

LA ESTRATEGIA, EL COSTO Y EL PROGRESO DE LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD¹

Robert G. A. Boland² y Mary E. M. Young²

En los últimos años se ha observado un creciente entusiasmo público y gubernamental, en todo el mundo, por los proyectos de atención primaria de salud. Este artículo plantea una serie de cuestiones difíciles sobre cómo parece estar relacionado el progreso logrado en esas operaciones, con los costos correspondientes y las estrategias seguidas.

Introducción

Con el lema salud para todos en el año 2000 (1) se encuentran hoy en día continuamente casi todos los que se interesan por la salud internacional. Expresión del credo y el concepto de la atención primaria completa de salud, resulta extraordinariamente atractivo desde los puntos de vista político y humanitario, y al mismo tiempo lleva implícito el tema fundamental de la "justicia social para todos". Apoyando este enfoque, los valiosos proyectos de investigación experimental de atención primaria de salud realizados en Narangwal, India (2), Danfa, Ghana (3) y Lampang, Tailandia (4, 5) han demostrado que con dirección competente, entusiasmo, tecnología apropiada y trabajo voluntario, la atención primaria de salud, a bajo costo y completa puede mejorar el estado de salud de cualquier población, siempre que se cuente con el financiamiento adecuado; y

desde la Conferencia Internacional de Alma Ata sobre Atención Primaria de Salud, en 1978, se han hecho inversiones cada vez mayores en proyectos de atención primaria de salud en todo el mundo, proyectos que han utilizado técnicas cada vez más elaboradas de planificación y gestión administrativa. Sin embargo, excepto en China, ninguno de los proyectos nacionales ha demostrado que pueda proporcionar atención primaria completa de salud a largo plazo, en condiciones de pobreza crónica, contando sólo con los recursos locales (6).

Aunque se ha llegado a una definición internacional de la expresión "atención primaria de salud" (7), todavía puede resultar confusa porque en algunos casos se utiliza para designar a la atención primaria completa de salud (que incluye ocho funciones: nutrición, inmunización ampliada, saneamiento y abastecimiento de agua, planificación familiar, control de enfermedades transmisibles, atención de salud materna e infantil, educación para la salud, y atención curativa básica) y otras veces se aplica a la atención primaria selectiva de salud, que incluye sólo funciones limitadas (8). A este respecto, indudablemente no es cierto que la atención primaria de salud tenga que ser completa para

¹ Se publica en inglés en el *Bulletin of the Pan American Health Organization*, Vol. 16, No. 3, 1982.

² Escuela de Higiene y Salud Pública, Universidad Johns Hopkins. Dirección postal: School of Hygiene and Public Health, Johns Hopkins University, 615 North Wolfe Street, Baltimore, Maryland, EUA.

ser eficaz (9), ni que la atención primaria selectiva de salud no pueda ofrecer un camino más adecuado y práctico para alcanzar la salud para todos en el año 2000.

Además, a pesar de la cantidad de datos publicados sobre proyectos de atención primaria de salud y el ilimitado entusiasmo que ha suscitado la atención primaria completa de salud, todavía resulta muy difícil determinar en términos generales la cobertura, la calidad, la eficiencia y la efectividad de la atención primaria de salud disponible (10, 11). Aquí tropezamos con una complicación y es que las estadísticas internacionales de salud habituales y los informes de los países menos desarrollados suelen ser considerados menos fidedignos que los de países desarrollados (11) por razones eminentemente prácticas que incluyen los problemas de comunicación, la geografía, la administración, el financiamiento, etc. Además, debido a la relación de la salud con la política, algunos de los datos de salud registrados deben sufrir un proceso de selección política antes de publicarse; por tanto, a veces surgen dudas sobre su validez objetiva. Aparte de esto, muchos de los datos publicados tienden a ser datos de "proceso" y "producto" en relación con proyectos de atención primaria de salud específicos, y son muy pocos los datos sobre el "resultado" o la "efectividad" para el país en conjunto.

Finalmente, aunque los informes sobre la atención primaria de salud registran constantemente "progreso", nos enfrentamos también a descripciones amplias como "no se dispone de atención primaria de salud completa para un 70 por ciento de la población mundial", o "el 40 por ciento de los niños del mundo padece malnutrición", afirmaciones que hacen dudar de la efectividad de la atención primaria de salud hasta la fecha (10). Por supuesto, es mucho más fácil criticar el trabajo de salud internacional que llevarlo a cabo; y quizá sea necesario un cierto grado de optimismo profesional, pensar que todo va mejor, para mantener esti-

mulada a la gente en la casi imposible tarea que queda por delante. Pero aun así, la tendencia a abandonar rápidamente los proyectos más viejos y de menor éxito y a dedicar mayor atención a los proyectos nuevos más prometedores (11) quizás no sea productiva a la larga.

Habida cuenta de esto, valdría la pena echar una ojeada breve y objetiva a la atención primaria de salud en varios países del mundo, y revisar en general cómo parecen relacionarse los progresos en la atención primaria de salud con los costos correspondientes y las estrategias seguidas.

Programas con éxito

Los programas de atención primaria de salud de tres importantes países en desarrollo parecen haber tenido un éxito significativo. Dichos países son: Cuba, con un PNB anual per cápita de US\$ 810; China con un PNB per cápita de \$460; y Tanzania, con un PNB anual per cápita de \$100 (6, 12, 13). De acuerdo con los datos publicados, estos países han proporcionado a prácticamente el 100% de sus poblaciones rurales y urbanas protección y cobertura mediante una atención primaria de salud de calidad adecuada. Además, han alcanzado esta cobertura de atención primaria completa de salud con programas nacionales, utilizando principalmente sus propios recursos, aunque se dice que Cuba ha recibido subsidios de la URSS, y Tanzania ha recibido grandes sumas de grupos religiosos. La atención de salud en cuestión parece proporcionarse gratuitamente o a un precio bajo accesible; cuando resulta apropiado se utilizan métodos tradicionales, y los recursos de salud del país parecen haberse distribuido en una forma bastante equitativa en la población general.

Es cierto que la debilidad política de la profesión médica en estos países quizá haya contribuido a la aceptación relativa-

mente fácil del personal paramédico, y la relativa estabilidad política y económica puede haber contribuido a la continuidad de los servicios y organizaciones de atención de salud. Además, cada uno de estos países parece constituir una sociedad controlada gobernada esencialmente por un sistema de un solo partido; y los tres poseen un gobierno con la voluntad y la fuerza políticas necesarias para superar las tensiones iniciales políticas y culturales, y llevar a cabo cambios radicales pero necesarios en el sistema de salud. Incluso en este contexto, vale la pena destacar que la atención curativa parece haberse facilitado sobre todo para satisfacer una demanda pública, mientras que los progresos principales en el estado de salud probablemente se hayan logrado gracias a medidas preventivas directas e indirectas.

En general, estos países no parecen permitir el mismo grado de libertad personal aceptado como "normal" en las democracias occidentales: la libertad individual de vivir y trabajar donde se prefiera, viajar libremente sin permiso, casarse y reproducirse libremente sin restricciones legales, etc. Por tanto, estos programas de atención primaria de salud que han tenido éxito parecen sugerir un cierto "trueque" de esas libertades individuales por una mejor salud individual y un progreso significativo general en los índices de mortalidad infantil, de esperanza de vida y de crecimiento demográfico neto.

Programas con menor éxito

A pesar de los esfuerzos notables realizados por alcanzar la atención primaria completa de salud para todos, parece coincidir en que diversos países muy poblados han experimentado dificultades considerables. Tres de estos países son Nigeria, con un PNB anual per cápita de US\$ 560 (9); India con un PNB anual per cápita de \$180 (14, 15); y Afganistán (antes de

1980), con un PNB anual per cápita de \$240 (11).

De acuerdo con los datos publicados parece que la cobertura con atención primaria completa de salud de calidad adecuada no abarcaba ni siquiera al 30% de la población, quedando un 70% en manos de los curanderos tradicionales. En las ciudades se mantenían normas internacionales de atención de salud para algunos sectores de la población y en algunas zonas rurales la atención primaria completa de salud alcanzaba una gran cobertura gracias a programas financiados con fondos externos que no se pudieron sostener a la larga con los recursos locales.

En estos países ha habido un compromiso político firme con la atención primaria de salud, pero han escaseado la organización y el poder político necesarios para proporcionársela a la población general, especialmente ante la fuerza de la profesión médica. Han surgido dificultades importantes, no tanto en el adiestramiento de los trabajadores médicos como en el financiamiento a largo plazo, el despliegue y el apoyo logístico y directivo dentro de los sistemas administrativos gubernamentales. No sólo ha resultado extremadamente difícil la reorganización y el adiestramiento en materia de gestión administrativa dentro del ministerio de salud de cada país, sino que ni la reorganización ni el adiestramiento han sido adecuados para acometer los cambios radicales que afectarían a toda la estructura política y administrativa del gobierno (11).

Sin embargo, estas sociedades, aunque bastante enérgicamente controladas para las normas democráticas occidentales, todavía no han llegado al "trueque" de la libertad individual por la salud individual. Por tanto, sus planes de participación comunitaria no aportarán la "justicia social para todos", sino más bien otro sistema de igualdad incompleta, es decir, un sistema en el que los recursos locales no parecen ofrecer una cobertura del 100% en aten-

CUADRO 1—Ejemplo de algunos posibles errores en el cálculo de los costos de la atención primaria de salud.^a

	Costo per cápita (US\$)	Costo total (US\$)
<i>Datos utilizados para calcular el costo:</i>		
Magnitud de la población: 10 000 habitantes		
Costos: Mano de obra local pagada	10 000	
Suministros locales pagados	10 000	
Costos totales:	20 000	
Costo bruto de la atención primaria de salud: (\$20 000 por 10 000 habitantes)	2,00	20 000
<i>Fuentes típicas de error:</i>		
A. No contar los costos ocasionales de mano de obra, suministros y alimentos "gratuitos" (\$30 000)	3,00	30 000
B. No contar los costos de supervisión, reorganización logística, agua, saneamiento, comunicaciones, etc. que tienden a hacerse continuos (\$20 000)	2,00	20 000
C. No contar el costo de depreciación del equipo y los servicios (\$10 000)	1,00	10 000
D. No contar el costo del personal extranjero y la infraestructura para la dirección, los gastos para viaje, etc. que parecen "gratuitos" (\$10 000)	1,00	10 000
E. No contar los costos de "iniciación" y de adiestramiento, que también tienden a hacerse continuos (\$10 000)	1,00	10 000
Subtotal:	10,00	100 000
F. Con un cómputo per cápita basado en la población total en vez de en la población real que utilizó los servicios de atención primaria de salud (50% de los 10 000 habitantes)	× 2	
Costo total ajustado (\$100 000 por 5 000 habitantes) de la atención primaria de salud:	20,00	100 000

^a La asignación de costos combinados que afectan a la salud y al desarrollo general es una decisión técnica difícil en la que hay que definir claramente las suposiciones aceptadas. Es un problema similar al de análisis de costos que enfrentan las industrias petroleras que tratan de determinar el "costo" de los diferentes productos obtenidos de un mismo "barril de petróleo".

ción primaria completa de salud, ni la perspectiva futura de alcanzar niveles aceptables de mortalidad infantil, esperanza de vida y crecimiento demográfico neto.

Costos económicos

Parece existir el consenso de que la salud a largo plazo está más relacionada con la nutrición, las condiciones ambientales y el desarrollo económico que con la calidad

de la atención médica curativa (8), y también que los ambientes de pobreza crónica son especialmente reacios a los esfuerzos de progreso económico. De ahí los crecientes esfuerzos de los profesionales de la salud internacional por mostrar que se puede alcanzar la atención primaria de salud completa con buenas técnicas, por menos de US\$ 6 anuales per cápita (17).

En este contexto, resulta sorprendente que esos cálculos de costo tan bajo se suelen aceptar como metas prácticas sin ninguna verificación externa (18). (En el

mundo de los negocios, los presupuestos se tratan en general con más escepticismo hasta que los contadores profesionales independientes hacen la auditoría). Además, es de suponer que para fijar el costo per cápita de la atención primaria de salud se necesita una definición clara de cuáles funciones de atención primaria de salud se proporcionan exactamente a la población especificada, y qué suposiciones se han hecho y justificado. Según esto, es bastante difícil decidir si esos cálculos deben incluir los costos ocasionales de mano de obra "gratuita", suministros, alimentos, etc.; costos de dotación de personal internacional (incluidos los gastos generales de la oficina principal); costos de agua; costos de vías de comunicación; costos de supervisión; costos de reorganización del ministerio de salud; costos de adiestramiento, etc. El cuadro I presenta un caso hipotético que ofrece algunas posibles causas de error en dichos cálculos. También hay que reconocer que los cálculos correctos de costos pasados no garantizan que los costos futuros sean forzosamente iguales o que vayan a ser tolerables. En general, se debería reconocer que no hay un "costo verdadero" de atención primaria de salud, sino sólo un costo pertinente para una decisión específica que puede no ser pertinente para otras decisiones.

Costos políticos y culturales

En la Conferencia de Alma Ata en 1978 (1), el Dr. Halfdan Mahler, Director General de la Organización Mundial de la Salud, aludió al costo político y cultural de la atención primaria de salud cuando planteó las acciones políticas y sociales vitales para alcanzar la salud para todos en el año 2000 por medio de la atención primaria de salud. Estas acciones, unidas a lo que lógicamente parecen ser sus implicaciones económicas, políticas y sociales, son las siguientes:

Acción necesaria	Repercusión de los costos
1) Ocuparse de la desigualdad.	Implica un reparto cuantioso de recursos, dentro de los países y entre los países, que ocasiona un costo político considerable (17).
2) Asegurar una planificación apropiada y la puesta en práctica de la atención primaria de salud en los sectores pertinentes.	A pesar de las diferencias en los valores culturales y los tipos de administración que influyen sobre la importancia relativa del tiempo, la eficiencia y otros factores, esta acción implica costos políticos y culturales (11).
3) Movilizar al individuo, a la familia y a la comunidad para que se identifiquen con la atención primaria de salud participando en la planificación y la gestión.	En algunas comunidades, la salud puede tener menor importancia que los valores culturales o el desarrollo económico; por tanto, esta acción también implica costos políticos y económicos (17).
4) Introducir reformas para asegurar el suministro de la tecnología capaz de proporcionar cobertura a todo el país.	El servicio a las zonas rurales de población dispersa con poca influencia política entraña un costo político considerable (13).
5) Introducir cambios en los sistemas de salud existentes.	La tendencia tradicional conservadora de las poblaciones rurales y de la profesión médica, así como la demanda de medidas curativas en vez de las medidas más eficaces preventivas en la atención de salud, ocasionan un costo político considerable (19).
6) Contraer un compromiso político con la atención primaria de salud.	Este compromiso no puede ser total, porque no podemos esperar que la meta de la salud se considere más importante que, por ejemplo, la seguridad interna y externa del Estado; pero cuando más fuerte sea ese compromiso, mayor será su costo político (20).

Así
sarro
econó
todos
En co
práct
y muy
las pr
das co
lidad
mas c
sarán

Ta
cultu
pued
aspira
econó
mo m
conse
(21).
nómia
los cu
cepto
muer
religio
países
po sis
deros
ción a
sos lo
desar
que s
cida
sión a
pued
ciden
cultu
ment.
(11),
atenc
sidera

Estra
de se

La
1981
lud p

Así pues, para un país menos desarrollado con inestabilidad política y económica, el costo político de salud para todos en el año 2000 parece muy elevado. En consecuencia, se puede observar la práctica de un gasto insuficiente en salud y muy grande en armamento, que refleja las prioridades relativas del país, justificadas con el razonamiento de que sin estabilidad política y económica, todos los sistemas de atención primaria de salud fracasarán a la larga.

También hay que resaltar que el costo cultural de la atención primaria de salud puede ser cuantioso en los países que no aspiran al modelo occidental de progreso económico rápido y que prefieren un ritmo más lento de cambio que les permita conservar los valores culturales existentes (21). En esas sociedades, la pobreza económica crónica puede ir unida al uso de los curanderos tradicionales, de los conceptos prevaletentes sobre la vida, la muerte y la enfermedad, y de los valores religiosos dominantes. La mayoría de los países han tenido desde hace mucho tiempo sistemas de salud en los que los curanderos tradicionales proporcionan la atención apropiada para las creencias y recursos locales (22). Si no se puede fomentar el desarrollo general de la población a la que se sirve, una atención de salud reducida y aislada puede favorecer la desilusión ante un estilo de vida del que no se puede escapar. Por tanto, la medicina occidental moderna puede competir con la cultura tradicional y destruirla parcialmente en nombre de la "salud para todos" (11), y de esa forma el costo cultural de la atención primaria de salud puede ser considerable.

Estrategias de atención primaria de salud

La Asamblea Mundial de la Salud de 1981 aprobó una estrategia global de salud para todos en el año 2000 que incluye

la atención primaria completa de salud para todos (7). Esta Asamblea superó a la Conferencia de Alma Ata en su intento de presentar no sólo lo que se debe lograr, sino también cómo se podrá alcanzar. La estrategia global aprobada trata de asuntos como la infraestructura, la cobertura completa de ciento por ciento, los servicios de la comunidad, la tecnología selectiva, y el apoyo internacional; también presenta 12 indicadores para medir el progreso, a saber:

- 1) Apoyo en el más alto nivel oficial a la meta de salud para todos en el año 2000.
- 2) Adopción de los mecanismos necesarios para asociar a la población en la puesta en práctica de la atención primaria de salud.
- 3) Desembolso para salud del 5% del PNB.
- 4) Asignación de un porcentaje "razonable" del PNB para atención de salud basada en la comunidad en vez de en el hospital.
- 5) Apoyo proporcionado por los países desarrollados a los menos desarrollados.
- 6) Prestación selectiva de atención primaria de salud para impulsar el saneamiento y el abastecimiento de agua, el programa ampliado de inmunización y la organización de servicios locales de atención curativa a los que puedan tener acceso en una hora los habitantes a quienes sirven.
- 7) Nutrición infantil adecuada.
- 8) Índice de mortalidad infantil menor de 50 muertes por cada 1 000 niños nacidos vivos.
- 9) Una esperanza de vida al nacer de 60 años por lo menos.
- 10) Un PNB anual per cápita mayor de US\$ 500.
- 11) Una distribución equitativa de los servicios de salud entre las poblaciones rural y urbana.
- 12) Adopción de nuevos indicadores de salud más amplios que cubran tanto las condiciones ambientales como la deman-

da, el suministro y la utilización de los servicios de salud.

Esta nueva estrategia global, unida al entusiasta apoyo que ha recibido, aporta una importante contribución a la meta de salud para todos en el año 2000. Porque, como advirtió el Dr. Mahler poco antes de que se aprobara la estrategia global:

Ahí esta la meta; los caminos para alcanzarla son cada día más claros; y la lección de los dos últimos años es que si moderamos nuestros sueños con realismo, alcanzaremos nuestra meta a pesar de la inestabilidad política y económica mundial (7).

Todo esto crea una necesidad de políticas globales de atención primaria de salud, es decir, de reglas para tomar decisiones que permitan transformar la estrategia en planes operativos. Se espera que esas medidas, que han de tener en cuenta los costos políticos, culturales y económicos de la atención primaria de salud, se ocuparán de los siguientes problemas aún pendientes:

- ¿Justifican los progresos logrados hasta ahora el entusiasmo universal por la atención primaria completa de salud, tan semejante al entusiasmo por la erradicación de las enfermedades y por los programas verticales de salud? Puesto que para ser eficaz la atención primaria de salud no tiene forzosamente que ser completa ¿sería una meta internacional más realista la atención primaria selectiva de salud para todos en 1990, atención que incluiría la nutrición, el programa ampliado de inmunización, el control de las enfermedades endémicas y la educación para la salud? (8, 23).

- Los países de ingresos muy bajos, con un PNB anual per cápita menor de US\$ 200 ¿deben tener el derecho (no sólo el privilegio) a la atención primaria selectiva de salud gratuita mediante un sistema de seguridad social internacional sujeto a auditorías e informes anuales? Estos

países más necesitados ¿deben recibir una prioridad total o parcial? (20).

- Aparte de estos países de ingresos muy bajos ¿debe iniciarse algún proyecto de atención primaria de salud, o permitirse que siga, a un nivel que no puede sostenerse a la larga con recursos locales, prescindiendo del financiamiento externo? ¿Debe consistir normalmente la ayuda internacional en mano de obra que utilice los recursos locales, y no en alimentos y suministros gratuitos que sólo proporcionen un alivio pasajero y fomenten la dependencia a largo plazo? ¿Debe exigirse que todos los proyectos de atención primaria de salud formen parte de planes nacionales después de hacer un estudio profesional de los costos políticos, culturales y económicos consiguientes? (6, 24, 25).

- ¿Es lógico que en los países menos desarrollados se ofrezca atención primaria de salud como servicio "gratuito" cuando los curanderos tradicionales siguen tratando a más del 50% de la población cobrando una cuota por servicio, de acuerdo con la costumbre local? ¿Los trabajadores de atención primaria de salud, deben ser voluntarios o bien profesionales pagados, pues ha de tenerse en cuenta que la continuidad a largo plazo de los voluntarios depende directamente de las oportunidades de empleo remunerado en otro trabajo o bien de que puedan actuar como curanderos tradicionales a los que se paga un tanto por sus servicios?

- Los veintitantos medicamentos genéricos básicos que pueden tratar adecuadamente al 90% de las enfermedades transmisibles mundiales (11) ¿debe fabricarlos y distribuirlos la OMS al costo? ¿Hay que prohibir a los fabricantes que vendan los mismos medicamentos con nombres patentados para impedir así que se lucren con medicamentos básicos?

- ¿Debe considerarse la medicina tradicional supervisada como aceptable y como atención curativa deseable en deter-

minad
como
médic:

- ¿P
priorid
ditoria
autent
de salu
de imp
jetiva
nados

- A
certad
atenci
con te
US\$ 6
cuenta
de má
dos e
crónic
gastar

- ¿
la ayu
prima
se co
cambi
conse
cional

- L
las ag
los p
prima
autor
les, e
sus es
atenc
globa

- ¿
ambie
papel
rativa
lencia
¿cóme
gratu
desa:
que s

- ¿
tanci

minados medios, en vez de simplemente como un sustituto barato de la atención médica occidental incostruable? (6, 18).

- ¿Hay que considerar como primera prioridad del apoyo internacional una auditoría anual que sirva para mejorar la autenticidad de las estadísticas nacionales de salud, ya que esos datos estadísticos son de importancia vital para la asignación objetiva de los recursos internacionales destinados a la salud?

- A la larga, ¿es realista el esfuerzo concertado que se está haciendo para dar una atención primaria de salud a bajo costo con tecnología adelantada (a un costo de US\$ 6,00 anuales per cápita) si se tiene en cuenta que una esperanza media de vida de más de 60 años acarreará costos elevados en la atención de las enfermedades crónicas, en las que los países desarrollados gastan más de US\$ 800 anuales per cápita?

- ¿Deberá ponerse un límite de tiempo a la ayuda a los refugiados para atención primaria de salud, con el fin de evitar que se convierta en un apoyo secundario el cambio político agresivo y con objeto de conservar los recursos de salud internacionales?

- Las organizaciones de beneficencia y las agencias bilaterales que intervienen en los proyectos internacionales de atención primaria de salud ¿deberán ser objeto de autorización, auditoría y vigilancia anuales, en tal forma que puedan coordinarse sus esfuerzos con las estrategias globales de atención primaria de salud, las políticas globales y los programas nacionales?

- Habida cuenta de que la nutrición y el ambiente han tenido históricamente un papel más importante que la atención curativa mejorada para disminuir la prevalencia de las enfermedades transmisibles ¿cómo podemos conciliar la distribución gratuita de alimentos a los países menos desarrollados con la necesidad de evitar que se cree una dependencia a largo plazo?

- ¿Es lógico que se conceda una importancia tan grande al hecho de que los

países desarrollados no se prestan a compartir los recursos adecuadamente con las naciones menos desarrolladas, y mientras que se olvida la resistencia de estas últimas a reconocer la creciente necesidad de compartir internamente los limitados recursos?

- ¿Justifican los datos aseverables la aceptación reciente de la atención primaria de salud como una oportunidad de desarrollo financieramente viable por parte del Banco Mundial y de otras organizaciones internacionales? (8).

- En términos generales, ¿debe aceptarse la probabilidad de que la salud para todos en el año 2000 dependa más de una nutrición adecuada y del programa ampliado de inmunización, que de la calidad de los servicios médicos, que parecen implicar costos económicos, políticos y culturales relativamente altos?

Observaciones finales

Este breve artículo ha intentado examinar el progreso de la atención primaria de salud en los países menos desarrollados con grandes poblaciones; evaluar los costos económicos, políticos y culturales en relación a la nueva estrategia global de la OMS para alcanzar la salud para todos en el año 2000 por medio de la atención primaria de salud; e identificar algunos problemas no resueltos. Mientras se aclaran estos últimos, parecen adecuadas las siguientes conclusiones provisionales:

1) El concepto de salud para todos en el año 2000 y la estrategia global para lograrlo con la atención primaria de salud han tenido una enorme influencia política en todo el mundo, aunque hay problemas pendientes que habrán de aclararse con la elaboración de reglas que permitan adoptar decisiones en forma de políticas globales de atención primaria de salud.

2) El progreso de la atención primaria de salud para las grandes poblaciones de los países menos desarrollados parece exi-

gir un "trueque" de algunas libertades individuales para la salud individual.

3) Los costos de la atención primaria de salud parecen ser principalmente económicos, pero las principales restricciones inherentes probablemente sean sus costos políticos y culturales.

4) La estrategia global de atención primaria de salud exige un ciento por ciento de atención primaria completa de salud en el año 2000; una meta intermedia más realista sería la atención primaria selectiva de salud para todos en 1990, que cubriera las áreas de la nutrición, el programa ampliado de inmunización, el control de las enfermedades transmisibles y la educación para la salud.

5) Para los países de ingresos muy bajos, con un PNB anual per cápita inferior a US\$ 200, un método conveniente para hacer llegar la ayuda internacional a los más necesitados sería un sistema de seguridad social internacional que diera a sus pueblos el derecho (no el privilegio) de la atención primaria selectiva de salud.

6) La concesión de permisos y las auditorías anuales de todas las organizaciones incluidas en la atención primaria de salud internacional podrían facilitar la coordinación y el control de sus actividades dentro del marco de una estrategia y políticas globales de atención primaria de salud.

Resumen

Con buena dirección, financiamiento adecuado, tecnología apropiada y trabajo voluntario, los programas de atención primaria completa de salud a bajo costo pueden lograr mejorar el estado de salud de la población virtualmente en cualquier lugar; y desde la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, celebrada en Alma Ata en 1978, los proyectos de atención primaria de salud en todo el mundo han contado con inversiones cre-

cientes. Este artículo examina brevemente las actividades de atención primaria de salud en seis países y estudia en forma general cómo el progreso logrado mediante esas actividades parece estar relacionado con los costos inherentes y las estrategias seguidas.

Para empezar, los gobiernos que han alcanzado mayor éxito con los programas nacionales parecen ejercer un alto grado de control político en sus sociedades y poseer la voluntad y la fuerza políticas necesarias para llevar a cabo cambios radicales en sus sistemas de salud. Otros países que han hecho esfuerzos importantes para proporcionar atención primaria completa de salud para todo el pueblo han tropezado con dificultades considerables. Este patrón general indica que el grado de éxito alcanzado depende en parte de la voluntad y capacidad de un gobierno de pagar un precio político, y también de cambiar una parte de las libertades individuales por una mejor salud individual. En lo referente a los costos económicos, una serie de investigaciones han tratado de demostrar que se puede ofrecer atención primaria completa de salud por medio de tecnología apropiada, a bajo costo, como por ejemplo a menos de US\$ 6,00 anuales. Esos cálculos deben acogerse con reservas, ya que pueden omitir una serie de costos ocultos que pueden multiplicar mucho el costo real. Además, los costos culturales de la atención primaria de salud pueden ser grandes en los países que no aspiran al modelo occidental de progreso económico rápido y que prefieren un ritmo más lento de cambio que les permita conservar los valores culturales vigentes.

En 1981 la Asamblea Mundial de la Salud aprobó una estrategia global para alcanzar la salud para todos en el año 2000. Esta estrategia ha creado una necesidad de políticas globales, es decir, de reglamentos para adoptar decisiones, que permitan transformar la estrategia en planes de operación. Estas políticas tienen que tratar

una amplia gama de problemas pendientes, incluidos los de si el entusiasmo por la atención primaria completa de salud está justificado; si debería organizarse un sistema internacional de seguridad social para ayudar a los países más pobres a que faciliten esa atención; si las actividades locales de atención primaria de salud deben ser autosostenidas, y si la meta de ofrecer

atención primaria de salud a bajo costo con tecnología adelantada es menos realista que proporcionar una atención primaria de salud selectiva que cubra únicamente cuestiones relacionadas con la nutrición, el programa ampliado de inmunización, el control de las enfermedades transmisibles y la educación en salud. ■

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. *Atención primaria de salud: Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, septiembre 1978*. Ginebra, 1978.
2. Taylor, C. E. From Projects to Implementation: The Narangwal Experience. Presentado en el *National Symposium on the Evaluation of Primary Health Care Programs*, patrocinado por el Consejo de Investigación Médica de la India. Abril, 1980.
3. Universidad de Ghana, Facultad de Medicina y Universidad de California, Escuela de Salud Pública, Los Angeles, California, *Danfa Project Final Report*. Los Angeles, 1979.
4. Werner, D. The village health worker: lackey or liberator? *World Health Forum* 2(1):46-53, 1981.
5. Organización Mundial de la Salud. *Actividades de la OMS, 1978-1979: Informe Bienal del Director General a la Asamblea Mundial de la Salud y a las Naciones Unidas*. Ginebra, 1980.
6. Banco Mundial. Health Sector Policy Paper. Washington, D.C., 1980.
7. Organización Panamericana de la Salud. *Salud para todos en el año 2000: Estrategias*. Washington, D.C., 1980.
8. Evans, J. R., et al. Health care in the developing world: Problems of scarcity and choice. *N Engl J Med* 505(19):1117-1127, 1981.
9. Ransome-Kuti, O. y DeSweener, C. The Project Approach to the Development of a Basic Health Delivery System in Nigeria, 1980. (Documento inédito.)
10. Organización Mundial de la Salud. *Sexto Informe sobre la situación sanitaria mundial, 1977-1979: Primera parte, Análisis global; Segunda parte, Recetas por países y zonas*. Ginebra, 1980.
11. O'Connor, R. W. *Managing Health Systems in Developing Areas*. Lexington Books, Boston, 1980.
12. Djukanovic, V. y Mach, E. P. eds. *Alternative Approaches to Meeting Basic Health Needs in Developing Countries*. Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1975.
13. Navarro, V. Health, health services, and health planning in Cuba. *Int J Health Serv* 2:397-432, 1979.
14. Mabele, R., Lyakurwa W. M., Beno, T. N. y Wangwe, S. M. The economic development of Tanzania. *Scientific American* 243(3):182-191, 1980.
15. Krishna, R. The economic development of India. *Scientific American* 243(3):166-181, 1980.
16. Community Mobilization. In: Institute of Medicine, Committee on International Health and Foreign Assistance in Health. *Ecological, Socioeconomic, and Cultural Factors in Health*. National Academy of Sciences, Washington, D.C., 1979.
17. Taylor, C. E. Ethical Implications of Health for All by the Year 2000. Presentado en la Conferencia de la American Public Health Association. New York, octubre de 1979.
18. Bayoumi, A. The training and activity of village midwives in the Sudan. *Trop Doct*, julio 1976. pp. 118-125.
19. Thorne, M. C. Primary Health Care in the Near East. 1979. (Trabajo inédito.)
20. Illich, I. *Medical Nemesis: The Expropriation of Health*. Marion Boyers, London, 1975.
21. Taylor, C. E. *Changing Patterns in International Health: Motivation and Relationships*. American Public Health Association, Washington, D.C., 1979.
22. Bergien, W. L., Ewbank, D. C. y Bergien, G. G. Reduction of mortality in rural Haiti

- through a primary health care program. *N Engl J Med* 304:1324-1330, 1981.
23. Smith, R. A. *Manpower and Primary Health Care*. University of Hawaii Press, Honolulu, 1978.
24. Akerele, O., Tabibzadeh, I. y McGilvray, J. Una nueva función para los misioneros médicos en Africa. *Cron OMS* 30(5):187-193, 1976.

The strategy, cost, and progress of primary health care (Summary)

With good leadership, adequate financing, appropriate technology, and volunteer labor, programs of comprehensive low-cost primary health care can succeed in improving people's health status practically anywhere; and, since the 1978 Alma Ata International Conference on Primary Health Care, there has been an increasing investment in primary health care projects around the world. This article briefly examines primary health care efforts in six countries and reviews in a general way how the progress achieved through such efforts appears to relate to the costs involved and the strategies pursued.

To begin with, the governments that have achieved the most marked success with national programs appear to exercise a strong degree of political control over their societies and to possess both the political will and political strength needed to effect radical changes in their health systems. Other countries that have made major efforts to provide comprehensive primary health care for all their people have experienced considerable difficulty. This general pattern suggests that the degree of success achieved depends partly upon a government's willingness and ability to pay a political price—and also to trade some measure of individual freedom for improved individual health. Concerning economic costs, a number of authors have tried to show that comprehensive primary health care can be

provided by means of appropriate technology at low cost—e.g., for less than US\$ 6,00 per year. Such estimates need to be regarded with some caution, since they are apt to omit a variety of hidden costs that can raise the actual cost many times. In addition, the cultural costs of primary health care can be considerable in countries that do not aspire to the Western model of rapid economic progress and prefer a slower pace of change that permits preservation of existing cultural values.

In 1981 the General Assembly of WHO approved a global strategy for attaining "health for all by the year 2000". This strategy has created a need for global policies—that is, for decision-making rules capable of developing the strategy into operational plans. These policies need to deal with a wide range of unresolved issues—including whether the enthusiasm for comprehensive primary health care is justified; whether an international social security system should be established to help the poorest countries provide such care; whether local primary health care activities should be self-supporting; and whether the goal of producing very low-cost comprehensive primary health care with improved technology is less realistic than selective primary health care covering only the areas of nutrition, the expanded program of immunization, control of communicable diseases and health education.

A estratégia, custo e progresso do atendimento primário da saúde (Resumo)

Com uma boa administração, financiamento adequado, tecnologia conveniente e trabalho voluntário, os programas de atendimento primário completo da saúde, a

baixo custo, conseguirão melhorar o estado da saúde da população praticamente em qualquer lugar em que se realizarem. A partir da Conferência Internacional sobre

Atendi
Alma-
atendi
mundo
investim
brevem
primári
de um
progres
parece
inerecto

Com
obtivera
naciona
controlo
possuira
necessár
seus pró
que tam
oferecer
saúde à
conside
padrão
grau de
parcialm
governo
como d
libertad
melhor
aos cust
procura
um ater
através
custo, c
anuais.
com res

La

Les pr
de sant
parvenir
populati
conditio
direction
technolo
volontari
Internat
tenue à
primaire

ilvray, J.
isioneros
187-193,

Atendimento Primário da Saúde, efetuada em Alma-Ata em 1978, os projetos de atendimento primário da saúde através do mundo inteiro contam com crescentes investimentos. O presente artigo examina brevemente as atividades de atendimento primário da saúde realizadas em seis países e de um modo geral estuda de que maneira o progresso atingido mediante esses trabalhos parece estar relacionado com os custos inerentes e as estratégias adotadas.

Como ponto de partida, os governos que obtiveram maior sucesso com os programas nacionais parecem exercer alto grau de controle político sobre as suas sociedades e possuem a vontade e a força políticas necessárias para efetuar mudanças radicais nos seus próprios sistemas da saúde. Outros países que também fizeram importantes esforços para oferecer atendimento primário completo da saúde à toda sua população encontraram consideráveis obstáculos no seu caminho. Esse padrão de tipo generalizado nos indica que o grau de êxito atingido depende pelo menos parcialmente da vontade e capacidade que um governo tem de pagar um preço político, bem como de modificar uma certa porção das liberdades da pessoa humana em troca de uma melhor saúde do indivíduo. No que concerne aos custos econômicos, uma série de pesquisas procuraram demonstrar que é possível oferecer um atendimento primário completo da saúde através de uma tecnologia adequada, a baixo custo, como por exemplo inferior a US\$ 6,00 anuais. Essas estimativas devem ser acolhidas com reserva porque bem podem omitir uma

série de despesas encobertas que multiplicariam muito mais além o custo real. De mais a mais os custos culturais do atendimento primário da saúde podem ser elevados nos países que não aspirem adotar o modelo ocidental de progresso econômico rápido e que prefiram um ritmo mais lento das mudanças introduzidas que lhes permita conservar ao mesmo tempo seus valores culturais próprios.

Em 1981 a Assembléia Mundial da Saúde aprovou uma estratégia global para atingir a meta de saúde para todos no ano 2000. Essa estratégia criou a necessidade de políticas globais, em outras palavras, de regulamentos para tomar decisões que permitam transformar a estratégia em planos de operação. Essas políticas têm que encarar uma ampla variedade de problemas pendentes, inclusive a consideração das perguntas: de que se o entusiasmo pelo atendimento primário completo da saúde se justifica; de que se se deveria organizar um sistema internacional de segurança social para ajudar os países mais pobres para que possam oferecer esse tipo de atendimento; de que se as autoridades locais de atendimento primário da saúde devem ser auto-sustentadas; se a meta de oferecer o atendimento primário da saúde a baixo custo com tecnologia avançada é menos realista que um atendimento primário seletivo que se encarregue só dos problemas da nutrição, de um programa ampliado de imunização, do controle das doenças contagiosas e de um programa educativo de saúde.

La stratégie, le coût et les progrès des soins primaires de santé (Résumé)

Les programmes de soins primaires complets de santé à faible prix de revient peuvent parvenir à améliorer l'état de santé de la population virtuellement n'importe où, à condition qu'ils jouissent d'une bonne direction, d'un financement adéquat, d'une technologie appropriée et du travail de volontaires. De plus, depuis la Conférence Internationale sur les Soins Primaires de Santé, tenue à Alma Ata en 1978, les projets de soins primaires de santé dans le monde entier ont

disposé des investissements toujours croissants. Dans cet article, on examine brièvement les activités de soins primaires de santé dans six pays et on étudie, de façon générale, de quelle manière les progrès obtenus grâce à ces activités semblent être en rapport avec les coûts inhérents et les stratégies adoptées.

On constate, d'abord, que les gouvernements qui ont obtenu le plus grand succès par leurs programmes nationaux semblent exercer un haut degré de contrôle

chnology
6,00 per
ded with
omit a
be actual
ural costs
erable in
Western
prefer a
permits
s.
of WHO
attaining
s strategy
— that is,
able of
al plans.
ide range
ether the
ry health
ernational
blished to
uch care;
activities
ether the
prehensive
echnology
ry health
ition, the
n, control
d health

umo)

estado da
ente em
1. A partir
al sobre

politique dans leurs sociétés et posséder la volonté et la force politiques nécessaires pour réaliser des changements radicaux dans leurs systèmes de santé. D'autres pays qui ont fait de grands efforts pour offrir des soins primaires complets de santé à toute leur population se sont heurtés à des difficultés considérables. Ce modèle général indique que le degré de succès obtenu dépend en partie de la volonté et de la capacité du gouvernement à payer le prix politique nécessaire, et aussi à échanger une partie de leurs libertés individuelles en faveur d'une meilleure santé individuelle. En ce qui concerne les coûts économiques, une série d'enquêtes ont tenté de démontrer que l'on peut offrir des soins primaires complets de santé par l'emploi d'une technologie appropriée, de coût modique, par exemple, à moins de US\$ 6,00 par an. Ces calculs doivent être accueillis avec réserve, car ils pourraient omettre une série de coûts cachés qui rendraient le coût réel considérablement supérieur. De plus, les coûts culturels des soins primaires de santé peuvent être importants dans les pays qui n'aspirent pas au modèle occidental de progrès économique rapide et

qui préfèrent un rythme plus lent de changement leur permettant de conserver les valeurs culturelles en vigueur.

En 1981, l'Assemblée Mondiale de la Santé approuva une stratégie globale pour obtenir la santé pour tous en l'an 2000. Cette stratégie a créé le besoin de politiques globales, c'est-à-dire, de règlements pour adopter des décisions qui permettent de transformer la stratégie en plans d'action. Ces politiques ont à traiter une ample gamme de problèmes en suspens, y compris les suivants: si l'enthousiasme pour les soins primaires complets de santé est justifiée; si l'on devrait organiser un système international de sécurité sociale pour aider les pays les plus pauvres à fournir ces soins; si les activités locales de soins primaires de santé doivent être auto-financées, et si l'objectif d'offrir des soins primaires de santé à coût modique avec une technologie moderne est moins réaliste que fournir des soins primaires de santé sélectifs uniquement selon les besoins de couverture de la nutrition, du programme élargi de vaccination, de la surveillance des maladies transmissibles et de l'éducation en santé.

CORRIGENDUM

En el Vol. 93, N° 4, páginas 341-364,
donde dice: *Tripanosoma*
debe decir: *Trypanosoma*

PERSI
TYPHI

Conra
Catter
Karen

Intro

En i
vestiga
Salmo
de col
ria. P
servici
Santia
efectu
de an
un tot
tomfa
que la
es cu
hom
son p
frecu
do a
ra es
infor
dond
mayo

¹ Se pu
Organ
² De
lud, Sa
³ in