

---

## Observatorio Político Dominicano

### Unidad de Políticas Públicas (UPP)

# La Atención Primaria en Salud en República Dominicana

## Avances, controversias y retos

Elaborado por  
**Katherine Then Díaz**

*La Organización Mundial de la Salud (OMS) adoptó la Atención Primaria en Salud (APS) como estrategia el 12 de septiembre de 1978. Dicha medida se produjo en el marco de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma-Ata, Kazajistán. En la República Dominicana, es el 8 de marzo de 2001 cuando la promulgación de la Ley General de Salud No. 42-01 introduce la atención primaria como eje fundamental del sistema. Este instrumento regula "las acciones que permiten al Estado hacer efectivo el derecho a la salud de la población". A este fin, instituye a la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS) como ente rector del Sistema Nacional de Salud (SNS). En ese marco, el Ministerio de Salud Pública (MSP) inició la instalación de las Unidades de Atención Primaria (UNAP) en 2007. Además de describir este proceso, el presente documento recoge recomendaciones de organismos internacionales, así como casos latinoamericanos.*

**Unidad de Políticas Públicas  
(UPP)**

Leopoldo Artiles  
**Coordinador**

Katherine Then Díaz  
**Asistente**

Montserrat Castillo Arbaje  
**Monitora**

Víctor Mateo  
**Colaborador**

Mildred Samboy  
**Colaboradora**

Observatorio Político Dominicano (OPD)

Calle César Nicolás Penson 26, La Esperilla, Santo Domingo, República Dominicana

Tel. (809)685-6699, ext. 2603/2601

## CONTENIDO

|   |    |
|---|----|
| SIGLAS Y CONCEPTOS .....  | 1  |
| PARTE I- IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA APS .....  | 4  |
| 1.1- Origen del concepto APS.....   | 4  |
| 1.2- APS en República Dominicana y constitución de las UNAP .....   | 4  |
| 1.3- Características predominantes en el SNS .....  | 5  |
| 1.4- Nuevo modelo de organización de los servicios de salud .....   | 5  |
| 1.5- Las UNAP.....  | 6  |
| 1.5.1- <i>Composición</i> .....   | 6  |
| 1.5.2- <i>Funciones</i> .....   | 7  |
| 1.5.3- <i>Financiamiento</i> .....  | 7  |
| 1.5.4- <i>SRS y distribución de las UNAP</i> .....  | 7  |
| 1.6- Foro Nacional de APS República Dominicana 2008.....  | 9  |
| 1.6.1- <i>Desafíos identificados</i> .....  | 9  |
| 1.6.2- <i>Pasos a seguir</i> .....  | 10 |
| PARTE II- RECOMENDACIONES DE ORGANISMOS INTERNACIONALES.....  | 10 |
| 2.1- Posición de organismos internacionales .....   | 12 |
| PARTE III- EXPERIENCIAS LATINOAMERICANAS .....  | 14 |
| 3.1- Papel de los gobiernos y las políticas públicas en la aplicación de sistemas de salud basados en APS ..... | 15 |
| REFERENCIAS .....   | 17 |

## SIGLAS Y CONCEPTOS

Siempre que en el presente documento se haga referencia a las siglas y conceptos mencionados a continuación, deberán entenderse de la siguiente manera:

- ✚ APS Atención Primaria en Salud
- ✚ ANDECLIP Asociación de Clínicas Privadas
- ✚ APOC Atención Primaria Orientada a la Comunidad
- ✚ ARS Administradora de Riesgos de Salud
- ✚ CERSS Comisión Ejecutiva para la Reforma del Sector Salud
- ✚ CMD Colegio Médico Dominicano
- ✚ CNS Consejo Nacional de Salud
- ✚ CNSS Consejo Nacional de la Seguridad Social
- ✚ EDAS Enfermedades Diarreicas
- ✚ IRIS Infecciones Respiratorias Agudas
- ✚ MSP Ministerio de Salud Pública
- ✚ OPS Organización Panamericana de la Salud
- ✚ OMS Organización Mundial de la Salud
- ✚ PBS Plan Básico de Salud
- ✚ PSS Prestadora de Servicios de Salud
- ✚ SNS Sistema Nacional de Salud
- ✚ SFS Seguro Familiar de Salud
- ✚ SENASA Seguro Nacional de Salud
- ✚ SESPAS Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social
- ✚ SDSS Sistema Dominicano de Seguridad Social
- ✚ SRS Servicio Regional de Salud
- ✚ UNAP Unidad de Atención Primaria

- ✚ **Área de Salud:** Está constituida por aquellos centros destinados a prestar servicios especializados básicos definidos como de segundo nivel, así como de internamiento, pruebas diagnósticas y corresponden a hospitales generales.
- ✚ **Centro de Salud del Primer Nivel:** Constituye la sede institucional y uno de los ámbitos de trabajo de una o varias UNAP. Estos centros (clínicas rurales, dispensarios, consultorios, policlínicas, centro sanitario, etc.) y las UNAP, que desde ellos funcionen, deberán articularse entre sí en lo que se denomina territorios de integración.
- ✚ **Primer Nivel de Atención:** Incluye todos los centros de primer nivel o de nivel primario (clínicas rurales, dispensarios, consultorios, policlínicas etc.) donde tienen sede las UNAP). Es la puerta de entrada y primer nivel de resolución del servicio regional de salud y se sustenta en la estrategia de APS. Le corresponde atender todos los procesos y procedimientos de salud dirigidos a personas y familias que no requieran atención especializada u internamiento, incluyendo las emergencias. Se considera debe ser el nivel más operativo de la red.
- ✚ **Región de Salud:** Oficina rectora de los servicios de salud provistos por diversos centros en diferentes sectores y niveles de atención.
- ✚ **Sector de Salud:** Es un espacio geográfico-poblacional, que se obtiene mediante el proceso de sectorización de la población tanto rural como urbana, y al que le ha quedado asignado un tamaño definido de población y unidad de provisión de servicios de salud<sup>1</sup>.
- ✚ **Segundo Nivel de Atención:** Este nivel incluye atención especializada básica y con régimen de atención ambulatoria (consulta externa y emergencias) e internamiento que, articulado con el Primer Nivel permiten completar la atención a beneficiarios para aquellos casos complejos que requieran atención especializada.
- ✚ **Tercer Nivel de Atención:** Corresponde a un conjunto de servicios para la atención de casos muy complejos con régimen de atención ambulatoria (consulta externa y emergencias) e internamiento y que requieran de atención muy especializada<sup>2</sup>.
- ✚ **Unidad de Atención Primaria:** Es definida en el reglamento de provisión de servicios en su artículo 19, como la célula básica de prestación de servicios en Primer Nivel de Atención o nodo primario de la red.

---

<sup>1</sup> En República Dominicana, el espacio geográfico poblacional o sector de salud tiene límites claramente definidos, que han sido establecidos considerando sus vías de comunicación y acceso a los servicios de salud. En él habitan alrededor de 500 a 700 familias, y la UNAP que se les ha asignado es responsable de vigilar y atender su salud en forma integral.

<sup>2</sup> El alcance de los tres Niveles de Atención se lista en el documento Modelo de Red de los Servicios Regionales de Salud preparado por la SESPAS y oficializado mediante resolución No. 00024 el 5 de octubre de 2005.

- ✚ **Zona de Salud:** Es la agrupación articulada de los centros de salud del Primer Nivel de Atención con sus respectivas UNAP, dentro de un territorio determinado, preferiblemente no mayor de 50,000 habitantes beneficiarios de las atenciones del SRS, que correspondan preferiblemente a los municipios del país.

## **PARTE I**

### **IMPLEMENTACIÓN DE LA ESTRATEGIA APS**

#### **1.1- Origen del concepto APS**

El término atención primaria se remonta a 1920, fecha en la que el Reino Unido publicó el Informe Dawson. El documento proponía la reorganización del sistema de salud en dicho país y diferenciaba un nivel asistencial específico, que eran los centros primarios de salud.

En 1978, en el marco de la Conferencia Internacional de Alma-Ata, se estableció que la estrategia de APS debía estar basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundamentadas y socialmente aceptadas. Además, debía ser accesible a los individuos y a las familias, a través de la plena participación de la comunidad y bajo un costo que el país pudiera asumir.

En la actualidad, el enfoque de APS está orientado al conjunto del sistema de salud, incluyendo los diferentes sectores (públicos y privados, con y sin fines de lucro) y es aplicable a todos los países. La OMS y la OPS sugieren que cada país desarrolle una estrategia para la implementación de la APS de acuerdo a sus recursos, circunstancias políticas, capacidad administrativa y a su propio desarrollo nacional de salud.

#### **1.2- APS en República Dominicana y constitución de las UNAP**

El Reglamento de Rectoría y Separación de Funciones Básicas del SNS establece en su decreto No. 635-03 artículo 43, que "los servicios de atención a las personas se organizan en dos niveles que aseguran su acceso equitativo al sistema":

- Un Nivel de Atención Primaria y Ambulatoria, centrado en el fomento de la salud, prevención de enfermedades, vigilancia epidemiológica y seguimiento a pacientes especiales que cubran emergencias y atención domiciliaria.
- Un Nivel de Atención Especializada de hospitalización general y compleja, dotado de los recursos humanos y tecnológicos para atender la demanda de pacientes que requieran internamiento y cirugía.

Además, en su artículo 50, el decreto establece que los SRS deben estar conformados al menos por un Hospital Regional de Referencia, que cubra toda la contingencia incluida en el PBS y que se corresponda con la atención de internamiento para situaciones sanitarias complejas. También de un Nivel Especializado Básico, que garantice la prestación de la atención sanitaria de menor complejidad, con o sin internamiento. Y, finalmente, las estructuras de Nivel Primario, que garanticen la atención sin internamiento y se relacionen con la prestación de servicios de atención primaria del PBS.

En 2001, cuando se promulga la Ley General de Salud No. 42-01, se introduce en el país la APS como eje fundamental del sistema, ya que este instrumento “regula las acciones que permiten al Estado hacer efectivo el derecho a la salud de la población”.

Para estos fines, se incluye a la, en ese entonces denominada, SESPAS como ente rector del SNS y se le confiere la responsabilidad de desarrollar y adecuar el sistema con los criterios de equidad, solidaridad, universalidad, integridad, eficiencia y eficacia, que son elementos esenciales en un sistema basado en APS<sup>3</sup>.

Dentro del SNS, las UNAP son el aparato funcional básico y puerta de entrada en el Primer Nivel de Atención. La responsabilidad que se le acredita es de vigilar y atender de forma integral el ambiente y la salud de las personas que conviven en un mismo espacio geográfico-poblacional, afiliadas al Régimen Subsidiado de acuerdo a la Ley No. 87-01 que crea el SDSS. En 2007 el MSP inició la instalación de las UNAP en el territorio nacional.

### **1.3- Características predominantes en el SNS**

El perfil de salud dominicano ha estado caracterizado por altas tasas de mortalidad materna e infantil y por la presencia de enfermedades prevenibles o controlables que no se correspondían con el nivel de su desarrollo económico, la cobertura de los servicios de salud y las potencialidades de la sociedad.

La respuesta social a ese perfil ha sido un modelo de atención caracterizado por un acceso inequitativo a los servicios y a la protección de salud. Esto se ha reflejado, fundamentalmente, en las poblaciones más pobres y vulnerables, con mayor probabilidad de enfermar y morir, por una oferta de servicios con énfasis en la atención médica curativa, especialmente la de tipo hospitalario, en detrimento de las acciones básicas de atención.

El Manual de Funcionamiento de las UNAP suscrito por la SESPAS plantea que otras debilidades del modelo de atención primaria de República Dominicana han sido la escasa participación de la comunidad en el proceso de planificación, control, evaluación y fiscalización de los servicios. Además se añade, la ausencia de una sectorización de la población que establezca una responsabilidad geográfica poblacional para el personal de salud.

### **1.4- Nuevo modelo de organización de los servicios de salud**

La promulgación de las leyes No. 87-01 y 42-01 establece una nueva configuración institucional para la entrega de servicios de salud en el territorio nacional, ya que a través de estos instrumentos el Estado reconoce a los residentes en el país el derecho de que dispongan de

---

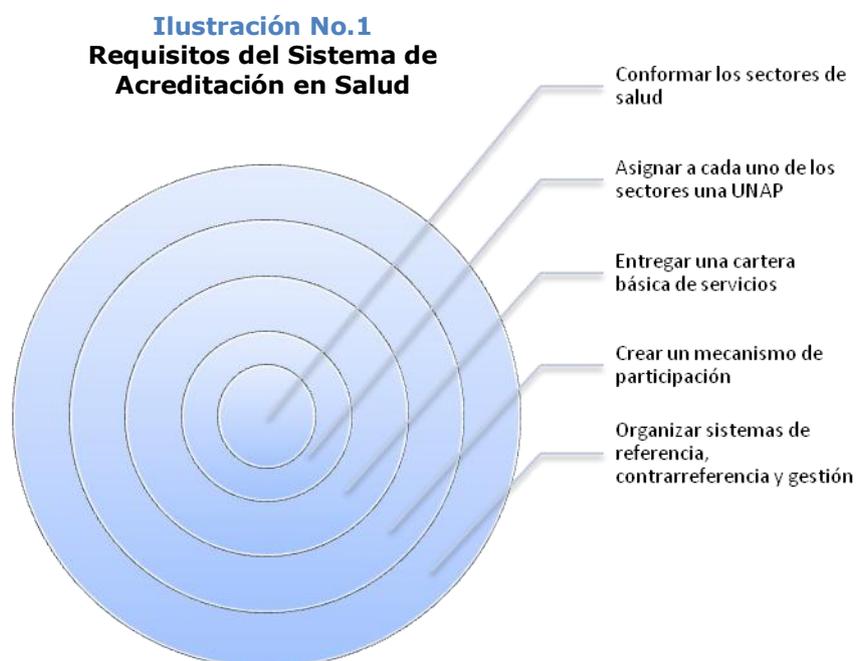
<sup>3</sup> Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS)/Comisión Ejecutiva para la Reforma del Sector Salud/Manual de Organización de las UNAP No. 3/2008/Págs. 6-7.

servicios de salud, promoción, prevención, protección, recuperación y rehabilitación en salud.

Asimismo, estas piezas establecen que “el Estado canalizará una parte de los recursos obtenidos de la población de más altos ingresos hacia aquella cuyos recursos sean insuficientes para autofinanciar su atención en salud”.

En República Dominicana se pretende conformar un sistema nacional de atención primaria con las instituciones que intervienen en el desarrollo de la salud, bajo la rectoría de la SESPAS. Para esto se articula la nueva forma de organización de los servicios de atención basados en la unidad funcional, que son las UNAP.

Esta nueva forma de organización se impulsa sobre la base de un sistema de acreditación en salud que cumpla con los requisitos señalados en el siguiente esquema:



## **1.5- Las UNAP**

Las UNAP constituyen las unidades básicas funcionales, son la puerta de entrada al SNS y de seguridad social, representada por las gerencias de áreas de salud de la SESPAS, para la entrega de servicios en el Primer Nivel de Atención y garantizar la salud de las familias dominicanas.

### **1.5.1- Composición**

Para determinar la composición de las UNAP, la SESPAS realizó un balance entre las necesidades prioritarias de salud, la cartera básica de servicios, la disponibilidad de recursos humanos y las posibilidades económicas del sector salud. En ese sentido, la institución determinó que el personal que conformaría estos centros fuera el siguiente: un médico general, un

personal de enfermería, un técnico de salud familiar o supervisor de APS y varios promotores de salud.

Además de este personal básico, y de acuerdo a las necesidades de la población y las posibilidades del sistema, podría existir un equipo de apoyo de tipo multidisciplinario que complemente la cartera de servicios.

Dicho personal de apoyo estaría conformado por pediatras, ginecólogos obstetras, enfermeras especializadas, odontólogos, psicólogos o psiquiatras, bioanalistas, trabajadores sociales, farmacéuticos, especialistas en formación, nutricionistas y trabajadores ambientales.

### **1.5.2- Funciones**

El Manual de Funcionamiento de las UNAP suscrito por la SESPAS establece que la función principal de estos centros es la entrega de la cartera de servicios en todos los escenarios de trabajo que se han definido. Dicho listado o canasta de servicios está determinado por el contenido del PBS e incluye, por lo menos, lo indicado en el reglamento de provisión de la redes de los servicios públicos de salud.

La cartera básica entregada a través de las UNAP prioriza los siguientes servicios: promoción de la salud, atención a la morbilidad, al niño, al adolescente, a la mujer, al adulto y al adulto mayor, vigilancia de la salud, farmacia, emergencias y desastres. Para cumplir con este propósito, desde la SESPAS se han elaborado aproximadamente nueve guías y 20 rotafolios que facilitan estos fines.

### **1.5.3- Financiamiento**

El financiamiento para la entrega de la cartera de servicios que ofrecen las UNAP se realiza por dos fuentes:

- ✚ Por el presupuesto público de la SESPAS, SENASA y el presupuesto público central. Estos fondos están asignados para las inversiones de infraestructura y equipamiento, la contratación del personal, el mantenimiento y la dotación de los suministros necesarios.
- ✚ Fondos públicos o privados, nacionales o internacionales, que se destinen a las UNAP, ya sean reembolsables o no, siempre que se asignen según la cantidad de personas establecida.

### **1.5.4- SRS y distribución de las UNAP**

Cuando el MSP trabajó el proceso de zonificación y sectorización del país, asignó una población de 500 a 700 familias (aproximadamente 2,500 personas) por cada territorio.

El objetivo es lograr que, en la medida de lo posible, el sistema mejore su capacidad resolutive, es decir, la capacidad que tienen esos equipos de salud de atender problemas cada vez más complejos, sin tener que acudir a la asistencia hospitalaria.

República Dominicana cuenta con nueve SRS. A la fecha, según los datos proporcionados por el MSP, existen 1,658 UNAP a nivel nacional. De estas, 786 están instaladas en zonas rurales y las restantes 872 en zonas urbanas. La tabla No. 1 y el mapa a continuación sintetizan estos datos:

| <b>Tabla No. 1</b>                                     |                               |   |                      |                      |                   |
|--|-------------------------------|---|----------------------|----------------------|-------------------|
| <b>SRS y cantidad de UNAP a escala nacional, 2011.</b> |                               |   |                      |                      |                   |
| <b>SRS</b>   | <b>Cantidad de provincias</b> | <b>Provincias</b>   | <b>UNAP</b>          |                      | <b>Total UNAP</b> |
|  |                               |   | <b>Zonas urbanas</b> | <b>Zonas rurales</b> |                   |
| <b>o</b>   | 6                             | Santo Domingo Este, Santo Domingo Norte, Santo Domingo Oeste, Distrito Nacional Este, Distrito Nacional Oeste y Monte Plata | 262                  | 75                   | 337               |
| <b>I</b>   | 3                             | San Cristóbal, Peravia y San José de Ocoa   | 51                   | 91                   | 142               |
| <b>II</b>  | 3                             | Santiago, Puerto Plata y Espaillat  | 157                  | 118                  | 275               |
| <b>III</b>   | 4                             | Duarte, Hermanas Mirabal, María Trinidad Sánchez y Samaná   | 86                   | 90                   | 176               |
| <b>IV</b>  | 4                             | Barahona, Pedernales, Independencia y Baoruco   | 60                   | 74                   | 134               |
| <b>V</b>   | 5                             | San Pedro, La Altagracia, La Romana, El Seibo y Hato Mayor  | 125                  | 81                   | 206               |
| <b>VI</b>  | 3                             | San Juan, Azua y Elías Piña   | 27                   | 92                   | 119               |
| <b>VII</b>   | 4                             | Valverde, Santiago Rodríguez, Montecristi y Dajabón   | 63                   | 63                   | 126               |
| <b>VIII</b>  | 3                             | La Vega, Monseñor Nouel y Sánchez Ramírez   | 41                   | 102                  | 143               |

**Fuente: Elaboración propia, con datos del MSP.**

El país enfrenta el reto de enfocar la estrategia de APS hacia las grandes zonas urbanas, donde se concentra la mayor parte de la población. Esto implica un gran esfuerzo de construcción y desarrollo de infraestructuras para poder desplazar los equipos de salud hacia el interior de esas poblaciones extremadamente pobres.

Con miras a lograr este propósito el Distrito Nacional y la provincia Santo Domingo también cuentan con este nuevo modelo de salud, con el que se pretende descongestionar los grandes centros, como las maternidades La Altagracia y San Lorenzo de Los Mina y los hospitales Francisco Moscoso Puello, Robert Reid Cabral, Luis Eduardo Aybar y Darío Contreras.

Asimismo, las alcaldías del Distrito Nacional y la provincia Santo Domingo, en una alianza estratégica con el MSP, han ubicado terrenos, en los que el MSP ha levantado paulatinamente los centros de atención primaria. La

inversión total alcanzará los RD\$1,754 millones durante los años previstos para el desarrollo del programa<sup>4</sup>.



## 1.6- Foro Nacional de APS República Dominicana 2008

En República Dominicana del 6 al 7 de agosto de 2008 se desarrolló el Foro de Atención Primaria en Salud, organizado de manera conjunta entre la OPS, la SESPAS y la CERSS. La finalidad fue analizar y discutir con las autoridades nacionales, provinciales y municipales las características e integración de la atención primaria en el SNS y en las políticas públicas.

En este espacio se enunciaron los desafíos y pasos a seguir para implementar de manera efectiva la APS como una estrategia que fortaleciera la capacidad de la sociedad para reducir las inequidades en salud y como condición esencial para cumplir los Objetivos de Desarrollo del Milenio.

### 1.6.1- Desafíos identificados

- ✚ Fortalecer la capacidad rectora e institucional de la autoridad sanitaria a nivel nacional y local.
- ✚ Explotar y definir la experiencia nacional, construida sobre la base de las realidades nacionales.

<sup>4</sup> Centro de Información Gubernamental (CIG)/Centros de Atención Primaria, iniciativa de gran impacto para satisfacer demanda sanitaria y fortalecer calidad de la salud dominicana/26 de julio de 2011.

- ✚ Promover la APS como idea fuerza y puente que une la línea divisoria entre lo individual y lo colectivo.
- ✚ Fortalecer la unificación de criterios y la operatividad del proceso.
- ✚ Generar un compromiso con la población, independientemente del régimen de aseguramiento y de las instituciones públicas y privadas.
- ✚ Además, trabajar en aspectos como recursos humanos, gestión, redes y servicios, financiamiento y calidad.

### **Recuadro No. 1** **Polémica en torno a la aplicación del Modelo de APS en República Dominicana**

**Un análisis de 800 informaciones publicadas por los principales medios de comunicación escrita, desde 2007 a la fecha, arroja varios argumentos de oposición importantes en contra de las UNAP.**

**Varios sectores entendían que los auspiciadores de este nuevo modelo olvidan que el proyecto original diseñado en Alma-Ata devino en un verdadero fracaso, por la ausencia de voluntad política para su ejecución por parte de la mayoría de los gobiernos.**

**Entendían que el modelo no funcionaría en el plano local porque los centros de atención primaria están llamados a desarrollar la promoción de la salud. Quienes defendían este planteamiento aseguraban que nuestra sociedad está educada para asistir al médico solo cuando se presenta la enfermedad y muchos desconocen la trascendencia de los chequeos sanitarios preventivos. Además, alegaban la falta de una campaña para explicar a la población la trascendencia de los chequeos rutinarios de salud.**

**Otra postura predominante fue la asumida principalmente por la ANDECLIP y el CMD de que con esta medida el CNSS volvía a amenazar la existencia de esos centros de salud. Manifestaron que con la disposición los pacientes asegurados tendrían que despedirse del médico que le había atendido por años, porque desde las UNAP serían referidos al especialista correspondiente. Además, a estos argumentos añadieron que con la implementación de dichos centros las clínicas perderían en un 70% los servicios que allí se realizan y también muchos profesionales se quedarían sin empleo.**

**El otro lado del debate lo conformaron las entidades oficiales encabezadas por el MSP quienes en todo el proceso se han mantenido firmes en reafirmar que el Primer Nivel de Atención seguiría siendo una prioridad para el sistema sanitario de la República Dominicana.**

**Análisis de Prensa Escrita.**

#### **1.6.2- Pasos a seguir**

- ✚ Fortalecer el equipo técnico organizador del Foro que integrara a todos los actores del SNS, evaluara el desarrollo y elaborara un plan de acción de corto y mediano plazo.
- ✚ Trabajar de manera coordinada la implementación de la APS con la conformación de mesas de trabajo por región, donde se incluyera la

SESPAS, las direcciones provinciales y los SRS con sus respectivas redes.

- ✚ Entregar los resultados del Foro a todos sus participantes y demás actores del sistema que asumieron la tarea de renovar la APS.

El director del Departamento de Atención Primaria del MSP, Alexander Suazo, plantea que a pesar de que muchos de estos desafíos han sido superados, el CNSS todavía tiene el reto de establecer el mecanismo idóneo para que la estrategia de APS se aplique en el Régimen Contributivo y se promuevan acciones intersectoriales que permitan que el gobierno trabaje en coordinación con los demás sectores de la sociedad.

## **PARTE II**

### **RECOMENDACIONES DE ORGANISMOS INTERNACIONALES**

#### **2.1- Posición de organismos internacionales**

La OPS y la OMS en el documento titulado Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas plantean su posición en torno a la aplicación de la estrategia basada en la APS.

Los organismos sostienen que dicha estrategia debe ser parte integral del desarrollo de los sistemas de salud. De igual manera, promueven la renovación de la APS con el fin de revitalizar la capacidad de todos los países de organizar una estrategia coordinada, efectiva y sostenible que permita resolver los problemas de salud existentes, afrontar los nuevos desafíos y mejorar la equidad.

A pesar de que reconocen que los valores medios de los indicadores de salud han mejorado en casi todos los países, todavía persisten desafíos considerables, ya que la Región ha experimentado transformaciones que incluyen aspectos como el envejecimiento, cambios en la actividad física, urbanización y deterioro de las estructuras sociales que, directa o indirectamente, han condicionado una serie de problemas de salud.

En lo adelante se presenta la respuesta de estos organismos a interrogantes cruciales que suscita la estrategia:

**¿Qué requieren los países para construir un sistema de salud basado en la APS?**

Requieren de un sólido marco legal, institucional y organizativo. Además, recursos humanos, económicos y tecnológicos adecuados y prácticas óptimas de organización y gestión en todos los niveles del sistema. Para estos fines, deben desarrollar mecanismos activos con el fin de maximizar la participación individual y colectiva en materia de salud.

**¿Cuáles son los beneficios que genera un sistema de salud basado en la APS?**

En igualdad de condiciones, los países con sistemas de salud con una sólida orientación a la APS suelen obtener resultados mejores y más equitativos, son más eficientes, tienen costos de atención más bajos y logran mayor satisfacción del usuario que aquellos sistemas de salud con escasa orientación hacia la APS.

**¿Cuál es el camino que deben seguir los países?**

- ✚ Completar la implementación de la APS donde el proceso haya fallado, garantizando el derecho de todos los ciudadanos a la salud, promoviendo activamente la equidad y la mejora de los indicadores y calidad de vida.

- ✚ Fortalecer la APS para afrontar los nuevos desafíos a través de la mejora de la satisfacción de los ciudadanos y de las comunidades.
- ✚ Incorporar la APS en una agenda más amplia de equidad y desarrollo humano, mediante la articulación de la renovación para fortalecer los sistemas de salud con mejoras sostenibles de participación comunitaria, colaboración intersectorial e inversión en el desarrollo de recursos humanos.

## **PARTE III**

### **EXPERIENCIAS LATINOAMERICANAS**

En América Latina y El Caribe, uno de los grandes ejemplos que se tiene en materia de atención primaria es el caso de Costa Rica, el cual ha mostrado que la reforma integral de la APS puede mejorar los resultados de la población. Por cada cinco años transcurridos tras la reforma de la APS en este país, la mortalidad infantil se redujo 13% y la de los adultos 4%, independientemente de las mejoras en otros determinantes de la salud.

La OMS en su informe *Salud en el Mundo* de 2008 pone como ejemplo países donde el modelo de APS se ha implementado. Entre estos menciona: Cuba, Bangladesh, Fiji, Francia, Madagascar, Nueva Zelandia, Brasil, Omán, Portugal y Tailandia. El siguiente recuadro presenta el caso de Cuba, país que actualmente sigue promocionando la APS.

#### **Recuadro No.2**

##### **El caso de Cuba**

**Las policlínicas comunitarias son el pilar fundamental del sistema de atención primaria de salud de Cuba, que desde muchos puntos de vista es uno de los más eficaces del mundo y responsable, en gran medida, de los extraordinarios indicadores sanitarios del país, cercanos o comparables a los de algunos países desarrollados. Cada policlínica proporciona servicios de salud a una zona geográfica específica y atiende aproximadamente a entre 25,000 y 30,000 personas.**

#### ***El enfoque de la policlínica***

**A lo largo de los años setenta se crearon policlínicas en todo el país, unos años antes de la histórica Declaración de Alma-Ata de la Organización Mundial de la Salud, en la que se pedía "salud para todos" mediante un acceso equitativo y universal a servicios de salud, es decir, un enfoque de la APS.**

**En los años noventa, el programa contaba con médicos y enfermeras de familia en todo el país y llegó a atender así a las necesidades de más del 95% de la población. En 2008 se vuelven a introducir nuevos cambios en la atención primaria en Cuba para añadir servicios que antes sólo se ofrecían en los hospitales, como rehabilitación, radiología, ecografías, endoscopía, planificación familiar, urgencias odontológicas y atención a los diabéticos y a las personas de edad avanzada.**

**Un punto importante a tomar en cuenta es que el país ha tratado, en la medida de lo posible, de responder a las necesidades específicas. Los servicios actuales responden a la situación sanitaria concreta de la comunidad atendida, que es uno de los principios fundamentales de la APS. Desde 2007 se espera de las policlínicas que desempeñen una función destacada de creación de capacidad y control de la calidad entre las instituciones relacionadas con la salud en sus comunidades.**

**Nota: Ésta es una versión abreviada de un artículo denominado Atención Primaria de Salud en la práctica, localizado en la página web de la OMS.**

Además del ejemplo de Cuba, en América Latina se cuenta con la experiencia de Brasil donde a través de la aplicación de la estrategia de APS los servicios sanitarios han llegado a casi toda la población.

### **Recuadro No.3 La experiencia de Brasil**

A lo largo de los últimos decenios, Brasil ha trabajado con ahínco para llevar a la práctica la Declaración de Alma-Ata y su objetivo de lograr la salud para todos mediante un enfoque de la APS. La visión de Brasil de un sistema que proporcione "salud para todos" surgió hacia el final de la dictadura militar que comenzó en 1964 y durante los años de oposición política, que propuso en gran medida el acceso a la atención de salud.

Esta lucha culminó en la Constitución de 1988, en la que se consagró la salud como un derecho de los ciudadanos y en la que se exige al Estado que proporcione a los habitantes del país un acceso universal y equitativo a los servicios de salud, independientemente de su capacidad de pago.

Aunque las largas colas en los departamentos de urgencias del hospital, las camas que se acumulan en los pasillos, los equipos obsoletos y con fallas, y la escasez de médicos y medicamentos en las zonas rurales siguen siendo quejas comunes, en otro nivel, el sistema de atención de salud nacional del Brasil ha cosechado un notable éxito.

Alrededor del 70% de la población de Brasil recibe atención de salud del sistema público y el resto opta por la atención privada. El pilar fundamental de este sistema público es el Programa de Salud de la Familia, que se estableció en 1994 y que proporciona una amplia gama de servicios de atención de salud de calidad a las familias en sus hogares, en clínicas y en hospitales.

Para 2008, alrededor de 27,000 equipos de salud de la familia se hallaban activos en los 5,560 municipios de Brasil y cada uno de ellos atendía a aproximadamente 2,000 familias ó 10,000 personas. Los equipos eran integrados por médicos, enfermeros, dentistas y otros agentes de salud.

#### ***Retos por superar***

El sistema de salud de Brasil viene enfrentado a nuevas presiones en un entorno cambiante de atención de salud. Cada vez más, ha de afrontar riesgos no transmisibles que a menudo guardan relación con sociedades más opulentas, como el cáncer y los accidentes.

**Nota:** Esta es una versión abreviada de un artículo denominado Atención Primaria de Salud en la práctica, localizado en la página web de la OMS.

### **3.1- Papel de los gobiernos y las políticas públicas en la aplicación de sistemas de salud basados en APS**

La OMS plantea que las políticas públicas en el sector de la salud, junto con las de otros sectores, tienen un enorme potencial en lo que refiere a garantizar la salud de las comunidades. Representan un complemento importante de las reformas de la cobertura universal y de la prestación de servicios.

Lamentablemente, el organismo también sostiene que en la mayoría de las sociedades dicho potencial está en gran medida desaprovechado y es muy común que no se llegue a implicar eficazmente a otros sectores.

La responsabilidad de configurar los sistemas nacionales de salud incumbe a los gobiernos. La OMS aclara que por configurar no debe entenderse que éstos deberían reformar todo el sector sanitario por sí solos. Muchos otros grupos tienen un papel que desempeñar:

- ✚ Políticos nacionales
- ✚ Gobiernos locales
- ✚ Profesionales sanitarios
- ✚ Comunidad científica
- ✚ Organizaciones de la sociedad civil
- ✚ Comunidad sanitaria mundial
- ✚ Fabricantes de equipos médicos
- ✚ Industria farmacéutica

Las autoridades sanitarias y los ministerios de salud, que desempeñan un papel primordial, han de aunar el poder de decisión de las autoridades políticas, la racionalidad de la comunidad científica, el compromiso de los profesionales, y los valores y recursos de la sociedad civil.

*En definitiva, la gobernanza sanitaria es considerada uno de los principales instrumentos de política pública para la protección y redistribución institucionalizadas.*

## REFERENCIAS

### Organización Panamericana de la Salud (OPS) y Organización Mundial de la Salud (OMS)

- ✚ La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas No. 1/Sistemas de Salud basados en la Atención Primaria de Salud/Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS/2008.
- ✚ La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas No. 2/La Formación en Medicina Orientada hacia la Atención Primaria de Salud/2008.
- ✚ La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas No. 3/La Acreditación de Programas de Formación en Medicina y la Orientación hacia la APS/2010.
- ✚ La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas No. 4/Redes Integradas de Servicios de Salud/Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas/2010.
- ✚ La Renovación de la Atención Primaria de Salud en Las Américas/Documento de Posición de la OMS y OPS/2007.
- ✚ Informe sobre la Salud en el Mundo/La Atención Primaria de Salud más necesaria que nunca/OMS/2008.

### Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS)

- ✚ Manual de Funcionamiento de las Unidades de Atención Primaria No.4/Comisión Ejecutiva para la Reforma del Sector Salud/2008.
- ✚ Manual de Organización de las Unidades de Atención Primaria No.3/Comisión Ejecutiva para la Reforma del Sector Salud/2008.
- ✚ Manual de Sectorización-Zonificación de las Unidades de Atención Primaria/Comisión Ejecutiva para la Reforma del Sector Salud/2008.
- ✚ Manual del Promotor y Promotora de Salud de las Unidades de Atención Primaria/Comisión Ejecutiva para la Reforma del Sector Salud/2009.
- ✚ Manual Informativo e Instructivo para el Llenado de la Ficha Familiar de las Unidades de Atención Primaria/Comisión Ejecutiva para la Reforma del Sector Salud/2010.
- ✚ Foro Nacional de Atención Primaria en Salud/Informe República Dominicana/SESPAS-OPS-CERSS/del 6 al 7 de agosto 2008.

## Declaraciones

- ✚ Alma-Ata, Kazajistán/Conferencia Internacional de Atención Primaria de Salud/del 6 al 12 de septiembre de 1978.
- ✚ Montevideo, Uruguay/Declaración Regional Sobre las Nuevas Orientaciones de la Atención Primaria de Salud/del 26 al 30 de septiembre 2005.
- ✚ Buenos Aires, Argentina/De Alma-Ata a la Declaración del Milenio/Conferencia Internacional sobre Salud para el Desarrollo "Derechos, Hechos y Realidades"/del 13 al 17 de agosto 2007.

## Entrevistas

- ✚ Director del Departamento de Atención Primaria del Ministerio de Salud Pública (MSP), Alexander Suazo.