

Original en Inglés

BORRADOR PARA DISCUSIÓN 12/JUL/05

# Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas

Documento Oficial  
Organización Panamericana de la Salud/OMS



**Organización  
Panamericana  
de la Salud**



*Oficina Regional de la*  
**Organización Mundial de la Salud**

Julio 2005

## Tabla de Contenido

Resumen Ejecutivo .....	i
I. ¿Por qué debemos renovar la Atención Primaria de Salud?.....	1
Figura 1: Marco Teórico para Comprender los Determinantes Sociales de la Salud .....	2
Tabla 1: Enfoques de Atención Primaria de Salud .....	4
II. Construyamos Sistemas de Salud Basados en la Atención Primaria de Salud .....	6
A. Valores .....	7
Figura 2: Valores Esenciales, Principios y Elementos de un Sistema de Salud Basados en APS .....	8
B. Principios.....	9
C. Elementos .....	11
Cuadro 1: Renovación de la APS: Implicaciones para los Servicios de Salud .....	12
Figura 3: Sistemas de Salud Basados en APS y Desarrollo Humano .....	15
D. ¿Cuáles son los Beneficios de un Sistema de Salud Basado en APS?.....	16
III. Camino a Seguir .....	17
A. Lecciones aprendidas .....	17
Cuadro 2: Desafíos en el Tema de Recursos Humanos en las Américas .....	19
B. Construcción de Alianzas para el Cambio.....	19
C. Plan de Acción Propuesto.....	22
Agradecimientos .....	
Apéndice A: Método .....	24
Cuadro 3: Consultas Nacionales sobre la Renovación de la APS.....	25
Apéndice B: Glosario de Términos y Definiciones de Trabajo .....	26
Apéndice C: Algunos Hitos de la APS en las Américas, 1900-2000 .....	31
Apéndice D: Facilitadores y Barreras para la Implementación Efectiva de la APS en las Américas.....	33
Referencias .....	1

## Resumen Ejecutivo

Desde hace más de un cuarto de siglo la Atención Primaria de Salud (APS) es reconocida como uno de los componentes claves de un Sistema de Salud efectivo. Las experiencias de los países desarrollados y en desarrollo demuestran por igual que la APS puede ser interpretada y adaptada hasta ajustarse a una amplia variedad de contextos políticos, sociales, culturales y económicos. Por eso, es oportuno hacer una revisión completa del concepto de APS -tanto en la teoría como en la práctica- y dar una mirada crítica acerca de cómo puede ser “renovado” este, para reflejar mejor las necesidades comunes de salud y desarrollo de la población alrededor del mundo. Además, este texto busca cumplir el mandato de los Estados de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), definido por resolución en el año 2003, sobre la posición que la OPS debe adoptar en relación con la prometida renovación de la APS. A razón de lo anterior, el objetivo de este documento es generar ideas y recomendaciones que hagan posible tal renovación y ayuden a fortalecer y robustecer la APS como una categoría conceptual que pueda liderar el desarrollo de los Sistemas de Salud más allá del cuarto de siglo venidero.

Las razones para que la APS adopte un enfoque renovado son las siguientes: la aparición de nuevos desafíos epidemiológicos que la APS debe asumir; la necesidad de corregir las debilidades e inconsistencias presentes en algunos de los enfoques ampliamente divergentes de la APS; el desarrollo de nuevos conocimientos e instrumentos sobre mejores prácticas que pueden ser asimilados por la APS para ser más efectiva; el reconocimiento creciente de que la APS es una herramienta que fortalece la capacidad de la sociedad para reducir las inequidades en salud; y un consenso en aumento sobre el valor de la APS como un instrumento poderoso para enfrentar los determinantes sociales de la inequidad en salud. Un enfoque renovado de la APS es, además, una condición esencial para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM): afrontar los determinantes sociales de la salud y de la inequidad y reconocer la salud como un derecho humano.

Este documento ha sido construido teniendo en cuenta el examen de los conceptos y componentes de la APS, las evidencias sobre su impacto, el legado de Alma Ata y del Movimiento de la Atención Primaria de Salud; condensa las lecciones hasta ahora aprendidas de las experiencias de la APS y de las reformas de los sistemas de salud, y propone un conjunto de valores, principios y elementos esenciales para construir sistemas de salud fundamentados en la APS. A su vez, postula que tales sistemas son indispensables en la región de las Américas para avanzar en la finalización de la “agenda inconclusa de salud,” para consolidar y mantener los progresos ya alcanzados y para encaminarnos hacia los nuevos desafíos y compromisos del siglo XXI en materia de salud y desarrollo.

El objetivo último de la renovación de la APS es obtener resultados sostenibles de salud para todos y todas. Esta propuesta está llamada a ser visionaria; la materialización de sus recomendaciones y del potencial de la APS solamente podrá ser limitado por nuestro grado de compromiso e imaginación.

### **Mensajes principales:**

- A través del proceso de consulta, tomado como base para la construcción de este documento, se encontró que aún hoy la APS representa una fuente de inspiración y esperanza no sólo para el personal de los servicios de salud sino para la comunidad en general.
- Debido a los nuevos desafíos, conocimientos y contextos es necesario renovar y reavivar la APS en la región, de tal modo que al fortalecer su enfoque se pueda hacer realidad su potencial para enfrentar los desafíos de hoy de la salud y los del próximo cuarto de siglo.
- La renovación de la APS requiere reconocerse como un enfoque útil para promover un desarrollo humano y de la salud más equitativo.
- La renovación de la APS demanda poner más atención a las necesidades estructurales y operativas de los sistemas de salud tales como acceso, imparcialidad financiera, suficiencia y sostenibilidad de los recursos, compromiso político y desarrollo de los sistemas que garanticen alta calidad de la atención.
- Las experiencias exitosas de la APS demuestran que son necesarios los enfoques sistémicos amplios para que la renovación de la APS pueda defender su contenido, con argumentos de mayor contundencia, basados en la evidencia y orientados a lograr atención universal, integrada e integral.
- El mecanismo propuesto para la renovación de la APS es la transformación de los sistemas de salud, de modo que puedan hacer de la APS su fundamento.
  - Un sistema de salud fundado en la APS es aquel que está organizado y gestionado alrededor de un conjunto de valores esenciales, de principios y de elementos. Es uno en el que el carácter abarcador del enfoque sirve para mejorar la salud y la equidad, en el que el derecho a la salud se convierte en el principio orientador del Sistema de Salud, y en el que las estructuras y funciones de los Sistemas de Salud se construyen para alcanzar la equidad en la salud y la solidaridad social.
  - La evidencia internacional sugiere que los sistemas de salud organizados con base en una fuerte orientación de la APS alcanzan mejores y más equitativos resultados de salud, son más eficientes, tienen costos más bajos de atención y logran una satisfacción más alta del usuario comparada con la de aquellos sistemas que tienen una débil orientación de la APS.
  - La reorientación de los Sistemas de Salud con un enfoque de la APS demanda reajustar los servicios de salud hacia la promoción y la prevención –ajuste que debe ser conseguido por medio de la asignación de funciones apropiadas a cada nivel de gobierno; de la integración de los servicios de salud pública y de atención personal; del desarrollo de una orientación hacia las familias y las comunidades; y de la creación de un marco institucional que incentive la mejoría de la calidad de los servicios.
  - La realización plena del potencial de la APS requiere, adicionalmente, de una concentración especial en el papel de los recursos humanos, en el desarrollo de estrategias para gestionar el cambio y en la alineación de la cooperación internacional con el enfoque de la APS.
- El paso siguiente para renovar la APS es constituir una coalición internacional entre las partes interesadas. Las tareas de esta coalición deben encaminarse a afirmar la renovación de la APS como una actividad prioritaria; a enriquecer el concepto de Sistemas de Salud orientados por la APS, de tal forma que éste sea visto como una opción políticamente factible y atractiva; y a encontrar formas para capitalizar la actual ventana de oportunidad ofrecida por la reciente celebración del 25 aniversario de la

Declaración de Alma Ata, la concomitante atención internacional que se ha puesto en la consecución de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y en la necesidad de fortalecer los Sistemas de Salud.

BORRADOR

## I. ¿Por qué debemos renovar la Atención Primaria de Salud?

La Organización Mundial de la Salud ha venido promoviendo la Atención Primaria de Salud (APS) desde los años previos a 1978, cuando decidió adoptar este enfoque como fundamento para el logro de la meta de “salud para todos”. Desde entonces ha habido cambios dramáticos tanto en el contexto mundial como en la APS. Por eso lo que se propone con la renovación de la APS es revitalizar la capacidad de todos los países para organizar una estrategia coordinada, efectiva y sostenible que permita resolver los problemas de salud existentes hoy y que se prepare para afrontar los nuevos desafíos de la salud y para mejorar la equidad. La meta de un esfuerzo de tal naturaleza es alcanzar resultados sostenibles para la salud de todos y todas.

Las razones para que la APS adopte un enfoque renovado son las siguientes: la aparición de nuevos desafíos epidemiológicos que la APS debe estar en capacidad de enfrentar; la necesidad de corregir las debilidades e inconsistencias de muchos de los actuales y ampliamente divergentes enfoques de APS; el desarrollo de nuevos conocimientos e instrumentos sobre mejores prácticas que la APS debe capitalizar para ser más efectiva; el reconocimiento, cada vez mayor, de que la APS es una herramienta que ayuda a fortalecer las capacidades de la sociedad para reducir las inequidades en salud; y un consenso en aumento de que la APS es un enfoque poderoso para tratar con los determinantes sociales de la salud y la desigualdad.

Por lo anterior, debemos asumir el enfoque renovado de APS como una condición esencial para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio porque, como lo ha definido la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud, nos permite gobernar los principales factores que influyen en la salud y reglamentar la salud como un derecho humano, como lo vienen planteando grupos de la sociedad civil tales como el Movimiento por la Salud del Pueblo. Para renovar la APS debemos construir sobre los cimientos del legado de Alma Ata y del movimiento de atención primaria de salud, sacar plena ventaja de las lecciones aprendidas y de las buenas prácticas que han resultado de más de un cuarto de siglo de experiencias, y reinterpretar y modernizar el enfoque y la práctica de la atención primaria de salud para enfrentar los desafíos del Siglo XXI.

En los 25 años anteriores la región de las Américas alcanzó grandes progresos, sin embargo, las brechas de inequidades en salud, cada vez más amplias, y los persistentemente sobrecargados Sistemas de Salud amenazan los logros obtenidos y ponen en peligro las posibilidades de progreso futuro hacia una mejor salud y desarrollo humano.

Se debe reconocer que en la región de las Américas se ha alcanzado un destacado progreso en salud y desarrollo humano. En casi todos los países de la región han mejorado los valores promedio de los indicadores de salud: la mortalidad infantil se ha reducido en casi un tercio; la mortalidad por todas las causas ha disminuido en un 25 por ciento en términos absolutos; la esperanza de vida ha aumentado en promedio en seis años; las muertes por enfermedades contagiosas y del sistema circulatorio han caído en 25 por ciento; y las muertes por condiciones perinatales han decrecido en un 35 por ciento.<sup>2</sup> Sin embargo, todavía tenemos desafíos considerables y problemas significativos de salud con enfermedades infecciosas como la tuberculosis; el VIH/SIDA es una amenaza continua para casi todos los países de la región, y las enfermedades no contagiosas están en desarrollo.<sup>3</sup> Además, la región ha venido experimentando cambios económicos y sociales generalizados que tienen significativos impactos en la salud. Estas transformaciones se refieren a aspectos como el envejecimiento de las poblaciones, cambios en los estilos de vida relacionados con las dietas y con la actividad física, la difusión de información, la urbanización creciente y el deterioro de las estructuras y apoyos sociales que

han contribuido (en forma directa o indirecta) a un conjunto de problemas de salud como la obesidad, la hipertensión y las enfermedades cardiovasculares; a su vez, han aumentado las lesiones y la violencia y los problemas relacionados con el uso del alcohol, del tabaco y de las drogas.<sup>2,4</sup>

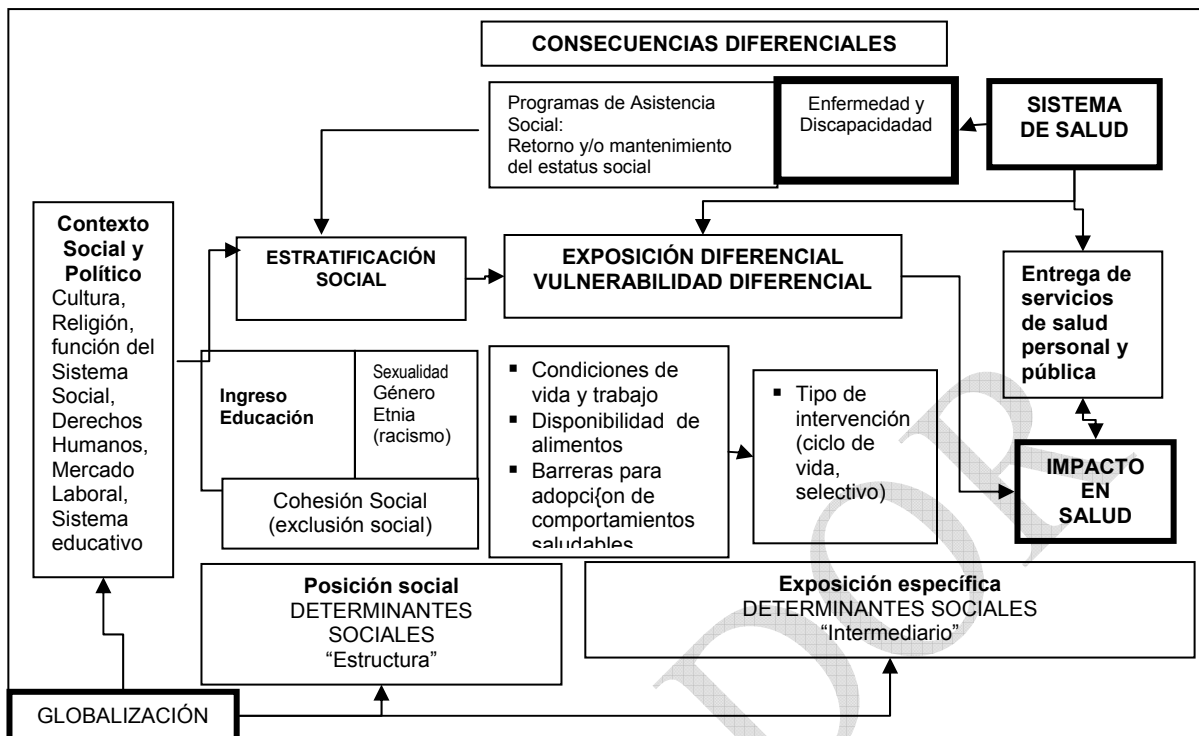
Es desafortunado que estas mejoras y desafíos coexistan en el contexto de un empeoramiento global de las inequidades en salud. Sin embargo, al mismo tiempo, esto demanda esfuerzos importantes en la renovación de la APS. Por ejemplo, el 60 por ciento de la mortalidad materna se produce en el 30 por ciento de la población más pobre de los países, y la brecha en la esperanza de vida entre los más ricos y los más pobres ha llegado a casi veinte años en algunos de ellos. La distribución de las amenazas re-emergentes a la salud y de sus factores de riesgo ha exacerbado más las inequidades en salud al interior de los países y entre ellos.

Pero la ampliación de las inequidades no es sólo el resultado de las fallas de los sistemas de salud: ello también se debe a la incapacidad de las sociedades para superar las causas subyacentes de la mala salud y de su injusta distribución. Muchos países de las Américas sufrieron guerras, revueltas políticas y gobiernos totalitarios durante la década de los años 70 y 80 del siglo pasado. Desde entonces, el tránsito hacia la democracia ha traído nuevas esperanzas, pero para muchos países los beneficios económicos y sociales de esa transición no se han hecho realidad todavía. Las prácticas de ajuste económico, las presiones de la globalización y el impacto de algunas políticas económicas neoliberales, junto con otros factores que se dieron durante la pasada década, son aspectos que han contribuido a las disparidades de la salud y del estatus social y de poder al interior y entre los países de las Américas, todo lo cual ha hecho que se refuercen los impactos negativos sobre la salud.<sup>5-7</sup>

Un nuevo examen de los determinantes fundamentales de la salud y del desarrollo humano ha llevado cada vez más al convencimiento de que la salud debe ocupar un lugar central en la agenda para el desarrollo. El apoyo creciente a la idea de que la salud debe ser parte de la agenda se refleja en la manera como se ha venido definiendo el desarrollo: si una vez se consideró sinónimo de crecimiento económico, ahora la visión predominante es multidimensional y está fundamentada en la idea de desarrollo humano.<sup>8</sup> El nuevo enfoque parte de reconocer la salud como una capacidad humana básica, un prerrequisito que le permite a los individuos realizar sus proyectos de vida, un elemento indispensable en la construcción de las sociedades democráticas, y un derecho humano fundamental.<sup>9,10</sup>

En la medida en que nuestra comprensión de la salud se ha ampliado, también lo ha hecho nuestra conciencia sobre lo insuficiente de lo que tradicionalmente hemos entendido por servicios de salud para responder a todas las necesidades de salud de la población.<sup>11</sup> Para muchas personas de la región “la salud es un fenómeno con implicaciones políticas, económicas y sociales y, sobre todo, un derecho humano fundamental. La desigualdad, la pobreza, la explotación, la violencia y la injusticia están entre las causas más importantes de la mala salud y de la muerte de la gente pobre y marginada”.<sup>12</sup> Una buena representación de las relaciones complejas que existen entre los determinantes sociales de la salud y su distribución puede observarse en la Figura 1. Ahora sabemos que cualquier enfoque para mejorar la salud debe estar articulado dentro de un contexto económico, social y político más amplio, y debe posibilitar el trabajo con múltiples actores y sectores.<sup>13</sup>

**Figura 1: Marco Teórico para Comprender los Determinantes Sociales de la Salud**



Fuente: <sup>14</sup>

En muchos de los países de las Américas se han realizado reformas de los Sistemas de Salud en los últimos treinta años. Entre las razones que propiciaron estas reformas se encuentran: la tendencia a la elevación de los costos de los servicios de salud, el desempeño ineficiente y de mala calidad de los mismos, las restricciones en los presupuestos públicos, el desarrollo de nuevas tecnologías y los cambios en relación con el papel interventor del estado.<sup>15</sup> A pesar de los enormes recursos que han sido invertidos en las reformas, el impacto de éstas en salud y equidad ha sido limitado, combinado e, incluso, negativo en algunos casos.<sup>16,17</sup>

Renovar la APS significa más que ajustarla simplemente a las realidades políticas de cada momento; reformar la atención primaria necesita de un examen crítico de su significado y de su propósito. Las investigaciones que se han llevado a cabo con profesionales de la salud en las Américas confirman la importancia del enfoque de la APS; ellas también demuestran que los desacuerdos y los prejuicios acerca de la APS abundan, aún dentro de la región.<sup>18</sup> En general, las percepciones sobre el papel de la APS en el desarrollo del sistema social y de salud abarcan cuatro categorías principales (ver Tabla 1). En Europa y otros países industrializados la APS ha sido primariamente identificada con el primer nivel de atención de los servicios de salud dispuestos para toda la población;<sup>19,20</sup> en este contexto comúnmente se le conoce como “atención primaria”. En el mundo en desarrollo la APS ha sido preponderantemente “selectiva,” concentrando sus esfuerzos en pocas intervenciones de alto impacto que han tomado como blanco a las causas más prevalentes de mortalidad infantil y algunas enfermedades infecciosas.<sup>21</sup> Sólo en muy pocos países se ha logrado implementar un enfoque más integral y nacional de la APS (ejemplo, Costa Rica o Cuba); algunos otros países (como Brasil) parecen estarse moviendo hacia los enfoques más integrales y se han venido dando también muchas otras experiencias de escala menor a través de la región.<sup>22-24</sup>



**Tabla 1: Enfoques de la Atención Primaria de Salud**

Enfoque	Definición o concepto de Atención Primaria de Salud	Énfasis
APS Selectiva	La APS se orienta solamente a un número limitado de servicios de alto impacto para enfrentar algunos de los desafíos de salud más prevalentes de los países en desarrollo. <sup>21</sup> Uno de los principales programas que incluyó este tipo de servicios fue conocido por su sigla en Inglés GOBI (control del crecimiento, técnicas de rehidratación oral, lactancia materna e inmunización) y también se conoció como GOBI-FFF cuando adicionó alimentos suplementarios, alfabetización de la mujer y planificación familiar.	Conjunto limitado de actividades de los servicios de salud para los pobres
Atención primaria	La mayoría de las veces se refiere a la puerta de entrada al Sistema de Salud y al sitio para la atención continua de salud de la mayoría de la población. <sup>25</sup> Esta es la concepción de APS más común en Europa y en otros países industrializados. Desde la definición más estrecha, este enfoque está directamente relacionado con la disponibilidad de médicos especializados en medicina general o familiar.	Un nivel de atención de un Sistema de Salud
Alma Ata "APS amplia"	La declaración de Alma Ata define a la APS como un primer nivel amplio e integrado, que incluye elementos como participación comunitaria, coordinación intersectorial, y descansa en una variedad de trabajadores de la salud y practicantes de las medicinas tradicionales. <sup>26</sup> Incluye los siguientes principios: respuesta a los más amplios determinantes de la salud; cobertura y accesibilidad universal según la necesidad; autocuidado y participación individual y comunitaria; acción intersectorial por la salud; tecnología apropiada y costo-efectividad en relación con los recursos disponibles. <sup>27</sup>	Una estrategia para organizar los sistemas de atención de salud y la sociedad para promover la salud.
Enfoque de salud y derechos humanos	Concibe la salud como un derecho humano y subraya la necesidad de responder a los determinantes sociales y políticos más amplios de la misma. <sup>12</sup> Difiere por su mayor énfasis en las implicaciones sociales y políticas de la Declaración de Alma Ata que en sus principios. Defiende que si se quiere que el contenido social y político de Alma Ata logre mejoras en la equidad en salud éste debe orientarse más hacia el desarrollo de políticas "inclusivas, dinámicas, transparentes y apoyadas por compromisos legislativos y financieros" que a estar detrás de aspectos específicos de la enfermedad. <sup>28</sup>	Una filosofía que atraviesa la salud y los sectores sociales

Fuente: categorías adoptadas de <sup>29,30</sup>

Varios observadores han dado explicaciones acerca del por qué difiere tan radicalmente la APS de un país a otro. En la región de las Américas, en particular, algunos argumentan que los diferentes puntos de vista sobre la APS no deben ser extraños debido a que ellos pueden explicarse por las peculiaridades del desarrollo histórico de la salud y de los servicios de salud y por el legado heterogéneo de los sistemas sociales y políticos.<sup>18,31</sup> Otros consideran que la explicación para la divergencia de los puntos de vista se encuentra en las descripciones ambiguas y algo vagas de la Declaración de Alma Ata.<sup>32</sup> Otros piensan, por el contrario, que el problema proviene de las muchas iniciativas efectivas que luego de Alma Ata y durante el proceso de globalización muchas agencias de salud internacionales, con visiones distintas y cambiantes, han desarrollado con la APS, y con las cuales pareciera haberse distorsionado el mensaje principal de Alma Ata.<sup>12</sup> Sin importar la causa última que lo explique, lo cierto es que desde Alma Ata el concepto de APS se hizo cada vez más abierto y confuso y no cumplió los requisitos que intentaron sus líderes.

Como el concepto de APS se identificó tan estrechamente con el objetivo de "Salud para Todos en el Año 2000", su significado y orientación se amplió tanto que llegó a incluir un extenso rango de resultados que estaban por fuera de la responsabilidad del sistema de Salud.<sup>33</sup> En la medida en que se acercó la llegada del milenio,

infortunadamente, se hizo cada vez más claro que la Salud para Todos no podría lograrse; para muchos, la falla en la obtención de esta meta se asoció con una falla de la APS en sí misma.

Paradójicamente, en la medida en que se expandió el significado de la APS hasta llegar a incluir múltiples sectores, su implementación se hizo más estrecha. Aunque originalmente se le consideró como una estrategia provisional, la APS selectiva se convirtió en la forma dominante de la atención primaria de salud en muchos países. El enfoque continuó a través de programas verticales para muchas sub-poblaciones o enfermedades específicas. De cierta forma, la presión hacia un desarrollo selectivo de la APS puede entenderse como una reacción a la idea de que la APS era algo muy abierto y vago, cuyos impactos y éxitos eran difíciles de cuantificar, y que producían pocos dividendos a los ojos del público y de los que formulaban las políticas. En contraste con esta idea, la APS selectiva permitía focalizar los limitados recursos en objetivos específicos de salud, aunque en algunos casos la escogencia del enfoque parecería obedecer más bien, por lo menos en parte, a estrategias para atraer fondos crecientes de donantes hacia los servicios de salud.<sup>34</sup>

Aunque fue exitosa en algunas áreas (como la inmunización), la APS selectiva fue criticada por ignorar el contexto más amplio del desarrollo económico y social. Sin querer decir que la APS debe ser capaz de enfrentar todos los determinantes de la salud, esta crítica reconocía la incapacidad, a menudo frecuente, de la APS selectiva para responder a los determinantes fundamentales de la mala salud.<sup>35</sup> También se ha argumentado que la APS selectiva, por enfocarse en poblaciones y en problemas de salud limitados, puede generar brechas entre programas que dejan a algunas familias e individuos pobremente atendidos. Además de lo anterior, preocupa que la orientación exclusiva en las mujeres y en los niños, por parte de la APS selectiva, ignore a otras poblaciones vulnerables como los adolescentes y los ancianos y a la presencia de amenazas crecientes como las enfermedades crónicas, la salud mental, las lesiones y las infecciones de transmisión sexual como el VIH/SIDA, entre otras.<sup>36</sup>

Adicionalmente, han salido a la luz preguntas sobre el carácter sostenible de las intervenciones y de su financiamiento, en la medida que al perderse el interés sobre las enfermedades y grupos de población particulares que se intervienen, también lo hace sobre el financiamiento de los programas. Asimismo, preocupa que el enfoque selectivo de la APS no tenga en cuenta el hecho de que muchos adultos (y en menor extensión, los niños) tienen la probabilidad de sufrir de más de un problema de salud al tiempo –una condición que es mucho más frecuente entre los ancianos-.<sup>37</sup> Por todas esas razones se debe llamar la atención, para que la renovación de la APS se base en un enfoque razonado y fundamentado en la evidencia para lograr atención universal, integrada e integral.

Por último, la renovación de la APS debe contribuir a los esfuerzos que se fomentan en el mundo en desarrollo para encontrar formas de fortalecer los Sistemas de Salud. Hacer una realidad sostenible el logro de objetivos de salud, (como los ODM y la iniciativa “3 por 5” de la OMS) ya sean globales, regionales y locales, requiere de enfoques horizontales e integrados sobre el desarrollo de los Sistemas de Salud.<sup>22,38</sup>

La OPS/OMS aprobó la Resolución CD44.R6, durante la reunión No. 44 de su Consejo Directivo en septiembre del año 2003, en ella invitó a los estados miembros a adoptar una serie de recomendaciones para fortalecer la APS. La resolución insta a la OPS/OMS a: tener en cuenta los principios de la APS en las actividades de los

programas de cooperación técnica, esencialmente los relacionados con los objetivos de la Declaración del Milenio; evaluar diferentes sistemas basados en la APS e identificar y diseminar sus buenas prácticas; concurrir en el entrenamiento de trabajadores de la salud para la APS; apoyar modelos de APS definidos localmente; celebrar el 25 Aniversario de Alma Ata; y organizar un proceso de trabajo con miras a definir las futuras orientaciones programáticas y estratégicas sobre la APS.

En respuesta a la resolución anterior, la OPS/OMS creó en mayo del año 2004, el “Grupo de Trabajo sobre APS” (GT) para que hiciera sugerencias sobre las futuras orientaciones estratégicas y programáticas en materia de APS (ver el Apéndice A). El GT organizó un proceso consultivo en la comunidad internacional a través de una serie de conferencias internacionales y mediante la puesta en circulación de un documento borrador que fijaba su posición, el cual fue enviado a todos los países miembros, 18 de ellos desarrollaron reuniones de ámbito nacional para discutir la propuesta de renovación de la APS. Este documento es el principal resultado de esos procesos de consulta.

## **II. Construyamos Sistemas de Salud basados en la Atención Primaria de Salud**

La posición planteada por la Organización Panamericana de la Salud invita a entender la renovación de la APS como parte integral del desarrollo de los Sistemas de Salud y a dejar claro que el camino más adecuado para producir mejoras equitativas y sostenibles de la salud de los pueblos de las Américas es fundamentar los Sistemas de Salud en la APS.

Fundamentar un sistema de salud en la APS es crear un enfoque abarcador para la organización de sistemas de salud diseñados para mejorar la salud de la población y maximizar la equidad. Tal enfoque hace que el derecho a la salud sea el valor orientador del sistema de salud, alinea las estructuras y funciones del sistema para lograr la equidad en salud y la solidaridad social, y es puesto en operación a través de un conjunto de principios y elementos centrales. A su vez, estos elementos se enlazan en el sistema de salud con otros sectores y actores para lograr mejoras en el desarrollo humano que sean equitativas y sostenibles. La APS puede actuar como el fundamento del sistema de salud mediante una serie de acciones como el establecimiento de políticas, programas y prioridades que permitan responder a las necesidades reales de salud de la población; a través de la lucha contra la exclusión social mediante la creación de vínculos sinérgicos dentro del sector salud y otros sectores; y a través de la disposición de un punto central, con claras líneas de autoridad, responsabilidad y rendición de cuentas, que sirva para la integración de las actividades económicas y sociales entre los sectores.

La esencia de la definición de renovación de la APS sigue siendo la misma que soporta la Declaración de Alma Ata. Sin embargo, la nueva definición se enfoca sobre el conjunto del Sistema de Salud; incluye a los sectores públicos, privados y sin ánimo de lucro y es aplicable para todos los países. Distingue entre valores, principios y elementos; subraya la equidad y los derechos humanos; e incorpora principios nuevos como los de respuesta a las necesidades de salud de la población, responsabilidad y rendición de cuentas, sostenibilidad, orientación hacia la calidad y justicia social. La APS no es un conjunto de servicios de salud definido de antemano, en la medida en que los servicios deben establecerse en respuesta a las necesidades de salud.

La APS tampoco puede ser definida por tipos específicos de personal de salud, puesto que la clase de personal se debe definir de acuerdo con los recursos disponibles y con las preferencias culturales. Por el contrario, ha sido deseable especificar un grupo de elementos estructurales y funcionales que pueden ser medidos y evaluados y que constituyen una aproximación cohesionada y lógica que permite cimentar firmemente los sistemas de salud en el enfoque de APS. El marco de referencia propuesto reconoce que la APS es más que servicios de salud en sentido estricto; su éxito depende de otras funciones del sistema de salud y de otros procesos sociales.

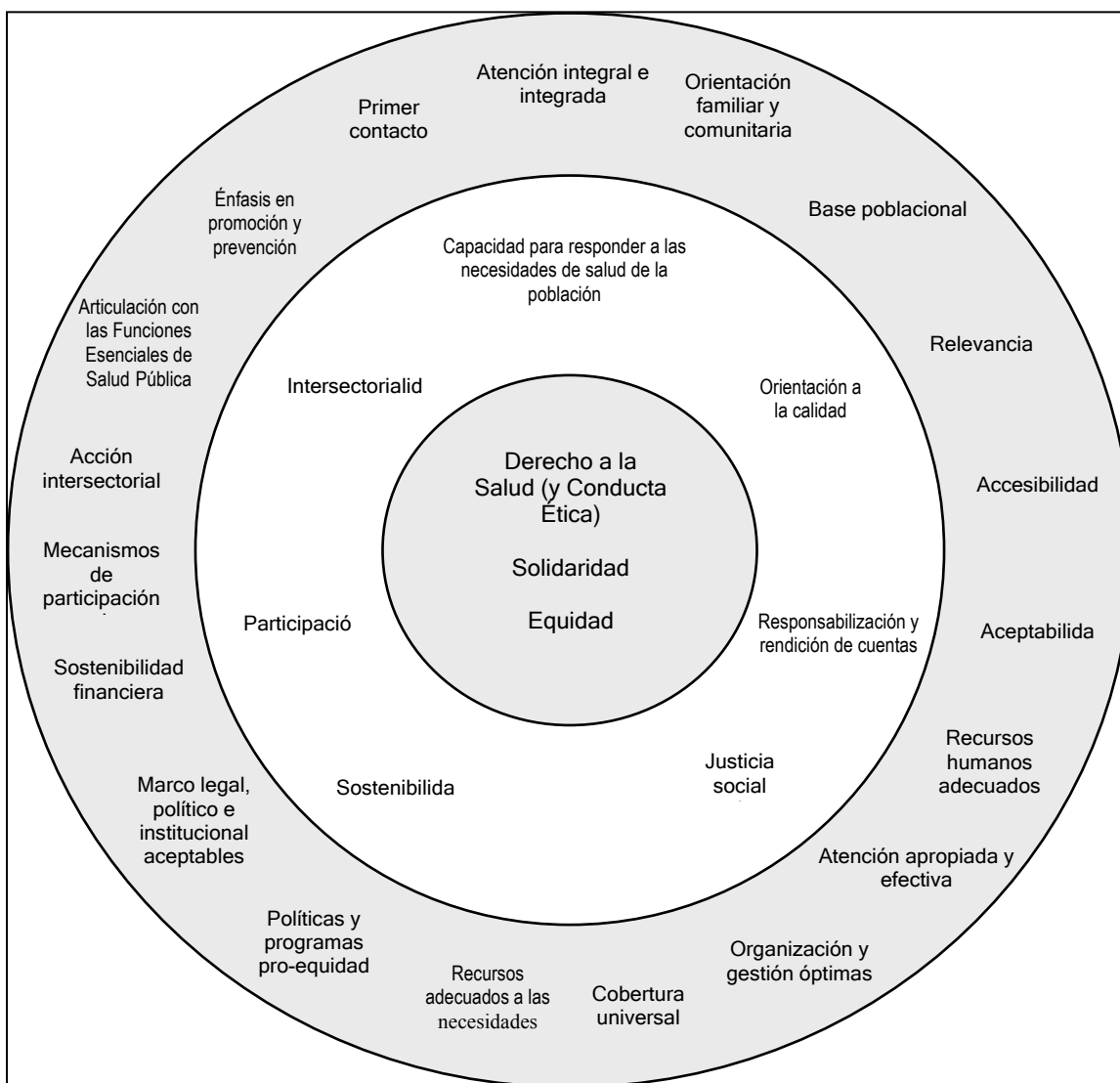
Finalmente, el marco de referencia no tiene otro sentido que ser justo eso, un fundamento conceptual para la comprensión y organización de los componentes de un sistema de salud basado en la APS; por eso no busca hacer recetas ni definiciones exhaustivas sobre todos los elementos que se necesitarían para definir o constituir un sistema de salud. Cada país necesitará desarrollar su propia estrategia para la renovación de la APS, en la medida de sus recursos económicos, circunstancias políticas, capacidades administrativas y del desarrollo histórico alcanzado por el sector de la salud. Se espera que los valores, principios y elementos descritos en lo que sigue ayuden a ese proceso. En la Figura No. 2 se presentan los valores, principios y elementos propuestos. En el Apéndice B se hace una descripción más completa de los valores, principios y elementos que se van a describir a continuación.

“los valores que...sirvieron para el fundamento conceptual de...la estrategia de la APS son aún válidos, y muchos de los problemas...que llevaron a su desarrollo están todavía presentes”.<sup>1</sup>

## **A. Valores**

Los valores son esenciales para establecer las prioridades nacionales y para evaluar si los arreglos sociales responden o no a las necesidades y expectativas de la población.<sup>15</sup> Ellos proveen un basamento moral para las políticas y programas que se proyectan en nombre del interés público. Los valores que aquí se describen pretenden reflejar los de la sociedad en general. Algunos valores pueden ser más relevantes que otros, o ser definidos con ligeras diferencias entre sí, de acuerdo con la cultura local, la historia y las preferencias de una sociedad dada. Al mismo tiempo, un cuerpo de leyes internacionales, cada vez mayor, ha venido definiendo los parámetros necesarios para proteger a las personas de la sociedad en desventaja y para crear una base legal que les permita hacer valer sus derechos en relación con su dignidad, libertad y deseos de buena salud. Por eso, el desarrollo de un sistema de salud basado en la APS debe comenzar por un análisis de los valores y por involucrar a los ciudadanos y a quienes toman las decisiones en el proceso en el que se establece la forma como tales valores deben ser definidos, articulados y ordenados según prioridad.<sup>15</sup>

**Figura 2: Valores centrales, Principios y Elementos de un Sistema de Salud basado en APS**



El derecho a la salud es definido como un valor social que se ha expresado y articulado en muchas constituciones y tratados internacionales.<sup>39</sup> El derecho a la salud involucra derechos de los ciudadanos y responsabilidades del Estado legalmente definidas. El derecho a la salud constituye exigencias de salud a las que recurren los ciudadanos cuando éstas no se les garantizan. El derecho a la salud es instrumental, en el sentido que debe garantizarse que los servicios de salud tengan la capacidad de responder a las necesidades de la población, que haya rendición de cuenta en el sistema de salud y que la APS sea orientada hacia la calidad, de tal forma que se logre una máxima eficiencia y efectividad y se minimicen los daños y perjuicios. Los derechos a la salud están inextricablemente unidos con la equidad y ambos valores, a su vez, reflejan y ayudan a reforzar la solidaridad social.

La equidad en salud se define como la ausencia de diferencias injustas en el estado de salud, en el acceso a la atención de salud y a los ambientes saludables, y en el trato que se recibe en los sistemas de servicios sociales

y de salud. Siendo un prerrequisito para garantizar la capacidad humana, la libertad y los derechos, la equidad porta valores intrínsecos.<sup>40</sup> La equidad es la piedra angular de los valores sociales: la forma como una sociedad trata a sus miembros que están en peor situación refleja la manera como juzga la vida humana, ya sea explícita o implícitamente. Es simplemente desconcertante para los valores y conciencia moral de una sociedad que ésta, en algunos casos, no pueda hacer lo suficiente para prevenir o revertir las inequidades en salud, y que sus “valores” sociales admitan el sufrimiento de ciertos grupos dentro de la misma. La gente debe estar en la capacidad de corregir las inequidades mediante el ejercicio de sus facultades morales y legales para exigir su derecho a la salud y otros de carácter social. Con la ubicación de la equidad, como valor central de un sistema de salud basado en la APS, se busca subrayar que las políticas y programas de salud se orienten hacia la consecución de la equidad. La razón de ser de los sistemas de salud no es simplemente la consecución de la eficiencia, el costo-efectividad o la caridad; por el contrario, la equidad debe ser asumida como un imperativo moral y como una obligación social y legal.

La solidaridad es el grado en el que la gente de una sociedad se compromete a trabajar junta por el bien común. En los gobiernos locales y nacionales la solidaridad se manifiesta en la conformación de organizaciones y uniones de trabajo voluntario y mediante otras múltiples formas de participación ciudadana en la vida cívica. La solidaridad social es uno de los medios por los que la acción colectiva puede llegar a resolver problemas; los sistemas de salud y de seguridad social son mecanismos mediante los cuales puede expresarse la solidaridad entre gentes de distintas condiciones sociales y generacionales. Los sistemas de salud basados en la APS requieren de la solidaridad para garantizar que las inversiones en salud sean sostenibles y para que el sector salud pueda trabajar con éxito junto a otros sectores y actores sociales cuyo apoyo es necesario para mejorar la salud y las condiciones que la determinan. Es necesaria la participación y la rendición de cuentas en todos los niveles, no sólo para garantizar la solidaridad sino para mantenerla a través del tiempo.

## **B. Principios**

Los sistemas de salud basados en la APS se fundan en principios que otorgan los cimientos para las políticas de salud, la legislación, los criterios evaluativos, la generación y asignación de los recursos y para la operación del sistema de salud. Estos principios sirven de puente entre los valores sociales más amplios y los elementos estructurales y funcionales del sistema de salud.

Responder a las necesidades de salud de la población significa que los sistemas de salud se centren en las personas de tal modo que puedan satisfacer sus necesidades de la forma más amplia posible. Es el hecho de “centrarse en la persona” lo que permite que la atención, al nivel de la población, valore las dimensiones físicas y mentales, sociales y emocionales de una persona.<sup>41</sup> Un sistema de salud que responda a las necesidades debe saber balancear su enfoque para satisfacer las necesidades de salud -tanto si ellas son definidas en forma “objetiva” (por ejemplo, si son definidas por expertos o por estándares preestablecidos) o “subjetiva” (por ejemplo, cuando las necesidades son percibidas directamente por el individuo o por la población)-. La consecuencia que se debe desprender de lo anterior es que la APS permita atender las necesidades de la población de una forma integral, fundamentándose en las evidencias disponibles, al tiempo que promueva el respeto, la atención y la reflexión por la cultura y las preferencias de las personas.

La responsabilidad y rendición de cuentas busca asegurar que el gobierno cumpla o sea obligado a cumplir con el derecho a la salud y que los ciudadanos sean protegidos de todo menoscabo de sus derechos. La realización de este principio requiere del desarrollo de políticas y de procedimientos reguladores y legales específicos que le permitan a los ciudadanos hacer exigibles sus derechos si no se reúnen las condiciones apropiadas de su aplicación. Este principio se aplica a todas las funciones de los sistemas de salud sin consideración del tipo de proveedor (sea éste público, privado o sin ánimo de lucro). El estado debe asegurarse, hasta donde le sea posible, y en cumplimiento de sus funciones, de garantizar los recursos necesarios para satisfacer las necesidades de salud de la población. El gobierno es también el responsable último de garantizar la equidad y la calidad de los servicios. Para lograr que esto se cumpla, la rendición de cuentas requiere de seguimiento del mejoramiento continuo del desempeño del sistema de salud, lo que debe hacerse de una forma transparente y sujeta al control social. En un sistema federal, los distintos niveles del gobierno (sean ellos nacional, estatal, regional o local) necesitan de expeditas líneas de responsabilidad y de los mecanismos correspondientes de rendición de cuentas.

Los servicios orientados hacia la calidad son aquellos que además de responder a las necesidades de la población tienen la capacidad de anticiparlas y de tratar a todas las personas con dignidad y respeto al tiempo que aseguran el mejor tratamiento posible de sus problemas de salud.<sup>42</sup> Cumplir con este requisito demanda dotar a los profesionales de salud de todos los niveles con conocimientos clínicos fundamentados en la evidencia y con los instrumentos necesarios para su actualización continua. Un enfoque orientado hacia la calidad requiere de procedimientos adecuados para evaluar la eficiencia y la efectividad de las intervenciones de salud preventivas y curativas y para asignar los recursos de una manera acertada. Para que este proceso sea efectivo y sostenible es necesario disponer de un sistema de incentivos apropiado.

La justicia social es la perspectiva mediante la cual se valora, especialmente, el grado en el que las acciones del gobierno aseguran el bienestar de todos los ciudadanos, particularmente de los grupos más vulnerables, con el objetivo de terminar con las inequidades en salud.<sup>43,44</sup> Trabajar con este enfoque, en el sector salud, incluye: establecer objetivos de salud que incorporen metas específicas para lograr la mejoría de la cobertura de los pobres; usar estas metas para asignar recursos adicionales que permitan satisfacer las necesidades de las personas en desventaja; mejorar la educación y hacer uso de las iniciativas que ayuden a los ciudadanos a conocer sus derechos; asegurar la participación activa de los ciudadanos en la planeación y control del sistema de salud; y desarrollar acciones concretas para combatir los principales determinantes sociales de las inequidades en salud.<sup>14</sup>

La sostenibilidad del sistema de salud requiere del uso de la planeación estratégica y de la generación de compromisos duraderos. Un sistema de salud construido con base en la APS es el medio más importante para invertir en la salud de la población. Esa inversión debe ser suficiente para satisfacer las necesidades actuales de la población, al tiempo que se planifica la satisfacción de los desafíos de la salud del mañana. El compromiso político es de particular importancia para garantizar la sostenibilidad financiera; es necesario que los sistemas de salud orientados por la APS establezcan mecanismos (tales como derechos de salud y obligaciones específicas del gobierno legalmente definidas) que aseguren el financiamiento adecuado aún en tiempos de inestabilidad política y de cambio.

La intersectorialidad es el enfoque por el cual los sistemas de salud logran trabajar con diferentes sectores y actores que les permiten impactar, de la mejor forma posible, los determinantes sociales de la salud; contribuir con actividades de desarrollo humano y lograr su potencial de equidad. La capacidad de respuesta de la APS frente al abordaje intersectorial dependerá del nivel de desarrollo del país dado y de los recursos disponibles en la APS y en otros sectores.

Participación individual y social es el principal medio para involucrar a los ciudadanos en los procesos de toma de decisiones sobre la asignación y el uso de los recursos, la definición de las prioridades y en los procesos que faciliten la rendición de cuenta. Desde el ámbito individual la gente debe ser capaz de tomar decisiones en forma libre e informada con miras al mejoramiento de su salud y la de su familia. La participación social en salud es una expresión de la participación cívica en general, permite que el sistema de salud refleje los valores sociales y es un medio para el control social de las acciones públicas y privadas que impactan de alguna manera a la sociedad.

“la descentralización es el mejor escenario para la APS cuando la comunidad puede demandar sus derechos; el estado y la sociedad responden a las necesidades de la población; la comunidad participa activamente en los procesos de toma de decisiones; las entidades territoriales ejercen rectoría sobre el sistema de salud; hay suficiente voluntad política que asegura la asignación y distribución de los recursos; y cuando hay adecuado desarrollo de la capacidad de gestión—todo los anteriores son requisitos necesarios para que la APS sea efectiva” - Encuentro Nacional sobre la Renovación de la Atención Primaria de Salud, Colombia, mayo 26-28 de 2005.

### **C. Elementos**

Los elementos de un sistema de salud basados en la APS son los componentes organizacionales y funcionales que permiten organizar las políticas, los programas y los servicios. En la medida en que forman parte de todos los niveles de un sistema de salud, los elementos deben estar interconectados y fundamentados en evidencias que prueben su efectividad para mejorar la salud y/o su importancia para asegurar otros aspectos de un sistema de salud basado en la APS.

La accesibilidad es el fundamento de un sistema de salud equitativo. Implica la ausencia de barreras de atención geográfica, financiera y organizacional;<sup>45</sup> por eso, un sistema de salud basado en la APS debe organizar la ubicación, operación y financiamiento de todos los servicios de cada uno de sus niveles de atención teniendo en cuenta este elemento.

La aceptabilidad requiere que el desarrollo de las entradas y procesos del sistema de salud tenga en cuenta las necesidades de salud, las preferencias, la cultura y los valores. La aceptabilidad determina si las personas usarán los servicios y si estos son accesibles. También influye en las percepciones sobre el sistema de salud, en la satisfacción de las personas con los servicios ofrecidos, en su nivel de confianza en los proveedores y en su grado de comprensión de los consejos que les dan los médicos y otro personal de los servicios.

Primer contacto quiere decir que la atención primaria debe servir como puerta de entrada principal al sistema de servicios sociales y de salud para la consulta de todos aquellos problemas nuevos de salud. Mediante esta



función la APS se convierte en el fundamento del sistema de salud y, en la mayoría de los casos, en la interfase entre el sistema de servicios sociales y de salud y la población.

La integralidad de un sistema de salud se refiere a la situación de sus servicios, si estos son suficientes para satisfacer las necesidades de salud de la población, incluyendo la provisión de servicios de promoción, prevención, diagnóstico precoz, curación, rehabilitación, atención paliativa y apoyo para el auto-cuidado. La integralidad es una función de todo el sistema de salud que incluye la atención primaria, secundaria y terciaria. Los sistemas y servicios de salud siempre deben buscar satisfacer las necesidades de la población en forma anticipada de acuerdo con las prioridades que les hayan sido asignadas por la sociedad.

Atención integrada significa que todas las partes del sistema de salud trabajan juntas para maximizar la salud. Con respecto a los individuos incluye su referencia y contrarreferencia, a lo largo de todos los niveles del sistema de salud y a otros servicios sociales, cuando se requiera. Al nivel del sistema, la atención integrada demanda información apropiada y gestión de sistemas así como de adecuados incentivos, políticas y procedimientos, y del entrenamiento de los proveedores, del personal y de los administradores. La atención integrada es complementaria de la integralidad en la medida en que es un medio para asegurar que todas las necesidades de salud sean satisfechas.

El enfoque poblacional significa que un sistema de salud basado en la APS no descansa exclusivamente en una perspectiva clínica o individual. Por el contrario, emplea los lentes de la salud pública para hacer uso de información comunitaria que permita valorar los riesgos y priorizar las intervenciones. La orientación hacia la población le permite a la APS organizar y proveer servicios preventivos y curativos relevantes, que toman en cuenta el contexto familiar y comunitario; y, cuando sea necesario, desarrollar acciones que fortalezcan la capacidad y habilidad de la población para cuidar de sí misma y de los miembros de su familia en forma efectiva.

#### **Cuadro 1: Renovación de la APS: Consecuencias para los Servicios de Salud**

Los servicios de salud juegan un papel clave en la materialización de muchos de los valores, principios y elementos centrales de un Sistema de Salud basado en la APS. Así, por ejemplo, los servicios de atención primaria son fundamentales para asegurar el acceso equitativo de toda la población a los servicios básicos de salud. Garantizan una puerta de entrada al sistema de atención de salud lo más cerca posible de donde la gente vive, trabaja o estudia. Este nivel del sistema provee atención integral e integrada para resolver la mayoría de las necesidades y demandas de atención de la población. Igualmente, es el nivel del sistema que desarrolla los más profundos lazos con la comunidad y el resto de sectores sociales, lo que le permite desarrollar la acción intersectorial y la participación social en forma efectiva.

La Atención Primaria también juega un papel importante en la coordinación de la continuidad de la atención y del flujo de información a lo largo de todo el sistema de atención de salud. Pero solos los servicios de atención primaria no son suficientes para responder adecuadamente a las necesidades de atención de salud más complejas de la población. Los servicios de atención primaria deben ser apoyados y complementados por diferentes niveles de atención especializada, tanto ambulatorios como hospitalarios, así como por el resto de la red de protección social. Por tal razón, los sistemas de atención de salud deben trabajar de una forma integrada mediante el desarrollo de mecanismos de coordinación de la atención a lo largo de todo el espectro de los servicios, incluyendo los sistemas de referencia y contrarreferencia. Por lo demás, la integración de los diferentes niveles de atención demanda de buenos sistemas de información que permitan hacer planeación, seguimiento y evaluación del desempeño adecuados; mecanismos de financiación correctos que eliminen los incentivos perversos y aseguren la continuidad de la atención; mecanismos de referencia y contrarreferencia robustos; y enfoques con base en la evidencia para el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de los enfermos.

Prevención y promoción: un sistema de salud basado en la APS hace énfasis en la prevención y en la promoción porque estas intervenciones son costo-efectivas, éticas, empoderan a las comunidades y a los individuos para ejercer mayor control sobre su salud, y porque son esenciales para enfrentar los principales determinantes sociales de la salud. Estas intervenciones deben incluir educación en salud y consejería clínica individual, enfoques reguladores, fundamentados en políticas que mejoren los ambientes de trabajo y de vida de la población, y estrategias de promoción de la salud poblacionales que puedan llevarse a cabo con otros componentes del sistema de salud o con otros actores.

Atención apropiada y efectiva son dos componentes de un mismo principio que buscan asegurar que la atención que se provee se justifique en términos de los beneficios que se espera produzca en la salud de la población. Que la atención sea apropiada significa que el sistema de salud basado en la APS no esté orientado al órgano o a la enfermedad. En lugar de ello, debe enfocarse a la persona como un todo y a sus necesidades sociales y de salud, a la proyección de respuestas a la comunidad local y a su entorno, al tiempo que garantiza que la gente no sufra daños o perjuicios de ningún tipo. La efectividad es una guía que ayuda a que la selección de las estrategias de prevención y curación se haga maximizando el impacto que pueda lograrse con los recursos disponibles. Requiere que toda la atención se provea basada en la mejor evidencia disponible y que la asignación de los esfuerzos sea sopesada con relación a consideraciones de eficiencia y equidad.

Las estructuras y funciones de un sistema de salud basado en la APS deben estar provistas de un marco de referencia institucional política y legalmente aceptable. Tal referente permite identificar y empoderar las acciones, los actores, los procedimientos y los sistemas legal y financiero que le permiten a la APS desempeñar sus funciones específicas. Este marco es el fundamento de un conjunto consistente de políticas de salud; define las instituciones que gestionan, proveen, financian y regulan los servicios; desarrolla un conjunto de normas y estándares que posibilitan la innovación y la adaptación local; y trabaja en el conjunto del sistema para eliminar los incentivos organizacionales y financieros perversos. Debe estar conectado con la función de rectoría del sistema de salud, por lo que debe ser transparente, sujeto al control social y libre de corrupción.

Un sistema de salud basado en la APS debe contar también con un sistema de planeación que le permita proveer recursos apropiados a las necesidades de salud. A su vez, estos recursos deben ser determinados por un análisis de la situación de salud que esté fundamentado en información del ámbito comunitario. Los recursos deben contar con entradas (por ejemplo, instalaciones, personal, equipamiento, suministros y medicamentos) y con el presupuesto necesario para proveer atención integral, preventiva y curativa de alta calidad. Aunque la cantidad exacta de recursos que se necesitan varía dentro y entre los países, en todo caso estos deben ser suficientes para alcanzar la cobertura universal. Esto es, los arreglos financieros y organizacionales necesitan ser suficientes para cubrir toda la población, remover barreras financieras para el acceso como la capacidad de pago, garantizar apoyo adicional para satisfacer los objetivos de equidad e implementar actividades que promuevan la salud.

Debido a que la construcción de un sistema de salud basado en la APS demanda compromiso y voluntad política a lo largo del tiempo, debe haber mecanismos explícitos que garanticen, aún en tiempos de cambio político,

económico o social, la sostenibilidad financiera de los esfuerzos de la APS y que le permitan a los tomadores de decisiones invertir hoy para satisfacer las necesidades del mañana.

Un sistema de salud basado en la APS se apoya en recursos humanos apropiados que incluyen a quienes proveen los servicios, a los trabajadores comunitarios, a los gerentes y al personal administrativo. Ellos deben tener una combinación correcta de habilidades y conocimientos, observar los estándares éticos y tratar a todas las personas con dignidad y respeto. Lograr la disponibilidad de este tipo de recurso humano demanda planeación estratégica e inversión de largo plazo en capacitación, empleo, formas de retención del personal y en la elevación y fortalecimiento de los conocimientos y de las habilidades de que disponen los trabajadores de la salud.

La organización y las prácticas de gestión óptimas facilitan innovar para mejorar la organización y proveer atención que satisfaga los estándares de calidad, disponer de sitios de trabajo satisfactorios para los trabajadores de la salud y responder a las expectativas de los ciudadanos. Las prácticas valiosas de gestión incluyen, pero no se limitan, a aquellas como la planeación estratégica, la investigación de operaciones y la evaluación del desempeño. Los profesionales de la salud y los gestores deben ser capaces de compilar y usar información que ayude en los procesos de toma de decisiones y en las iniciativas de mejoramiento de la calidad. Se ha encontrado que estas técnicas incrementan, aún en escenarios pobres en recursos, la calidad del servicio, la satisfacción del usuario y la moral de los trabajadores.<sup>46,47</sup>

Así como la APS tiene interfases y se integra con otros aspectos del sistema de salud, también se enlaza con las Funciones Esenciales de la Salud Pública (FESP) y con las estrategias y programas de promoción de la salud. Al vincularse con las FESP, la APS es informada por las acciones de vigilancia epidemiológica, investigación y evaluación, garantía de calidad y por otras actividades de desarrollo institucional a lo largo del sistema de salud.

Los sistemas de salud basados en la APS desarrollan políticas y programas que estimulan la equidad con el fin de disminuir los efectos negativos de las desigualdades sociales sobre la salud y de enfrentar los principales factores que causan las inequidades. Algunos ejemplos que muestran cómo puede lograrse lo anterior son los siguientes: la incorporación de criterios explícitos de equidad en las propuestas y evaluaciones de políticas y de programas; el aumento o la mejoría de la provisión de servicios de salud para quienes sufren de las mayores necesidades; la reestructuración de los mecanismos de financiamiento de la salud para ayudar a los pobres a satisfacer sus necesidades básicas; y el trabajo en sectores distintos al de salud para transformar las estructuras económicas y sociales más amplias que más influyen a los determinantes últimos de las inequidades en salud.

Los sistemas de salud basados en la APS devienen más amplios en escala e impacto que los que solamente se dedican a la provisión de servicios de salud. Ello sucede porque, al ser orientado por la APS, el sistema logra acoplarse íntimamente con las acciones intersectoriales y con los enfoques comunitarios que promueven el desarrollo humano y la salud. Las acciones intersectoriales se necesitan para tratar con los determinantes fundamentales de la salud de la población y para crear relaciones sinérgicas con otros actores y sectores. El grado en el cual estas acciones sean implementadas sólo por el sistema de salud o en compañía de otros

actores dependerá de las características del estado de desarrollo de cada país (y de sus comunidades) y de las ventajas comparativas de cada uno de los actores y de los sectores involucrados.

Para finalizar, como la APS está articulada dentro de un contexto político, social y económico más amplio, un sistema orientado por la APS debe ser parte integral de las estrategias nacionales y locales de desarrollo socioeconómico y estar fundamentado en valores compartidos. Por lo anterior debe involucrar mecanismos de participación activa que garanticen transparencia y rendición de cuentas en todos los niveles, que estimulen la capacidad y habilidad de las comunidades y de los individuos para comprometerse con el autocuidado de la salud, y que desarrollen las condiciones necesarias para promover estilos de vida saludables.

La materialización de los elementos centrales de un sistema de salud basado en la APS necesita del concurso de las funciones principales del sistema de salud. Es mediante estas y otras interrelaciones que la APS es capaz de promover y difundir sus valores, principios y elementos en el resto del sistema de salud y de crear enlaces sinérgicos con los otros actores para ayudar a dirigir el proceso del desarrollo humano. Junto a otros sectores y actores, la APS tiene un enorme papel que jugar (aunque no exclusivo) para promover el desarrollo humano sostenible (ver Figura 3). Es importante plantear la distinción anterior porque ella nos permite establecer responsabilidades claras entre los distintos actores con miras a contribuir a los objetivos del desarrollo socioeconómico; olvidar esta aclaración podría llevar a los sistemas de salud a tomar para sí mismos, con varias consecuencias indeseables, responsabilidades que son de otros sectores. Las principales entre esas consecuencias serían el abandono potencial de las funciones centrales e intransferibles del sistema de salud; la implementación pobre de unas funciones muy amplias debido a la falta de especialización (por ejemplo, alfabetización, generación de ingresos, dotación de vivienda, etc); y la creación de altercados entre los actores y agencias responsables (guerras de vecinos), lo que produce redundancias, pérdida de recursos y energías, y daños potenciales a la salud y al bienestar general de la población.<sup>48</sup>

**Figura 3: Sistemas de Salud Basados en la APS y el Desarrollo Humano**



#### **D. ¿Cuáles son los Beneficios de un Sistema de Salud Basado en APS?**

Actualmente disponemos de considerable evidencia sobre los beneficios de la APS. Los estudios internacionales muestran que, manteniendo todo lo demás igual, los países con sistemas de salud con una fuerte orientación de la APS tienen mejores y más equitativos resultados en salud, son más eficientes, tienen costos de atención más bajos y logran más alta satisfacción del usuario que aquellos cuyos sistemas de salud sólo tienen una orientación débil hacia la APS.<sup>49-54</sup>

Se considera que los sistemas de salud basados en la APS son capaces de mejorar la equidad porque el enfoque de la APS es menos costoso para los individuos y más costo-efectivo para la sociedad cuando se comparan con sistemas de atención orientados hacia la atención especializada.<sup>55</sup> Se ha mostrado que un enfoque fuerte de la APS puede garantizar mayor eficiencia de los servicios en la forma de ahorro de tiempo en la consulta, uso reducido de pruebas de laboratorio y gastos de atención de salud reducidos.<sup>56,57</sup> La APS puede ayudar a liberar recursos que de otra forma no podrían ser usados para atender las necesidades de salud de la gente en peor situación.<sup>53,58,59</sup> Los sistemas de salud orientados hacia la equidad capitalizan estos ahorros al establecer objetivos para mejorar la cobertura de los pobres y empoderar a los grupos vulnerables para que jueguen un papel más central en el diseño y operación del sistema de salud.<sup>60</sup> Estas acciones minimizan los gastos de bolsillo que, como se sabe, son los medios más inequitativos de financiamiento de los servicios de salud, y ayudan a hacer énfasis en la universalización de la cobertura para remover los factores socioeconómicos que actúan como barreras para recibir los servicios que se necesitan.<sup>61-63</sup>

En los países europeos, en particular, las evidencias disponibles sugieren que los sistemas de salud basados en la APS también pueden favorecer la eficiencia y la efectividad. Los estudios sobre hospitalización por “condiciones susceptibles de atención ambulatoria” – condiciones que han sido tratadas en los hospitales y que habrían podido ser resueltas en la atención primaria – muestran que los sistemas de APS, que aseguran acceso y primer contacto, pueden mejorar los resultados de salud y beneficiar a otros niveles del sistema de salud.<sup>64-66</sup> También se ha descubierto que el fortalecimiento de los sistemas de salud basados en la APS puede reducir las tasas globales de ocupación de los hospitales para condiciones tales como angina de pecho, neumonía, infecciones del tracto urinario, enfermedad obstructiva crónica pulmonar, paro cardíaco e infecciones de los oídos, de la nariz y de la garganta, entre otras.<sup>67</sup> Para la mayoría de las necesidades de atención de salud, los individuos que tienen una fuente regular de atención primaria en el tiempo, comparados con aquellos que no la tienen, han mostrado mejoría en la satisfacción, mejor adhesión, muy pocas hospitalizaciones y menor uso de cuartos de emergencia.

Una serie de estudios de Costa Rica ilustran bien estos aspectos. En los años 90 del siglo pasado Costa Rica transfirió la responsabilidad por la provisión de atención de salud del Ministerio de Salud a la Caja Costarricense de la Seguridad Social (CCSS), aumentó el número de unidades de atención primaria de salud – particularmente en las áreas poco servidas, y reorganizó la entrega de los servicios de atención primaria constituyendo “Equipos Básicos de Atención Integral en Salud” – EBAIS-. Estos equipos se conformaron con profesionales de la salud a quienes se les asignaron 1000 hogares por equipo dentro de un área geográfica delimitada. Estas reformas redujeron, en forma significativa, la mortalidad de adultos y de niños. Cada cinco años luego de la reforma de la APS, la mortalidad de los niños se redujo en un 13 por ciento y la de los adultos en un cuatro por ciento, con

independencia de las mejoras en otros determinantes de la salud.<sup>71</sup> Además de lo anterior, y debido a que las reformas primero se desarrollaron en las áreas más pobres (el insuficiente acceso a los servicios de APS disminuyó en 15 por ciento en los distritos donde tuvo lugar la reforma), las reformas de la APS han contribuido a mejorar la equidad en salud del país.<sup>72</sup>

Las evidencias también han mostrado que para que la APS sea beneficiosa para la salud de la población se requiere que los servicios de salud sean de buena calidad técnica – un área que exige considerable atención adicional en toda la región.<sup>73,74</sup> Por último, se necesita evaluar más los sistemas de salud en general y, en particular, de la APS.<sup>75</sup> El desarrollo del compromiso con los sistemas de salud basados en la APS requiere un apoyo de evidencias completa, para lo cual habrá que hacer apropiadas inversiones en evaluación y documentación de las experiencias, tanto de las exitosas como de las que no lo son, de tal forma que se puedan desarrollar, transferir y adaptar las mejores prácticas.

### III. Camino a seguir

La estrategia renovadora de la APS plantea los siguientes objetivos:

- *Completar la puesta en marcha de la APS en donde quiera que este proceso no haya sido culminado (agenda pendiente de salud), garantizando el derecho de todas y todos los ciudadanos a la salud y al acceso universal; promoviendo activamente la equidad en salud y el mejoramiento de los indicadores de salud y de calidad de vida, tanto en términos absolutos como en su distribución;*
- *Fortalecer la APS para enfrentar nuevos desafíos a través del mejoramiento de la satisfacción de las y los ciudadanos y de las comunidades con los servicios y los prestadores de salud; de la calidad de la atención y del tratamiento; del fortalecimiento de las políticas ambientales y de la estructura institucional necesaria para lograr el funcionamiento óptimo de los sistemas de salud y*
- *Posicionar la APS en una agenda más amplia de equidad y desarrollo humano, mediante la articulación de la nueva concepción de la APS con esfuerzos tales como los Objetivos de Desarrollo del Milenio, para fortalecer los sistemas de salud, promover el mejoramiento sostenible de la participación comunitaria y la coordinación intersectorial e invertir en el desarrollo del talento humano.*

El logro de los objetivos propuestos requiere del aprendizaje de las experiencias, positivas y negativas, del desarrollo de una estrategia de abogacía y de la articulación de roles y responsabilidades esperados de los países, las organizaciones internacionales y los grupos de la sociedad civil comprometidos en el proceso de renovación.

#### A. Lecciones aprendidas

Es importante aprender de las experiencias pasadas para construir una estrategia de renovación de la APS. Los procesos de consulta a los países y la revisión de literatura fueron fundamentales para evaluar los factores limitantes y facilitadores de la puesta en marcha de la APS en la región de las Américas. Estos factores se enuncian con mayor detalle en el Anexo D.

Los principales factores determinantes en la implementación de APS en la región se clasificaron en seis grandes grupos: enfoques de salud (individual versus poblacional, preventivo versus curativo), estrategias para hacer frente a la segmentación y fragmentación de los sistemas de salud (incluidas las reformas de salud), liderazgo y

gerencia (incluida la ausencia de voluntad política), talento humano (desarrollo, estabilidad, desempeño y gerencia, condiciones financieras y macroeconómicas (globalización) y, estrategias de cooperación internacional (políticas de ajuste y énfasis en programas verticales).

Factores identificados como barreras a la implantación efectiva de la APS son: la incapacidad para transformar el sector salud y sus prioridades desde los enfoques curativos, basados en la atención hospitalaria, a los enfoques preventivos, basados en la comunidad; compromiso político insuficiente, coordinación inadecuada, a veces con objetivos contradictorios, entre las comunidades y las entidades locales, nacionales e internacionales; débil desarrollo de mecanismos para el logro de equidad; esfuerzos de reforma que acarrear involuntariamente inequidades en salud; utilización inadecuada de la información en la definición de políticas, planes y prioridades; carencia de coordinación intersectorial; ideologías políticas y económicas cambiantes; y volatilidad de las condiciones macroeconómicas que conducen a una baja inversión en los servicios y los sistemas de salud <sup>12,34</sup>,<sup>76,77</sup>

Se hizo énfasis en la inversión en capital humano como un área de especial atención, dado que la calidad de los servicios de salud depende, en gran medida, de quienes trabajan en ellos y su entrenamiento debe ser integral: desde la perspectiva técnica y humanística. El desempeño del personal de salud se relaciona, a su vez, con el entrenamiento y capacidad, el ambiente laboral y las políticas de incentivo a nivel local y mundial<sup>78</sup>. Debe instituirse una cultura de gerencia de calidad que tenga en cuenta la información local, que incluya la educación continuada, la garantía de instrumental y suministros, el seguimiento diario y la evaluación continua de los servicios de APS<sup>74</sup>. Ver cuadro 2.

Los factores facilitadores de la implantación y desarrollo efectivo de la APS incluyen: el reconocer que el liderazgo del sector salud está afectado por el sistema de salud, la credibilidad del gobierno, el momento político y los efectos políticos de las reformas de salud; así mismo, es necesario tener en cuenta que el logro de la equidad requiere del compromiso político sostenido a nivel nacional, relacionado con la ejecución de las medidas necesarias para asignar al sector salud los recursos financieros que satisfagan las necesidades de la población<sup>79</sup>.

Las experiencias exitosas de la APS demuestran cómo el limitarse a aumentar el número de centros de salud y a dar entrenamientos de corto plazo al personal de salud, no es insuficiente para mejorar la salud y la equidad. Es necesario abordar de manera más amplia e integral el sistema. La reorientación de los sistemas de salud hacia la APS requiere del ajuste de los servicios de salud hacia la prevención y la promoción, lo que se logra mediante la definición de funciones propias de cada nivel del gobierno, de la integración de los servicios de salud individuales y públicos, del enfoque en familias y comunidades y de la creación de un marco institucional con incentivos para el mejoramiento de la calidad de los servicios. El contexto social es otro factor importante y determinante del impacto que tendrá la APS en la salud de la población<sup>31</sup>. Servicios exitosos de APS estimulan la participación, son medibles y cuentan con la inversión necesaria para garantizar disponibilidad de servicios adecuados y asequibles a todas las personas, sin importar su capacidad de pago<sup>12</sup>.

## Cuadro 2: Desafíos en el tema de recursos humanos en las Américas

### Desafíos actuales:

- Los profesionales de salud tienen menor motivación y remuneración que otros profesionales
- Los trabajadores de salud calificados son insuficientes para proveer cobertura universal
- El trabajo en equipo no tiene el desarrollo ni el estímulo suficiente
- Los profesionales calificados prefieren trabajar en hospitales y ciudades
- El aumento de los costos genera problemas persistentes en suministros, equipos e infraestructura
- Carencia de apoyo y supervisión adecuada
- Los bajos niveles de desempeño son perversos
- El entrenamiento de pregrado y postgrado del personal de salud no es coherente con los requerimientos de la práctica de la APS
- Migración internacional de los trabajadores de la salud (fuga de cerebros)

### **Consecuencias para el recurso humano del diseño de un sistema de salud basado en APS**

- La cobertura universal requerirá un volumen importante de profesionales entrenados en atención primaria
- El recurso humano debe programarse de acuerdo con las necesidades de la población
- El entrenamiento del recurso humano deber articularse con las necesidades de salud y ser sostenible
- Deben desarrollarse políticas sobre calidad de desempeño del personal
- Deben caracterizarse las capacidades del personal (perfil y competencias) y el perfil de cada trabajador deberá ajustarse a una labor específica.
- Se requieren mecanismos de evaluación continua que faciliten la adaptación de los trabajadores de salud a los nuevos escenarios y a las necesidades cambiantes de la población
- Las políticas deben apoyar el abordaje multidisciplinario de la atención integral
- La definición de trabajador de salud debe incluir, además de los médicos, a quienes trabajan en los sistemas de información, gerencia y administración de servicios
- Deben desarrollarse mecanismos para atraer a los profesionales más hacia la APS que hacia las especialidades, las cuales se conciben como de mayor prestigio social

Fuentes: <sup>28, 80, 81</sup>

## **B. Construcción de alianzas para el cambio**

Las reformas de salud implican cambios fundamentales en procesos políticos y de poder. Por esta razón, la abogacía de los sistemas de salud basados en APS requiere atender las dimensiones técnicas y políticas de la reforma, así como de los actores comprometidos en estos procesos. En la conferencia de Alma Ata en 1978, Halfdan Mahler preguntaba a los participantes: “¿están ustedes listos para enfrentar las batallas técnicas y políticas necesarias para superar los obstáculos sociales y económicos y la resistencia de los profesionales a la introducción universal de la atención primaria en salud?”<sup>34</sup>. La misma pregunta debe formularse hoy porque la implantación de sistemas de salud basados en una nueva visión de la APS requiere de la disponibilidad de una cantidad considerable de recursos.

Los defensores de esta causa incluyen a quienes trabajan actualmente en o sobre APS, entre ellos, algunas organizaciones no gubernamentales, prestadores de salud de centros de atención primaria, asociaciones profesionales defensoras de la APS tales como las de medicina familiar y asociaciones de enfermería, los gobiernos partidarios del desarrollo del enfoque integral de la APS, muchas de las asociaciones de salud pública, algunas universidades y otros líderes académicos en APS. Cada uno de ellos está interesado en que la APS tenga cada vez un mayor apoyo, a la vez que ejerce abogacía activa hacia el cambio y la puesta en marcha de la renovación de la APS, al menos en los aspectos técnicos. Sin embargo, la mayoría de los defensores naturales de la APS no están en una posición de poder político y, en general, tienen limitación de recursos financieros.



Los oponentes suelen ser quienes ven la renovación de la APS como amenaza para un status quo que desean mantener. La experiencia ha mostrado que la mayoría de los oponentes al fortalecimiento de la APS son en general médicos especialistas y sus asociaciones, hospitales (en especial los que tienen ánimo de lucro), la industria farmacéutica y algunas organizaciones de abogacía. Estos oponentes están entre los más poderosos en términos de recursos y capital político en la mayoría de los países y sus intereses son coherentes con la oposición a los esfuerzos serios de reforma de la salud.

Sin embargo, defensores y oponentes de la renovación de la APS son superados en número por muchos actores, organizaciones y entidades neutrales en el tema. Estas incluyen muchas agencias bilaterales y multilaterales, contratistas de servicios de salud (compañías aseguradoras de salud, entidades de seguridad social, ministerios de salud) y la mayoría de los ciudadanos particulares. En su conjunto, este grupo neutral tiene una influencia política y económica muy fuerte; no obstante, cuando se consideran uno a uno, sus intereses generalmente no coinciden. Con frecuencia estos intereses son divergentes e incluso contradictorios sobre diferentes asuntos. En este orden de ideas, la clave para los abogados de la renovación de la APS será encontrar un aspecto de este esfuerzo de renovación que sea atractivo a muchos de estos actores y grupos y movilizarlos a aliarse con los defensores de la APS.

Existen varias etapas en el manejo del proceso de renovación de la APS. El primero de ellos es el trabajo para lograr el cambio de la percepción del problema y las soluciones entre todas las partes interesadas. La renovación de la APS debe estar enmarcada en términos de sus objetivos generales – un sistema de salud más eficiente y efectivo, mejoramiento de la salud y la equidad, aumento del nivel de desarrollo humano y su contribución al crecimiento económico sostenible – y de forma explícita, en el logro de estos objetivos. El proceso en curso de consulta regional de la OPS y las consultas de país han comenzado a sensibilizar a las partes interesadas en la importancia de la renovación de la APS.

El siguiente paso es la creación de nuevos defensores y la neutralización, cuando es posible, de los potenciales oponentes. Uno de los métodos para la creación de nuevos defensores es hacer énfasis en que la Declaración del Milenio y la APS son estrategias complementarias. La Declaración del Milenio es un marco de acción para el trabajo conjunto de los países hacia el mejoramiento de su propio desarrollo; ésta reconoce la libertad, equidad, solidaridad, tolerancia, respeto por la naturaleza y responsabilidad compartida como valores esenciales para las relaciones internacionales en el siglo XXI<sup>82</sup>. La APS es un elemento esencial para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio por su papel de abogacía hacia la visión del sistema de salud como una institución social que refleja los valores de la sociedad y provee los medios para hacer efectivo el derecho a la salud<sup>38</sup>. Así como la APS se esfuerza por reorientar las prioridades del sector salud, la Declaración del Milenio puede proporcionar un marco más amplio para el desarrollo, el cual, a la vez que acelerará el mejoramiento de la salud, se soportará sobre el buen desempeño del sector salud.

La focalización sobre actores específicos, organizaciones financieras, tales como las agencias bilaterales y multilaterales de desarrollo y financiamiento y las instituciones y fundaciones, supone el que estos actores sean convencidos de cómo la renovación de la APS fortalecerá el impacto y la sostenibilidad de sus objetivos, entre ellos la iniciativa 3x5, el logro de las metas del Fondo Global, asegurando el desarrollo social equitativo y la culminación de otros esfuerzos internacionales en salud y desarrollo. Los defensores de la renovación de la APS deben esgrimir el argumento de la inversión en el sector salud como factor crucial en la creación de las condiciones necesarias para una concepción de desarrollo humano equitativo más amplio. Un sistema de salud

basado en la APS provee la base para un “sistema de prestación integrado” sostenible y con capacidad de respuesta, necesario para el logro de otros objetivos, tales como la iniciativa OMS 3x5 y las actividades del Fondo Global, y otras.

De igual forma, los defensores de la APS necesitarán convencer a quienes pagan por los servicios de salud - aseguradores de salud, entidades de seguridad social, ministerios de salud – de las ventajas de la inversión en un sistema de salud basado en la APS. Los elementos de este argumento están presentes, pero es necesario agruparlos en una estrategia efectiva de comunicación y abogacía que evidencie la efectividad y eficiencia de la APS y haga énfasis en su potencial de ahorro de costos en el largo plazo.

Así mismo, la aceptación de un sistema de salud basado en la APS por parte de quienes lo utilizarán, será fundamental para la labor de abogacía. Todos los ciudadanos del mundo están exigiendo sistemas y servicios de salud efectivos, de buena calidad y confiables; educarlos sobre los beneficios de un sistema basado en la APS fortalecerá su capacidad de exigir compromisos específicos de los gobiernos. En consecuencia, es necesario que la evidencia acerca de la efectividad de la APS sea puesta a disposición de los miembros de la comunidad y pueda ser analizada y discutida. De igual forma, los defensores de la APS deben indagar sobre la opinión de los ciudadanos acerca de cuáles aspectos de la APS encuentran más importantes o urgentes. Un ejemplo de la abogacía efectiva en la APS es el Programa de Salud Familiar del Brasil, el cual desarrolló con éxito una estrategia política coherente que incluyó el hacer del programa una prioridad política alta, a través del empleo de incentivos financieros efectivos para estimular su adopción por parte de los gobiernos locales, la inversión en el entrenamiento del recurso humano y la utilización del mercadeo social para ganar el apoyo de los consumidores y el desarrollo de un proceso de construcción de consenso nacional para garantizar la expansión y sostenibilidad del programa<sup>84</sup>.

Al mismo tiempo, los defensores de la atención primaria en salud deben trabajar para fortalecer la posición de quienes apoyan la APS. Esta labor implica el desarrollo de alianzas y redes y la divulgación de evidencias y mejores prácticas. Hoy se está frente a una oportunidad única de construir una alianza internacional de individuos y organizaciones dedicadas a la renovación de la APS. Esto coincide con la atención creciente dada al tema de la equidad, el papel de la comunidad internacional en la adopción de la salud como un patrimonio público mundial y la insatisfacción, cada vez mayor, con el *status quo*<sup>85</sup>. Los partidarios de la renovación de la APS necesitarán acceder a la evidencia existente sobre los beneficios de un sistema basado en la APS. Las lecciones aprendidas deben divulgarse a las partes interesadas, defensores y agentes de cambio de todos los niveles.

Una vez se ha consolidado una masa crítica de partidarios y se han desarrollado en el nivel local los argumentos para la renovación de la APS, es oportuno negociar con los oponentes. El objetivo podría ser la identificación de puntos de acuerdo y desacuerdo, así como de las posibles áreas en las cuales es posible lograr consenso, dejando de lado y aislando las áreas no negociables. La negociación puede ser un medio útil de resolución de asuntos técnicos relacionados con la implantación y manejo de programas. Por el contrario, las diferencias ideológicas no suelen resolverse a través de la negociación, aunque podrían encontrarse algunas áreas de interés común.

Existe un renovado interés en la APS a través del mundo; organizaciones tan distintas como el Banco Mundial, el Movimiento por la Salud del Pueblo, la OMS y las compañías farmacéuticas han reconocido que el fortalecimiento de los sistemas de salud es un prerequisite para mejorar el crecimiento económico, avanzar en la equidad social, mejorar la salud y proveer los tratamientos para combatir el VIH/SIDA. El trabajo por hacer consiste en convencer a estos actores de que la APS es el espacio lógico y apropiado para la colaboración, la inversión y la acción. El momento de actuar es ahora.

### **C. Plan de Acción Propuesto**

La renovación de la APS requerirá del esfuerzo conjunto de profesionales de la salud, ciudadanos, gobiernos, sociedad civil, agencias multilaterales y bilaterales. A continuación se presentan algunos de los pasos recomendados.

#### **A nivel de país**

1. Los Estados Miembros defenderán y divulgarán el concepto de sistemas de salud basados en la APS dentro de sus países
2. Los Estados Miembros evaluarán su propia situación frente a la implantación de la APS, incluyendo un análisis de las partes interesadas y explorarán las opciones y estrategias políticas que pueden conducir a la realización plena de un sistema de salud basado en la APS.
3. Los Estados Miembros garantizarán la disponibilidad de los recursos necesarios para la APS ya que su implantación contribuirá a la reducción de las inequidades en salud.
4. Los Estados Miembros renovarán su compromiso de garantizar el desarrollo de los recursos humanos necesarios para la implantación exitosa de la APS

#### **A nivel subregional**

1. OPS/OMS promoverá el desarrollo de redes subregionales, de alianzas y de centros colaborativos en apoyo a la APS, así como el intercambio de experiencias dentro y entre los países
2. OPS/OMS liderará los esfuerzos para la movilización de recursos en apoyo a las iniciativas de APS a nivel subregional

#### **A nivel regional**

1. OPS/OMS defenderá y divulgará a nivel regional el concepto de sistemas de salud basados en APS como una estrategia clave para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y para el abordaje efectivo de los determinantes mayores de salud
2. OPS/OMS promoverá el desarrollo de redes regionales, de alianzas y de centros colaborativos en apoyo a la APS, así como el intercambio de experiencias dentro y entre los países
3. OPS/OMS liderará los esfuerzos para la movilización de recursos en apoyo a las iniciativas de APS a nivel regional
4. OPS/OMS, en conjunto con sus Estados Miembros, desarrollará la metodología y los indicadores para monitorear y evaluar los avances logrados por los países y la región como un todo en la implantación de los sistemas de salud basados en la APS.
5. OPS/OMS evaluará los diferentes sistemas basados en la APS e identificará y divulgará la información sobre mejores prácticas con miras a mejorar su aplicación
6. OPS/OMS continuará colaborando con los países para mejorar el entrenamiento de los trabajadores de salud, entre ellos los tomadores de decisiones y gerentes, en las áreas prioritarias de la APS.
7. OPS/OMS tomará en cuenta los valores centrales, principios y elementos de la APS en las actividades de todos los programas de cooperación técnica

#### **A nivel mundial**

1. OPS/OMS defenderá y divulgará a nivel mundial el concepto de sistemas de salud basados en la APS como una estrategia clave para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio y para el abordaje efectivo de los determinantes mayores de salud
2. OPS/OMS promoverá el desarrollo de redes mundiales, de alianzas y de centros colaborativos en apoyo a la APS, así como el intercambio de experiencias dentro y entre los países
3. OPS/OMS conformará un grupo de trabajo para estudiar y proponer un marco conceptual que establezca la articulación y relación entre la APS y otras estrategias y enfoques, tales como la promoción de la salud, la salud pública y que aborden los determinantes sociales en salud.

## **Agradecimientos**

Este documento fue elaborado por James Macinko de la Universidad de Nueva York y Hernán Montenegro y Carme Nebot de la Organización Panamericana de la Salud/OMS. Su contenido se enriqueció, en gran parte, gracias a la orientación y asesoría y a las discusiones del equipo de trabajo de la OPS en el tema de APS y a las realizadas en los países de las Américas. Los miembros del equipo de trabajo de la OPS en APS son: (expertos externos a la OPS) Barbara Starfield, Enrique Tanoni, Javier Torres Goitia, Sarah Escorel, Yves Talbot, Rodrigo Soto, Alvaro Salas, Jean Jacob, Lilia Macedo, Alcides Lorenzo and James Macinko; (expertos de la OPS) Carissa Etienne, Fernando Zacarias, Pedro Brito, Maria Teresa Cerqueira, Sylvia Robles, Juan Manuel Sotelo, Socorro Gross, Humberto Jaime Alarid, Jose Luis di Fabio, Monica Brana, Carme Nebot y Hernan Montenegro. También se agradecen y reconocen los importantes aportes y sugerencias de Barbara Starfield y Rafael Bengoa. Las opiniones expresadas en este documento no representan necesariamente los puntos de vista individuales de los miembros del equipo o de las instituciones que representan.

Algunas de las personas que revisaron en detalle y retroalimentaron las versiones anteriores de este documento fueron Jo E Asvall, Rachel Z Booth, Fernando Zacarias, Nick Previsich, Jeannie Haggerty, John H Bryant, Carlos Agudelo, Stephen J Corber, Beatrice Bonnevaux, Jacqueline Gernay, Hedwig Goede, Leonard J Duhl, Enrique Tanoni, Alfredo Zurita, Edwina Yen, Juan Manuel Sotelo, Jean Pierre Paepe, Jean Pierre Unger, Javier Torres Goitia, Jose Ruales, Celia Almeida, Adolfo Rubinstein, Fernando Amado, Luis Eliseo Velasquez, Yuri Carvajal, Ruben Alvarado, Luciana Chagas, Paz Soto, Ilta Lange, Humberto Jaime Alarid, Antonio Gonzalez Fernandez, Maria Angelica Gomes, Raul Mendoza Ordoñez, Marisa Valdés y Federico Hernández, Jaime Cervantes, Elwine Van Kanten Cesar Vieira, Kelly Saldana y Lilian Reneau-Vernon.

Se agradece especialmente a Maria Magdalena Herrera, Frederico C. Guanais, Lisa Kroin, Lara Friedman, Soledad Urrutia, Juan Feria, Ety Alva, Elide Zullo y Maritza Moreno.

## Apéndice A: Método

Este documento toma como punto de partida los resultados del primer encuentro del Grupo de Trabajo en la APS, realizado en Washington, D.C en junio del 2004. Los diversos borradores del encuentro fueron base para las reuniones y discusiones subsecuentes. Este es un trabajo en proceso que continúa beneficiándose de la crítica y el diálogo constructivo.

El Grupo de Trabajo en LA APS (GT) se creó en mayo 13 del 2004, en concordancia con la Resolución CD44.R6 de la OPS/OMS, la cual insta a los Estados Miembros a adoptar una serie de recomendaciones dirigidas al fortalecimiento de la APS. Las sesiones plenarias del GT se llevaron a cabo en Washington (28 a 29 de junio de 2004) y en San José de Costa Rica (25 a 29 de octubre de 2004). Los objetivos de estos encuentros fueron: preparar un plan de trabajo para la terminación de las tareas contenidas en los términos de referencia del grupo; elaborar una reseña de los principales documentos del grupo sobre APS; redactar una propuesta de términos de referencia de la consulta regional y concertar la modalidad y procedimientos de trabajo del grupo.

Los documentos<sup>1</sup> productos de este proceso se presentaron y discutieron en foros virtuales y en las sesiones plenarias del Encuentro de Costa Rica. Con el propósito de aprender de la experiencia de Costa Rica, los miembros del GT realizaron visitas de campo y consultaron a expertos locales sobre sus puntos de vista y experiencias en APS e indagaron acerca de los esfuerzos de este país para mejorar la equidad en APS.

Se llevó a cabo una revisión sistemática de la literatura sobre la base de la evidencia de la APS que incluyó artículos de revistas especializadas, publicaciones de organizaciones internacionales, documentos gubernamentales oficiales y documentos de trabajo; declaraciones y recomendaciones de política de encuentros internacionales y grupos de abogacía; informes y experiencias de campo de diversas organizaciones internacionales, gubernamentales y no gubernamentales. Los resultados de esta revisión se presentan en la bibliografía como parte integral del documento elaborado por el GT<sup>2</sup>.

El documento oficial preliminar fue enviado a los países en mayo del 2005 con la recomendación de realizar un proceso de consulta nacional sobre APS y una guía para el análisis del texto. Dieciocho consultas nacionales tuvieron lugar entre mayo y julio del 2005 (ver cuadro 3). A nivel de país, el documento oficial fue revisado por representantes de ministerios, academia, ONG's, asociaciones de profesionales, prestadores de servicios de salud, tomadores de decisiones, consumidores y otros sectores sociales. Después de las discusiones a nivel nacional, cada país envió sus resultados a la sede de la OPS en donde se analizaron. Las recomendaciones de los países se incorporaron en la versión final del documento. El documento oficial actual y la declaración regional reflejan las recomendaciones producto del proceso consultivo en cada país.

---

<sup>1</sup> Revisión y actualización de los principios de APS. Dr Javier Torres Goitia and Group 1; Desarrollo de un nuevo marco conceptual y analítico de APS. Dr Sarah Escorel and Group 2; Integración de los enfoques Horizontal y vertical en la Atención Primaria en Salud. Dr Rodrigo Soto and Group 3; Consulta regional. Términos de referencia. Dr Enrique Tanoni, Dr Juan Manuel Sotelo and Group 4.

<sup>2</sup> *Annotated Bibliography on Primary Health Care*. 2005. Prepared by J. Macinko & F. Guanais. Washington, DC: Pan American Health Organization.

Las recomendaciones consignadas en los informes de los 18 encuentros consultivos nacionales incluyen:

- Todos los informes de país concuerdan en la pertinencia del proceso y la necesidad de renovación de la APS en la región.
- Algunos países hacen énfasis en la importancia del compromiso del Estado como garante de la APS.
- Es necesario reevaluar el contexto de las reformas del sector salud en la región, caracterizado por el aumento de las desigualdades económicas y políticas y el papel de las políticas neoliberales.
- Debe hacerse mayor énfasis en la relevancia de la voluntad política, en el logro de la cobertura universal, en el papel fundamental de los recursos humanos, en la medicina familiar y en el trabajo en equipo en APS.
- El papel de la cooperación técnica requiere de un desarrollo más amplio.
- Se requieren más guías operativas sobre cómo implantar el modelo de la APS.
- Los países expresaron su deseo de que la OPS asumiera una posición más clara sobre la importancia de la implantación de la APS en la Región
- El plan de acción debe fortalecerse: y
- En la opinión de los grupos consultivos nacionales el documento preliminar era largo y difícil de leer debido a la utilización de lenguaje técnico y a algunas inconsistencias y contradicciones

**Cuadro 3: Países participantes en la consulta sobre la renovación de la APS**

<b>País</b>	<b>Fecha</b>
Argentina	Mayo 20 a Junio 10
Bolivia	Junio (virtual)
Brazil	Junio 7
Chile	Junio 11
Colombia	Mayo 25 a 28
Costa Rica	Junio 10
Cuba	Junio 13
República Dominicana	Junio 27 a 30
Ecuador	Junio 30 y Julio 1°
El Salvador	Junio 15
Guatemala	Junio 2 y 9
Guyana	Mayo 12
Jamaica	Mayo 5
Méjico	Julio 1°
Nicaragua	Junio 21 y 23
Panamá	Julio 8
Perú	Junio 13 y 14
Surinam	Junio 30

## Apéndice B: Glosario de términos y definiciones de trabajo<sup>3</sup>

**Accesibilidad:** ausencia de barreras geográficas, financieras, organizacionales y/o estructurales para la participación en el sistema de salud y/o para la utilización de los servicios de salud y otros servicios sociales. Es fundamental que las personas puedan recibir servicios de salud acordes con sus necesidades<sup>45</sup>

**Acciones intersectoriales:** acciones que movilizan a todos los sectores determinantes de la salud de la población (recolección y análisis de información, prestación de servicios e información). El papel del sistema de salud en estas acciones depende de la causa y la magnitud del problema, la disponibilidad de recursos y otros mecanismos de colaboración.

**Aceptabilidad:** grado de compatibilidad de un servicio con las necesidades culturales, valores y estándares de una comunidad<sup>86</sup>

**Atención adecuada y efectiva:** aplicación de medidas, tecnologías y recursos en la cantidad y calidad suficiente para garantizar el logro de los objetivos propuestos. Los beneficios esperados en salud, como resultado de la realización de un procedimiento, deben superar, por un amplio margen, las consecuencias negativas del mismo. La efectividad implica que los abordajes para el mejoramiento de la salud tienen el impacto propuesto en la población.

**Atención integral:** la medida en la cual se proveen, a través de APS, los servicios esenciales necesarios para todos, incluso para necesidades de salud no comunes de la población; aquellos servicios no disponibles se proveen a través del componente de coordinación y referencia de la APS (ver coordinación). La atención incluyente implica la provisión de servicios integrados de promoción, prevención de la enfermedad, cuidado curativo, rehabilitación, soporte físico, psicológico y social acorde con la mayoría de los problemas de salud en una población dada<sup>90</sup>.

**Atención integrada:** combina los eventos clínicos y la información de los mismos, que tienen impacto sobre la salud y suceden en diferentes lugares y niveles de atención a lo largo de la vida del paciente<sup>41</sup>. Se refiere a la atención en salud en el tiempo prestada por un profesional o por un equipo de profesionales de la salud ("longitudinalidad clínica") y a la comunicación efectiva y oportuna de la información de eventos clínicos, riesgos, asesorías y remisiones de los pacientes a diferentes niveles de profesionales de la salud ("longitudinalidad del registro")<sup>41</sup>.

**Atención primaria:** el nivel de un sistema de salud "que provee la entrada al sistema para todas las nuevas necesidades y problemas, centrado en la atención a la persona y no en la enfermedad y a través del tiempo. Provee atención para todas las condiciones excepto aquellas menos comunes e inusuales, y coordina o integra la provisión de cuidados en otros lugares o por otros"<sup>59</sup>. Se cree que el uso del término Atención Primaria se remonta hacia 1920, cuando el *Informe Dawson* fue divulgado en el Reino Unido. Este reporte menciona los "centros de atención primaria" propuestos como el eje de la regionalización de los servicios en ese país<sup>59</sup>. El término "Atención Primaria Orientada a la Comunidad- APOC" tuvo su origen en 1940 en Sudáfrica. El enfoque de la APOC continúa siendo considerado hoy como uno de los precursores importantes de la concepción de APS de Alma Ata<sup>107</sup>.

**Atención Primaria en Salud (APS):** En 1978 la Declaración de Alma Ata definió APS como "atención esencial en salud basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente bien soportadas y aceptables socialmente, accequible a los individuos y las familias en la comunidad, a través de su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan asumir para mantenerla.... La APS forma parte integral del sistema de salud de un país, así como del desarrollo económico y social de la comunidad... acercando la atención en salud, tanto como sea posible, al lugar donde la gente vive y trabaja y constituyéndose en el primer elemento de un proceso continuo de salud."<sup>26</sup>

**Capacidad de respuesta a las necesidades en salud de la población:** la atención requerida para lograr la salud y la equidad de la población, de acuerdo con el mejor nivel posible en unas condiciones dadas de conocimiento y desarrollo social<sup>88</sup>. Se trata de la atención centrada en la persona más que en los síntomas u órganos específicos y de llevar el concepto de "atención centrada en la gente" a la población y considerar las dimensiones física, mental, emocional y social de las personas<sup>41</sup>. La capacidad de respuesta se define también como atención con las siguientes características: abordaje holístico de las personas; profesionales con

---

<sup>3</sup> Note that these are working definitions and are subject to clarification resulting from debate, new research findings, or other considered opinions. We encourage suggestions as to how to improve and further operationalize these concepts.

conocimiento de las personas; atención y empatía; confianza en los médicos; atención acorde con las necesidades de las y los pacientes; posibilidad de decisiones médicas compartidas entre médicos y pacientes<sup>111</sup>.

**Cobertura universal:** manejo financiero y organizacional para cubrir las necesidades de toda la población, eliminando la capacidad de pago como barrera de acceso a los servicios de salud.

**Coordinación:** la actividad por medio de la cual la APS facilita el acceso y la integración a la atención en salud de mayor complejidad, cuando ésta no está disponible en nivel local de APS. Se refiere a la medida en que la atención requerida por una persona es concertada por el personal responsable, a través de la organización y el tiempo<sup>91</sup> y a la relación y el ordenamiento racional entre los servicios, incluyendo los recursos de la comunidad<sup>41</sup>

**Derecho a la salud:** la Constitución de la Organización Mundial de la Salud y los tratados internacionales sobre derechos humanos reconocen el derecho al “más alto grado posible” de salud. El derecho a la salud hace énfasis en la relación entre el estado de salud y la dignidad humana, la no discriminación, la justicia y la participación<sup>39</sup> y comprende la libertad de controlar (p.e. el control de las propias decisiones reproductivas) y la libertad de defender el derecho (p.e. a la atención en salud y a las condiciones saludables de vivienda)<sup>112</sup>. El enfoque de derechos supone obligaciones y rendición de cuentas por parte de los actores responsables (p.e. gobiernos) que garanticen a los ciudadanos el ejercicio de sus demandas en salud. El derecho a la salud implica conducta ética y responsabilidad de parte de los proveedores, investigadores y tomadores de decisiones. Los derechos de los ciudadanos incluyen: el derecho a liberarse de condiciones que interfieren con el máximo nivel de salud posible; a defender su derecho a la atención en salud y a las condiciones saludables de vivienda y trabajo; y a satisfacer sus expectativas en términos de estándares de conducta ética en provisión de servicios e investigación. El Estado, por su parte, entre sus obligaciones tiene la de respetar (evitar interferir con el disfrute de la buena salud), proteger (establecer medidas para prevenir que terceros interfieran con el derecho de los ciudadanos a alcanzar el más alto nivel de salud posible), y garantizar (los estados deben adoptar medidas necesarias, legislativas, administrativas, presupuestales, judiciales, promocionales y otras para satisfacer la realización plena del derecho a la salud)<sup>113</sup>.

**Desarrollo humano:** “es un proceso de ampliación de las opciones de las personas... a través de la expansión de las capacidades y funciones. Las tres condiciones esenciales para el desarrollo humano en todos los niveles de desarrollo son la capacidad de alcanzar una vida larga y saludable, tener acceso al conocimiento y unos estándares aceptables para una vida digna. Pero el campo del desarrollo humano va más allá: las opciones altamente valoradas por las personas van desde las oportunidades sociales, económicas y políticas para ser creativo y productivo, hasta el disfrute de autoestima, sentido de su propio valor y derechos y de pertenencia a una comunidad”<sup>102</sup>. El Índice de Desarrollo Humano es una forma de medir el nivel de desarrollo humano en un país; está compuesto por una medición de los niveles de salud (expectativa de vida), conocimiento (de la educación primaria completa) y estándares de vida (PIB per capita)

**Elemento:** parte o condición de un componente que generalmente es básico o esencial

**Énfasis en promoción y prevención:** atención en salud en el momento de intervención más temprano posible en la cadena de eventos entre el riesgo, los problemas de salud y sus secuelas. Esta atención se presta a nivel individual y comunitario. A nivel individual comprende la educación y promoción en salud, para fortalecer las capacidades de las personas en prevención y autocuidado. A nivel comunitario, la APS coordina con otros sectores la realización de actividades de prevención primaria y esencial (ver prevención e intersectorialidad).

**Enfoque basado en la población:** en oposición a la visión clínica o individual, es un enfoque basado en la población, que utiliza la información poblacional para tomar decisiones sobre planeación de salud, gerencia y focalización geográfica. Este es un enfoque para mejorar la efectividad y la equidad de las intervenciones y lograr mejores condiciones de salud y mejor distribución de la salud en la población. Esto se logra en el contexto de cultura, situación de salud y necesidades de salud de grupos geográficos, demográficos o culturales a los cuales pertenece la población.

**Enfoque familiar y comunitario:** la APS concibe la atención de las personas en el contexto más amplio de sus familias y su ambiente. Los servicios sociales y de salud que satisfacen las necesidades de la población se basan en información local y son prestados dentro de los contextos social y cultural de la familia del individuo y otros contextos sociales relevantes<sup>95</sup>. Las prácticas deben estar dirigidas a los problemas de salud de los individuos en el contexto de sus circunstancias familiares, redes sociales y culturales y su entorno laboral<sup>96</sup>. Esto implica una comprensión efectiva de las circunstancias y hechos en la vida de una persona, su cultura, condiciones de vida, dinámica familiar, situación laboral y problemas de salud<sup>41</sup>

**Equidad en salud:** ausencia de diferencias sistemáticas en uno o más tópicos de la salud (o sus determinantes) en grupos definidos en los aspectos sociales, demográficos o geográficos<sup>92</sup>



**Equidad en servicios de salud:** ausencia de diferencias en acceso a servicios para iguales necesidades en salud (equidad horizontal) y aumento en el acceso u otros recursos para grupos definidos de población en el aspecto social, el demográfico o el geográfico, con mayores necesidades de salud (equidad vertical)<sup>93</sup>.

**Funciones esenciales en salud pública:** incluyen i) Monitoreo, evaluación y análisis de la situación de salud; ii) Vigilancia en salud pública, investigación y control de riesgos y amenazas para la salud pública; iii) Promoción de la salud; iv) Participación social en salud; v) Desarrollo de políticas y capacidades institucionales para programar y gerenciar la salud pública; vi) Fortalecimiento de la capacidad institucional para la regulación, vigilancia y control de la salud pública; vii) Evaluación y promoción del acceso a los servicios de salud requeridos; desarrollo y entrenamiento del recurso humano en salud pública; ix) Garantía de calidad en personal y servicios de salud acorde con las necesidades de la población; x) Investigación en salud pública; y xi) Reducir el impacto de las emergencias y los desastres sobre la salud<sup>94</sup>

**Intersectorialidad:** La medida en la que la APS se integra a los esfuerzos dirigidos a la intervención de los determinantes de salud externos al sector salud, tales como agua y saneamiento, vivienda, educación y coordinación del desarrollo y puesta en marcha de un amplio rango de políticas públicas y programas que afectan y comprometen sectores externos a los servicios de salud. La intersectorialidad requiere de una articulación estrecha entre las áreas pública, privada y no gubernamental, tales como empleo, educación, vivienda, producción de alimentos, agua y saneamiento y atención social, tanto al interior de los servicios de salud tradicionales, como fuera de ellos y que tienen un efecto sobre el estado de salud y el acceso a la atención en salud. Los enfoques intersectoriales movilizan los recursos de la sociedad desde los sectores que afectan la salud.

**Justicia social:** es un concepto ético basado, en gran medida, en las teorías del contrato social. La mayoría de las variaciones sobre el concepto sostienen que los gobiernos fueron instituidos por los pueblos en beneficio de ellos mismos. Aquellos gobiernos que no logran orientarse hacia el bienestar de los ciudadanos están incumpliendo su parte del contrato social y, por lo tanto, son injustos. El concepto incluye generalmente la defensa de los derechos humanos, pero no está limitado a esta, y se emplea también para referirse a la justicia de una sociedad en su conjunto, en sus divisiones y distribuciones de recompensas y obligaciones<sup>114</sup>.

**Longitudinalidad:** orientación de los servicios de salud a las personas y no a las enfermedades, a lo largo de sus vidas. Generalmente se desarrollan a través de áreas de interés definidas y con sistemas integrados de salud que operan a nivel familiar y comunitario

**Marco político e institucional sólido:** las acciones, actores, procedimientos, sistemas legales y financieros necesarios para permitir que la APS desempeñe sus funciones específicas, para que se articule con otros componentes del sistema de salud y trabaje con otros sectores en el manejo de los determinantes sociales.

**Mecanismos de participación activa:** mecanismos (apropiados a cada comunidad) diseñados para lograr la rendición de cuentas y la representación de los intereses de la comunidad en los niveles local y nacional

**Organización y gerencia:** incluye la habilidad para anticipar el futuro (planeación estratégica), adaptarse al cambio (gerencia del cambio) y realizar monitoreo y evaluación constante sobre el desempeño del sistema (evaluación de impacto de los cambios y evaluación basada en el desempeño). Incluye la utilización de criterios para asignación de recursos (p.e. equidad, costo-efectividad y oportunidad) y la selección de las estrategias adecuadas para obtener ganancias en salud con equidad.

**Orientado a la calidad:** la medida en la que los servicios de salud dirigidos a individuos y poblaciones aumentan la posibilidad de lograr los resultados deseados en salud y son compatibles con el saber profesional actual<sup>109</sup>. Los pilares fundamentales de la calidad son: efectividad; eficiencia; optimización (balance entre los costos de la atención y los efectos de la atención); aceptabilidad; legitimidad; y equidad<sup>110</sup>; este concepto integra la calidad técnica y la satisfacción del usuario con los servicios.

**Orientación comunitaria:** la forma como la APS responde a las necesidades de la comunidad y promueve la participación comunitaria en salud y está involucrada en las acciones intersectoriales para promover la salud. La Atención Primaria Orientada a la Comunidad (APOC) se define como un proceso continuo, mediante el cual el servicio de atención primaria se presta a una comunidad específica, sobre la base de una evaluación de sus necesidades en salud a través de la integración programada de la práctica de la salud pública y los servicios de atención primaria<sup>89</sup>.

**Participación social e individual:** grado en el que una persona participa y comparte la toma de decisiones con relación a su propia atención. El "autocuidado" es un concepto similar, así como el suministro de información a los miembros de una comunidad para permitirles tomar medidas para cuidarse a sí mismos y saber cuándo

necesitan buscar ayuda profesional<sup>103</sup>. La participación social es el derecho y la capacidad de la población para participar de forma efectiva y responsable en las decisiones sobre la atención en salud y su implementación. La participación social en salud es una faceta de la participación civil, una condición inherente al ejercicio de la libertad, la democracia, la equidad y el control social<sup>94</sup>.

**Relevancia:** representa la medida en la cual se satisfacen las necesidades comunes de toda la población y de un grupo específico de la misma; así como el grado de adecuación de los servicios a la satisfacción de estas necesidades, basado sobre evidencia objetiva. Esta es una medida mediante la cual se establecen prioridades, asumiendo que los problemas más importantes deben abordarse primero<sup>100</sup>.

**Prevención:** la prevención se concibe tradicionalmente en tres niveles: la *prevención primaria* combate la enfermedad antes de que ésta se presente; la *prevención secundaria* una vez la enfermedad ya apareció; y la *prevención terciaria*, cuando la enfermedad ya siguió su curso<sup>104</sup>. A esta tipología se ha adicionado la noción de “*prevención primordial*” relacionada con la modificación de las condiciones subyacentes que conducen en primer lugar a la exposición<sup>105</sup>. La prevención primordial incorpora abordajes creadores de salud y modificadores de las condiciones “que generan y estructuran la distribución desigual de las exposiciones a los daños de salud, las susceptibilidades y los recursos de protección entre la población”<sup>106</sup>.

**Primer contacto:** medida en que la atención primaria es el primer lugar de encuentro y atención de los problemas de salud (con excepción de la atención de urgencias) y en donde se toman las decisiones teniendo en cuenta, además de las necesidades de salud, necesidades de otros tipos.

**Principio:** fundamento, ley, doctrina o fuerza generadora sobre la cual se soportan los demás elementos.

**Programas y políticas en pro de la equidad:** esfuerzos proactivos y sistemáticos para reducir las desigualdades injustas en salud y en acceso a los servicios de salud.

**Promoción de la salud:** proceso de facultar a los individuos para el aumento del control sobre los determinantes de salud y de esta forma mejorar su salud. Involucra a la población como un todo, en el contexto de su vida cotidiana y está dirigido a la acción sobre los determinantes y causas de salud más que en el enfoque de riesgos de las personas frente a enfermedades específicas<sup>99</sup>. Ver: prevención

**Recursos apropiados a las necesidades:** los recursos deben ser suficientes para cubrir las necesidades de la población (prevención, promoción, curación, rehabilitación y acciones intersectoriales), incluyendo los recursos necesarios para elevar el nivel de salud de las personas con mayores desventajas a un ritmo igual o mayor al de la población general. En el nivel local esto requiere instalaciones adecuadas, personal de salud, suministros y presupuestos de funcionamiento.

**Recursos humanos adecuados:** los trabajadores de la salud competentes tienen los conocimientos y habilidades y están ubicados y distribuidos geográficamente para soportar la APS. Este concepto implica generalmente la disponibilidad de una variedad de profesionales de la salud (medicina, enfermería, farmacia, fisioterapia, trabajo social, administración y gerencia y gestión de base comunitaria), los cuales están relacionados con promoción de la salud, prevención, tratamiento y seguimiento de individuos, familias y comunidades<sup>88</sup>.

**Rendición de cuentas:** proceso que obliga a los actores a responder por sus actos<sup>87</sup>. En el caso de los gobiernos, incluye la obligación de entregar y divulgar regularmente en forma coherente y detallada, a todas las partes interesadas e involucradas directa e indirectamente, los propósitos, principios, procedimientos, relaciones, resultados, ingresos y gastos de forma tal que puedan ser evaluados por las partes interesadas<sup>86</sup>. Incluye la necesidad de transparencia en el grado de éxito en salud en la población y en la adecuación de los mecanismos para alcanzarlo.

**Salud:** la OMS define la salud como “un estado completo de bienestar físico, mental y social, y no solo como la ausencia de enfermedad”<sup>97</sup>. Bajo este concepto la mayoría de las personas se considerarían no saludables. De ahí que esta definición ha sido criticada por ser irrealista. La salud también se ha definido como un estado dinámico, una forma (o desviación de la misma) de homeostasis y como un continuo con polos positivos y negativos. A nivel poblacional, la salud puede concebirse como un asunto social, económico y político, así como un derecho humano<sup>12</sup>. La Carta de Ottawa para la promoción de la salud definió como prerrequisitos de ella, la paz, la protección, la educación, la alimentación, el ingreso, un ecosistema estable, recursos sustentables, justicia social y equidad<sup>98</sup>.

**Sistema de salud:** la OMS define el sistema de salud como el ente que “comprende todas las organizaciones, instituciones y recursos dirigidos a la realización de acción cuyo propósito principal es el mejoramiento de la

salud<sup>100</sup>. Un sistema de salud puede caracterizarse también de acuerdo con sus actores principales: el gobierno o los profesionales que estructuran y regulan el sistema; la población, incluidos los pacientes, quienes en su condición individual o colectiva pagan por el sistema de salud (a través de impuestos u otros mecanismos) y reciben los servicios; agentes financieros, quienes recaudan fondos y los asignan a proveedores o compran servicios a nivel nacional y otros niveles inferiores; organizaciones comunitarias y locales (p.e. voluntariados, comités de salud, iniciativas privadas) que colaboran en la organización y apoyo logístico, financian directa e indirectamente y algunas veces prestan servicios; y los proveedores de servicios que a su vez pueden categorizarse de diversas formas<sup>101</sup>. Los sistemas de salud pueden también definirse de acuerdo con sus funciones principales: administración (o vigilancia); financiación (recaudo, banca o compra) y prestación o provisión de servicios<sup>100</sup>.

**Sistema de salud basado en APS:** es un enfoque de acercamiento a la organización de los sistemas de salud, diseñado para mejorar las condiciones de salud de la población y maximizar la equidad. Bajo este enfoque, el derecho a la salud es un principio rector del sistema de salud, con estructuras y funciones orientadas al logro de la equidad y la solidaridad social y operado a través de un cuerpo central de principios y elementos. Estos a su vez, se relacionan a través del sistema de salud con otros sectores y actores para contribuir al mejoramiento, sostenible y equitativo, del desarrollo humano. Los sistemas de salud orientados hacia la APS responden a problemas comunes de salud y se constituyen en un punto focal de integración de actividades de desarrollo social y económico y combaten la exclusión social a través de articulaciones sinérgicas entre los sectores. La carta de Ljubljana para la reforma de salud, adoptada por la Unión Europea en 1996, representa una propuesta pionera de articular los requerimientos de un sistema de atención en salud basado en atención primaria. Establece que los sistemas de salud deben estar basados en valores (e.g. dignidad humana, equidad, solidaridad, ética profesional), orientados hacia el logro de resultados en salud, centrados en las personas a la vez que fortalecedores de autoestima, dirigidos hacia la calidad, sólidos desde el punto de vista financiero, capaces de responder a las expectativas de los ciudadanos y basados en la evidencia. Los sistemas de salud basados en la APS requieren de coordinación política y de recursos humanos y gerenciales fortalecidos<sup>108</sup>.

**Solidaridad:** se considera como la unión de intereses, propósitos y afinidades entre los miembros de una sociedad para crear las condiciones necesarias para mejorar las situaciones sociales. La solidaridad se ejerce mediante la participación activa, tanto individual como colectiva, a través de los esfuerzos organizados con otros miembros de la sociedad. Implica trabajar conjuntamente para el logro de las metas, que no pueden lograrse individualmente. Esto es posible por los intereses comunes, que se forjan gracias a la interacción intensa y frecuente entre los miembros de un grupo<sup>115</sup>. Se caracteriza por la promoción de metas comunes al grupo en el marco de sus propios derechos. Para algunos, un adecuado nivel de solidaridad social es esencial para la supervivencia humana<sup>116</sup>.

**Sostenibilidad:** la capacidad de satisfacer las necesidades del presente, sin comprometer la facultad de satisfacer las del futuro<sup>86</sup>.

**Sostenibilidad financiera:** disponibilidad de recursos financieros suficientes para cubrir los costos del sistema de salud y sus funciones a mediano y largo plazo, teniendo en cuenta los gastos futuros proyectados, separándolos de los cambios políticos, sociales o económicos.

**Valor:** los principios sociales, objetivos o estándares apoyados o aceptados por un individuo, clase o sociedad.

## Apéndice C: Algunos hitos de la APS en las Américas, 1900-2000

Año	Eventos Mundiales	Eventos en las Américas
1900-1950	<p>La Conferencia de las Naciones Unidas realizada en San Francisco acordó por decisión unánime establecer una nueva y autónoma Organización Internacional de la Salud (1945)</p> <p>Desarrollo del enfoque de Atención Primaria Orientada a la Comunidad en Suráfrica y Estados Unidos</p>	<p>Establecimiento de la Oficina Sanitaria Internacional (1902)</p> <p>Esperanza de Vida: 55, 2 años (1950-1955)</p>
1960	<p>Los médicos misioneros que trabajaban en países en desarrollo crearon la Comisión Médica Cristiana. Hicieron énfasis en el entrenamiento de los trabajadores de salud de los poblados</p>	<p>Aumento acelerado en el entrenamiento de profesionales de salud e inversión en infraestructura a través de las Américas</p>
1970	<p>Expansión del programa de los "Médicos Descalzos" en China</p> <p>La publicación <i>Contact</i> utilizó, posiblemente por primera vez, el término "Atención Primaria en Salud"</p> <p>Las necesidades básicas se priorizaron: alimentación, vivienda, agua, suministros, servicios médicos, educación y empleo.</p> <p>Halfdan Mahler es elegido director general de la OMS. Durante su mandato respaldó eficazmente el trabajo comunitario (1973).</p> <p>Primera Conferencia de Población (1974)</p> <p>La 28ª Asamblea Mundial de la Salud establece como prioridad la construcción de Programas Nacionales en APS (1975).</p> <p>Conferencia Internacional de Alma Ata (1978)</p> <p>Erradicación de la viruela (1979)</p> <p>Atención Primaria en Salud Selectiva (1979)</p>	<p>El Informe Canadiense Lalonde formula el concepto de determinantes "no médicos" de la salud (1974)</p> <p>Carencias en la capacitación de los agentes comunitarios de salud.</p> <p>Desarrollo de metas regionales de salud.</p> <p>Proyectos de Atención Primaria dirigida a la Comunidad desarrollados en pequeña escala en Venezuela y en Centroamérica, entre otros.</p> <p>Esperanza de vida: 66 años (1978)</p>
1980	<p>Salud para Todos</p> <p>OMS pone en marcha un programa de lucha contra el VIH/SIDA</p> <p>Expansión de APS selectiva y programas verticales</p> <p>Conferencia de Población (México, 1983)</p>	<p>Depresión económica</p> <p>Deterioro de los servicios públicos</p> <p>Desarrollo de gobiernos democráticos en algunos países</p> <p>Dependencia de los donantes</p> <p>Enfoque de Sistemas Locales de Salud (SILOS)</p> <p>Renovación de la participación comunitaria</p> <p>Cobertura de vacunación para sarampión: 48%</p> <p>Incidencia de sarampión: 408/1,000,000 hab</p>
1990	<p>Desarrollo sostenible</p> <p>Concepto de Desarrollo Humano</p> <p>El Banco Mundial señala la necesidad de combatir la pobreza e invertir en salud</p> <p>La Reforma del Sector Salud promueve un paquete básico de servicios de salud</p> <p>Cambio en el papel del estado</p> <p>Cumbre a favor de la Infancia (Nueva York, 1990)</p> <p>Cumbre de la Tierra (Rio, 1992)</p> <p>Conferencia sobre Población y Salud Reproductiva (Cairo, 1994)</p>	<p>Epidemia de cólera</p> <p>Deterioro progresivo de las condiciones de vida y del entorno social y físico</p> <p>Algunas reformas de salud fortalecieron la APS (Cuba, Costa Rica)</p> <p>Se fortalecen los ministerios de salud</p> <p>Plan de Inversión en Ambiente y Salud-PIAS</p> <p>Fin de la guerra civil en Centroamérica</p> <p>Eliminación de la polio en las Américas (1994)</p> <p>Esperanza de vida: 72.0 años (1996)</p>

2000	Comisión sobre Macroeconomía y Salud Expansión de la pandemia de VIH/SIDA Creación del Fondo Global para la lucha contra el VIH/SIDA, la Malaria y la Tuberculosis Enfoque de equidad en salud La salud es considerada un patrimonio público Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM)	Cobertura de vacunación contra el sarampión: 93% Incidencia de sarampión: 2 /1,000,000 hab Esperanza de vida: 72,9 años (1995-2000)
------	---	---

Fuentes: <sup>34,80,117-120</sup>

BORRADOR

## Apéndice D: Facilitadores y Barreras para la Implementación Efectiva de la APS en las Américas

Área	Barreras	Factores facilitadores
Visión y enfoque de la salud	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Visión fragmentada de los conceptos de salud y desarrollo</li> <li>• Indiferencia hacia los determinantes de salud</li> <li>• Carencia de un enfoque preventivo y de autocuidado de la salud</li> <li>• Énfasis excesivo en la atención curativa y especializada</li> <li>• Operacionalización insuficiente de los conceptos de APS</li> <li>• Diversidad de interpretaciones de la APS</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Enfoque integral de salud y sus determinantes</li> <li>• Promoción de la salud comunitaria</li> <li>• Promoción de la responsabilidad individual, familiar y comunitaria</li> <li>• Necesidad de establecer con claridad el papel de la salud pública, la APS, la promoción de la salud y el desarrollo humano</li> </ul>
Sistemas de Salud Segmentados y Fragmentados	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Las reformas de salud que han segmentado y dividido a las personas</li> <li>• División entre los sectores público, de seguridad social y privado</li> <li>• Falta de coordinación y de sistemas de referencia</li> <li>• Capacidad regulatoria deficiente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cobertura universal como componente de la inclusión social</li> <li>• Servicios basados en las necesidades de la población</li> <li>• Funciones de coordinación en todos los niveles</li> <li>• Atención basada en la evidencia y la calidad</li> </ul>
Liderazgo y gerencia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ausencia de compromiso político</li> <li>• Centralización excesiva de la programación y la gerencia</li> <li>• Débil liderazgo y falta de credibilidad ante los ciudadanos</li> <li>• Movilización de intereses opuestos a la APS</li> <li>• Participación comunitaria limitada y exclusión de otros sectores partidarios</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluación periódica de desempeño</li> <li>• Procesos participativos de reforma</li> <li>• Identificación correcta de las prioridades sectoriales</li> <li>• Plataforma neutral para levantar consensos</li> <li>• Integración de la cooperación local y mundial</li> <li>• Sistema de referencia operantes y expeditos</li> </ul>
Recursos Humanos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Condiciones inadecuadas de empleo</li> <li>• Pobre desarrollo de competencias</li> <li>• Escasa motivación en investigación operativa y desarrollo</li> <li>• Pobre utilización de técnicas de gerencia y comunicación</li> <li>• Cultura de enfoque curativo y biomédico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Énfasis en la calidad y el mejoramiento continuo</li> <li>• Educación profesional continua</li> <li>• Desarrollo de equipos multidisciplinarios</li> <li>• Promoción de la investigación</li> <li>• Desarrollo de habilidades gerenciales</li> </ul>
Condiciones financieras y macroeconómicas	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta de sostenibilidad política y financiera de la APS</li> <li>• Gasto público concentrado en especialistas, hospitales y alta tecnología</li> <li>• Insuficiencia de presupuestos asignados a la APS</li> <li>• Globalización e inestabilidad económica</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Políticas para garantizar sostenibilidad financiera en el tiempo</li> <li>• Sistemas para la utilización eficiente y equitativa de recursos</li> <li>• Sistemas de información gerencial y de salud fortalecidos e integrados</li> <li>• Políticas macroeconómicas más sólidas a favor de la población pobre</li> </ul>

<p>Estrategias de cooperación internacional</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estrategias y prioridades dirigidas a enfermedades específicas</li> <li>• Valores sociales no considerados en las iniciativas de la reforma</li> <li>• Objetivos con énfasis excesivo en el tiempo que no reflejan las necesidades</li> <li>• Poca continuidad de las políticas de salud</li> <li>• Enfoques excesivamente verticales y centralizados</li> <li>• Ausencia de marco legal para implementar políticas de calidad</li> <li>• Transferencia de costos a los ciudadanos sin la debida consulta</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• La APS refleja los valores sociales y las necesidades en salud de la población</li> <li>• La APS es un elemento central de las políticas nacionales de salud</li> <li>• Las reformas fortalecen el papel rector del estado</li> <li>• Marcos políticos y legales propicios para las reformas de salud</li> <li>• Políticas progresivas de descentralización</li> <li>• Las reformas de salud fortalecen los sistemas de salud</li> </ul>
---	---	---

Fuentes : 2,4,12,34,77,121-124 y los informes de país generados como parte del proceso consultivo para la renovación de la APS

BORRADOR

## Referencias

1. Pan American Health Organization. Primary Health Care Policy Review. Report from a Workshop held in Brasilia 29th - 30th November 2001. Washington, DC: PAHO, 2003.
2. Pan American Health Organization. *Health in the Americas (Vols I and II)*. Washington, DC: PAHO, 2002.
3. The Earth Institute. *A race against time: The challenge of cardiovascular disease in developing economies*. New York: Columbia University, 2004.
4. Arraigada I, Hopenhayn M. Producción, tráfico, y consumo de drogas en América Latina. Santiago: ECLAC, 2000.
5. Commission on Social Determinants of Health. *Action on the social determinants of health: Learning from previous experiences (March)*. Geneva: WHO, 2005.
6. Kim J, Millen J, Irwin A, Gershman J, editors. *Dying for growth: global inequality and the health of the poor*. Monroe, MN: Common Courage, 2000.
7. Stiglitz J. *Globalization and its discontents*. New York: W.W. Norton & Co., 2003.
8. United Nations Development Program. *Human Development Report*. New York: Oxford University Press, 2003.
9. Sen A. *Development as freedom*. New York: Alfred Knopf, 1999.
10. World Health Organization. Health and Human Rights. Available <http://www.who.int/hhr/en/>, December 14, 2004.
11. Berkman L, Kawachi I, editors. *Social epidemiology*. New York: Oxford University Press, 2000.
12. People's Health Movement, editor. *Health for All Now! Revive Alma Ata!! The Alma Ata Anniversary Pack*. Unnikrishnan, Bangalore (India): People's Health Movement, 2003.
13. Pan American Health Organization. Atención Primaria de Salud en las Américas: Las Enseñanzas Extraídas a lo Largo de 25 Años y los Retos Futuros. Washington, DC: PAHO, 2003.
14. Commission on Social Determinants of Health. *Towards a conceptual framework for analysis and action on the social determinants of health (draft 5 May)*. Geneva: WHO, 2005.
15. Roberts M, Hsiao W, Berman P, Reich M. *Getting health reform right; A guide to improving performance and equity*. Oxford: Oxford University Press, 2004.
16. Homedes N, Ugalde A. Why neoliberal health reforms have failed in Latin America. *Health Policy* 2005;71:83-96.
17. Kekki P. Primary health care and the Millennium Development Goals: issues for discussion. Geneva: WHO, 2004.
18. Pan American Health Organization. *Revisión de las políticas de Atención Primaria de salud en América Latina y el Caribe*. Washington, DC: PAHO, 2003.
19. Boerma W, Fleming D. The role of general practice in primary health care. Norwich: The Stationery Office/World Health Organization Regional Office for Europe., 1998.
20. Weiner J. Primary care delivery in the United States and four northwest European countries: comparing the "corporatized" with the "socialized". *The Milbank Quarterly* 1987;65(3):426-461.
21. Walsh JA, Warren KS. Selective Primary Health Care: an interim strategy for disease control in developing countries. *N Engl J Med* 1979;301(18):967-974.
22. World Health Organization. Chapter 7: Health Systems: principled integrated care. In: WHO, editor. *World Health Report 2003*. Geneva: WHO, 2003.
23. World Health Organization. A Global Review of Primary Health Care: Emerging Messages. Geneva: WHO, 2003.
24. World Health Organization. Multi-country Evaluation of IMCI: Main Findings: WHO, 2004.
25. Institute of Medicine. *Defining Primary Care: An Interim Report*. Washington, DC: National Academy Press, 1994.
26. World Health Organization. *Atención primaria de salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978*. Geneva: WHO, 1978.
27. Tarimo E, Webster EG. Primary health care concepts and challenges in a changing world. Alma-Ata revisited. (*Current Concerns ARA paper number 7, document WHO/ARA/CC/97.1*). Geneva: WHO, 1997.
28. Movement Psh, editor. The Medicalization of Health Care and the challenge of Health for all. People's Health Assembly; 2000 December 2000; Dhaka, Bangladesh.
29. Vuori H. Primary health care in Europe--Problems and solutions. *Community Medicine* 1984;6:221-31.
30. Vuori H. The role of the schools of public health in the development of primary health care. *Health Policy* 1985;4(3):221-30.
31. Pan American Health Organization. Special Session on the 25th Anniversary of the Declaration of Alma-Ata. 45th Directing Council Provisionary Summary. *PAHO publication CD45/SR/4*. Washington, DC, 2004.
32. Tejada de Rivero D. Alma-Ata Revisited. *Perspectives in Health* 2003;8(2):2-7.
33. World Health Organization. *Development of Indicators for Monitoring Progress towards Health For All by the Year 2000*. Geneva: WHO, 1981.
34. Cueto M. The origins of primary health care and selective primary health care. *Am J Public Health* 2004;94(11):1864-74.



35. Ehiri JE, Prowse JM. Child health promotion in developing countries: the case for integration of environmental and social interventions? *Health Policy Plan* 1999;14(1):1-10.
36. Magnussen L, Ehiri J, Jolly P. Comprehensive versus selective primary health care: lessons for global health policy. *Health Affairs* 2004;23(3):167-76.
37. Wolff JL, Starfield B, Anderson G. Prevalence, expenditures, and complications of multiple chronic conditions in the elderly. *Arch Intern Med* 2002;162(20):2269-76.
38. Freedman L, Wirth M, Waldman R, Chowdhury M, Rosenfield A. Who's got the power? Transforming health systems to improve the lives of women and children. *Millennium Project Task Force 4: Child Health and Maternal Health-Interim Report*. New York: UN Millennium Project.
39. Fuenzalida-Puelma H, Scholle-Connor S. *The Right to Health in the Americas*. Washington, DC: Pan American Health Organization, 1989.
40. Sen A. Why health equity? *Health Economics* 2002;11:659-666.
41. Institute of Medicine. *Primary Care: America's health in a new era*. Washington, D.C.: National Academy Press, 1996.
42. Institute of Medicine. *Unequal treatment: confronting racial and ethnic disparities in healthcare*. Washington, DC: The National Academies Press, 2002.
43. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. *International Journal of Health Services* 1992;22(3):429-45.
44. Macinko J, Starfield B. Annotated Bibliography on Equity in Health, 1980-2001. *Int J Equity Health* 2002;1(1):1.
45. Aday LA, Andersen R, Flaming DV. The expanded behavioral model of access. *Health care in the US: Equitable for whom?* Newbury Park, CA: Sage Publications, 1980.
46. Zeitz PS, Salami CG, Burnham G, Goings SA, Tijani K, Morrow RH. Quality assurance management methods applied to a local-level primary health care system in rural Nigeria. *Int J Health Plann Manage* 1993;8(3):235-44.
47. Robinson SA, Larsen DE. The relative influence of the community and the health system on work performance: a case study of community health workers in Colombia. *Soc Sci Med* 1990;30(10):1041-8.
48. Rokx C. Who Should Implement Nutrition Interventions? The Application of Institutional Economics to Nutrition and the Significance of Various Constraints to the Implementation of Nutrition Interventions. *Health, Nutrition and Population (HNP) Discussion Paper*. Washington, DC: World Bank, 2000.
49. Baicker K, Chandra A. Medicare spending, the physician workforce, and beneficiaries' quality of care. *Health Aff (Millwood)* 2004;Suppl Web Exclusives:W4-184-97.
50. Macinko J, Starfield B, Shi L. The contribution of primary care systems to health outcomes within OECD countries, 1970-1998. *Health Services Research* 2003;38(3):819-853.
51. Starfield B. Is primary care essential? *Lancet* 1994;344(8930):1129-33.
52. Starfield B. Is strong primary care good for health outcomes? In: Griffin J, editor. *The Future of Primary Care. Papers for a Symposium held on 13th September 1995*. London: Office of Health Economics, 1996:18-29.
53. Starfield B, Shi L. Policy relevant determinants of health: An international perspective. *Health Policy* 2002;60(3):201-16.
54. Van Doorslaer E, Wagstaff A, Van der Burg H, Christiansen T, Citoni G, Di Biase R, et al. The redistributive effect of health care finance in twelve OECD countries. *Journal of Health Economics* 1999;18:291-313.
55. Grumbach K. The ramifications of specialty-dominated medicine. *Health Aff (Millwood)* 2002;21(1):155-7.
56. Forrest CB, Starfield B. Entry into primary care and continuity: the effects of access. *Am J Public Health* 1998;88(9):1330-6.
57. Raddish M, Horn SD, Sharkey PD. Continuity of care: is it cost effective? *Am J Manag Care* 1999;5(6):727-34.
58. Shi L. Primary care, specialty care, and life chances. *International Journal of Health Services* 1994;24(3):431-458.
59. Starfield B. *Primary Care: Balancing Health Needs, Services and Technology*. New York: Oxford University Press, 1998.
60. Gwatkin DR, Bhuiya A, Victora CG. Making health systems more equitable. *Lancet* 2004;364(9441):1273-80.
61. Rajmil L, Starfield B, Plasencia A, Segura A. The consequences of universalizing health services: children's use of health services in Catalonia. *Int J Health Serv* 1998;28(4):777-91.
62. Palmer N, Mueller DH, Gilson L, Mills A, Haines A. Health financing to promote access in low income settings- how much do we know? *Lancet* 2004;364(9442):1365-70.
63. Gilson L, McIntyre D. Removing user fees for primary care: Necessary, but not enough by itself. *Equinet Newsletter* 2004;42.
64. Casanova C, Colomer C, Starfield B. Pediatric hospitalization due to ambulatory care-sensitive conditions in Valencia (Spain). *Int J Qual Health Care* 1996;8(1):51-9.
65. Casanova C, Starfield B. Hospitalizations of children and access to primary care: a cross- national comparison. *International Journal of Health Services* 1995;25(2):283-94.
66. Caminal J, Starfield B, Sanchez E, Casanova C, Morales M. The role of primary care in preventing ambulatory care sensitive conditions. *Eur J Public Health* 2004;14(3):246-51.

67. Bermudez-Tamayo C, Marquez-Calderon S, Rodriguez del Aguila MM, Perea-Milla Lopez E, Ortiz Espinosa J. [Organizational characteristics of primary care and hospitalization for to the main ambulatory care sensitive conditions] (Article in Spanish). *Atención Primaria* 2004;33(6):305-11.
68. Rosenblatt RA, Wright GE, Baldwin LM, Chan L, Clitherow P, Chen FM, et al. The effect of the doctor-patient relationship on emergency department use among the elderly. *Am J Public Health* 2000;90(1):97-102.
69. Gill JM, Mainous AG, 3rd, Nsereko M. The effect of continuity of care on emergency department use. *Arch Fam Med* 2000;9(4):333-8.
70. Weiss LJ, Blustein J. Faithful patients: the effect of long-term physician-patient relationships on the costs and use of health care by older Americans. *Am J Public Health* 1996;86(12):1742-7.
71. Rosero-Bixby L. Evaluación del impacto de la reforma del sector de la salud en Costa Rica mediante un estudio cuasiexperimental. *Revista Panamericana de Salud Publica* 2004;15(2):94-1003.
72. Rosero-Bixby L. Spatial access to health care in Costa Rica and its equity: a GIS-based study. *Social Science & Medicine* 2004;58:1271-1284.
73. Bojalil R, Guiscafre H, Espinosa P, Martinez H, Palafox M, Romero G, et al. The quality of private and public primary health care management of children with diarrhoea and acute respiratory infections in Tlaxcala, Mexico. *Health Policy Plan* 1998;13(3):323-31.
74. Reyes H, Perez-Cuevas R, Salmeron J, Tome P, Guiscafre H, Gutierrez G. Infant mortality due to acute respiratory infections: the influence of primary care processes. *Health Policy Plan* 1997;12(3):214-23.
75. Global Forum for Health Research. *Global Forum Update on Research for Health 2005 Health research to achieve the Millennium Development Goals (available: <http://www.globalforumhealth.org>)*. London: Pro-Brook Publishing, 2005.
76. Symposium on National Strategies for Renewing Health-for-All. Final Report. Symposium on National Strategies for Renewing Health-for-All; 1998; Washington, DC. PAHO.
77. Banerji D. Alma-Ata showed the route to effective resource allocations for health. *Bull World Health Organ* 2004;82(9):707-708.
78. Kupfer L, Hofman K, Jarawan R, McDermott J, Bridbord K. Strategies to discourage brain drain. *Bull World Health Organ* 2004;82(8):616-9; discussion 619-23.
79. Glassman A, Reich MR, Laserson K, Rojas F. Political analysis of health reform in the Dominican Republic. *Health Policy and Planning* 1999;14(2):115-126.
80. Pan American Health Organization. Gestión descentralizada de recursos humanos de salud en la reforma sectorial. In: Brito P, Campos F, Novick M, editors. *Gestión de Recursos Humanos en las reformas sectoriales en salud: cambios y oportunidades*. Washington, DC: PAHO, 1996.
81. World Health Organization. *Preparing a health care workforce for the 21st Century*. Geneva: WHO, 2005.
82. UN Millennium Project. *Investing in development: a practical plan to achieve the Millennium Development Goals*. New York: Millennium Project, 2005.
83. Birdsall N, Szekely M. Bootstraps, not Band-Aids: Poverty, equity and social policy. *Working paper 24*. Washington, DC: Center for Global Development, 2003.
84. Las Claves Para la Implantación del Nuevo Modelo de Salud (Medicina) Familiar y Comunitaria. V Congreso Chileno de Medicina Familiar y Comunitaria; 2003 12-14 de noviembre de 2003; Valdivia, Chile.
85. Smith R, Woodward D, Acharya A, Beaglehole R, Drager N. Communicable disease control: a 'Global Public Good' perspective. *Health Policy Plan* 2004;19(5):271-8.
86. European Observatory on Health Systems and Policies. *Glossary*. Available: <http://www.euro.who.int/observatory/Glossary/TopPage?phrase=A>, Accessed: December 13, 2004.
87. Brown LD, Fox JA. *The struggle for accountability: the World Bank, NGOs, and grassroots movements*. Cambridge, MA: MIT Press, 1998.
88. Commonwealth Department of Health and Family Services. *Service delivery guides and selected case studies, Ambulatory Care Reform Program*. Canberra: Australian Government Publishing Service, 1997.
89. Mullan F, Epstein L. Community-oriented primary care: new relevance in a changing world. *Am J Public Health* 2002;92(11):1748-55.
90. WONCA. *Improving health systems: the contribution of family medicine, A guide book*. Copenhagen, 2002.
91. Timmreck T. *Health Services Cyclopedia Dictionary*. 3rd ed. Sudbury, MA: Jones and Bartlett Publishers, 1997.
92. Starfield B. Basic concepts in population health and health care. *J Epidemiol Community Health* 2001;55:452-454.
93. Starfield B, Paganinni J. Is equity a scientific issue? *J Epidemiol Community Health* 2000;54:324-325.
94. Pan American Health Organization. *Public Health in the Americas: New concepts, performance analysis and bases for action*. Washington, DC: PAHO, 2002.
95. Institute of Medicine. *Community-Oriented Primary Care: New Directions for Health Services Delivery*. Washington, DC: National Academy Press, 1983.
96. WONCA. *The European definition of General practice/Family Medicine*. Copenhagen, 2002.
97. World Health Organization. Preamble to the Constitution of the World Health Organization. *Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100*. Geneva: WHO, 1948.
98. Ottawa Charter. First International Conference on Health Promotion; 1986 November 1986; Ottawa, Canada.

99. World Health Organization. *Health Promotion Glossary*. Geneva: WHO, 1998.
100. World Health Organization. *World Health Report 2000*. Geneva: World Health Organization, 2000.
101. Mills AJ, Ranson MK. The design of health systems. *International Public Health*. Gaithersburg: Aspen Publishers, 2001.
102. United Nations Development Program. Glossary: human development. *available: <http://hdr.undp.org/hd/glossary.cfm>* (Accessed: July 5, 2005).
103. Kongstvedt P. *Essentials of Managed Health Care*. 4th ed. Boston: Jones and Bartlett, 2001.
104. Rouquayrol MR, de Almeida FN. *Epidemiologia & Saúde*. 5th ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999.
105. Strasser T. Reflections on cardiovascular disease. *Interdisc Sci Review* 1978;3:255-30.
106. Ursoniu S. Primordial Prevention. *Supercourse: Epidemiology, The Internet, and Global Health*, 2003.
107. Longlett SK, Kruse JE, Wesley RM. Community-oriented primary care: historical perspective. *J Am Board Fam Pract* 2001;14(1):54-63.
108. World Health Organization. *The Ljubljana Charter on Reforming Health Care*. Geneva: WHO, 1996.
109. Jones G, Steketee RW, Black RE, Bhutta ZA, Morris SS, Bellagio Child Survival Study Group. How many child deaths can we prevent this year? *Lancet* 2003;62(9377):65-71.
110. Donabedian A. The seven pillars of quality. *Arch Pathol Lab Med* 1990;114:1115-8.
111. Leopold N, Cooper J, Clancy C. Sustained partnership in primary care. *J Fam Pract* 1996;42:129-37.
112. UN Committee on Economic S, and Cultural Rights,. *General comment 14 on the right to health*. Geneva: UNCESCR, 2000.
113. World Health Organization. *Draft WHO glossary on social justice and health (June 5, 2005 v1)*. Geneva: WHO, 2005.
114. Wikipedia. Social justice. *Accessed: June 30, 2005 Updated: 24 June 2005; Available: [http://en.wikipedia.org/wiki/Social\\_justice](http://en.wikipedia.org/wiki/Social_justice)*.
115. Kendall D. *Sociology in our Times: The Essentials*. 3rd ed. Ontario: Wadsworth/Thomson Learning, 2003.
116. Durkheim E. *Suicide (1897)*. New York: The Free Press, 1951.
117. Casas JA. La experiencia de SPT en la región de las Américas: Implantación de los programas. *Renovación de salud para todos*. Washington, DC: PAHO, 1996.
118. Rodriguez-Garcia R, Goldman A. *La conexión Salud-Desarrollo*. Washington, DC: PAHO, 1996.
119. Pan American Health Organization. *La transición hacia un nuevo siglo de salud en las Américas: Informe anual de la Directora*. Washington, DC: PAHO, 2003.
120. Storia dell'eradicazione della poliomielite. *Available: <http://www.epicentro.iss.it/problemi/polio/Timeline.pdf>* December 21, 2004.
121. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL). *Estudio Económico de América Latina y el Caribe*. Santiago: CEPAL, 2004.
122. Szekely M. The 1990s in Latin America: Another decade of persistent inequality, but with somewhat lower poverty. *Interamerican Development Bank Working Paper 454*. Washington, DC: IDB, 2001.
123. Shiffman J, Stanton C, Salazar AP. The emergence of political priority for safe motherhood in Honduras. *Health Policy Plan* 2004;19(6):380-90.
124. Lewis MJ. *A Situational Analysis of Cervical Cancer in Latin America and the Caribbean*. Washington, DC: PAHO/WHO, 2004.