sea un foro eminentemente participativo y que no sea simplemente el cenáculo de privilegiados.

El Dr. FRENK (Moderador) agradece los valiosísimos comentarios y cree que, después de las lecciones positivas y negativas aprendidas en los últimos 25 años, la mejor forma de avanzar será hacer un relanzamiento que retome las bases éticas y políticas más profundas del movimiento de atención primaria, pero armonizándolas con las nuevas realidades de los países de la Región, que son hoy mucho más complejas. Es necesario ocuparse no solo de los servicios de salud sino también de los sistemas de salud en su interacción con otras políticas públicas. En la reunión se han expresado puntos de vista muy útiles, y quiere expresar especialmente su agradecimiento a la Secretaría de la Oficina Sanitaria Panamericana y a su Directora, por haber abierto un espacio de interacción tan valioso.

The PRESIDENT thanked Dr. Tejada for his inspiring remarks and expressed her gratitude to Dr. Frenk for his skill in moderating the discussion, which had been extraordinarily rich. She commended the Secretariat for its organization of the round tables and in particular for arranging to have a motivational speaker address each group. Dr. Tejada's opening presentation had helped set the context for the discussion and had stimulated a good informal exchange of ideas. A similar approach might be applied to good effect at the round tables held in Geneva during the World Health Assemblies.

She invited any delegates who might have amendments to the proposed resolution to submit them to the Rapporteur so that they could be reflected in the next day's discussions.

*The meeting rose at 4:00 p.m.  
Se levanta la reunión a las 4.00 p.m.*